



**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA  
Tn. H DAN Tn.S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI  
RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTOLUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Inike Sulviana Herman  
NIM 152303101060**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA  
Tn. H DAN Tn.S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI  
RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTOLUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Inike Sulviana Herman  
NIM 152303101060**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA  
Tn. H DAN Tn.S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI  
RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTOLUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan (D3)  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Inike Sulviana Herman  
NIM 152303101060**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Kepada orang tua (mama Sulima) atas segala tetes keringat, kerja keras, kasih sayang, dukungan lahir maupun batin serta do'a yang tiada henti di setiap sholat, sujudnya setiap malam kepada saya
2. Bapak Eko Prasetya., S. Kep., Ners., M. Kep. Yang telah membimbing penyusunan Tugas Akhir ini sehingga dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
3. Ibu Indriana Noor Istiqomah S.Kep, M.Kep. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberi semangat.
4. Seluruh staff, dosen, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.
5. Serta kepada teman- teman (fitri ayu, khairun nisa, nova vinka,dll) yang selalu memberi semangat dan berjuang bersama- sama.

**MOTTO**

Slowly but sure

“ Waktu itu bagaikan pedang, jika kamu tidak memanfaatkannya menggunakan untuk memotong, ia akan memotongmu (menggilasmu)”

(H.R. Muslim)



**PERNYATAAN**

**PERNYATAAN**

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Inike Sulviana Herman

NIM : 152303101060

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir kasus saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru pada Tn. H & Tn.S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan jalan Nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam karya tulis ilmiah ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 12 Juli 2018

Yang menyatakan,



Inike Sulviana Herman  
NIM 152303101060

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA  
Tn. H DAN Tn.S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI  
RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTOLUMAJANG  
TAHUN 2018**

Oleh

Inike Sulviana Herman  
NIM 152303101060

Pembimbing

Eko Prasetya., S. Kep., Ners., M. Kep.  
NRP. 760017255

**PENGESAHAN**

**PENGESAHAN**

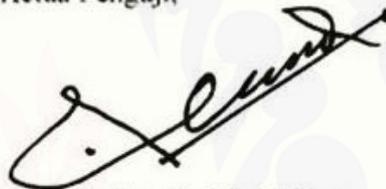
Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru Pada Tn.H Dan Tn.S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RsudDr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 12 Juli 2018

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



Zainal Abidin, A. Md. Kep. S. Pd., M. Kes  
NIP. 19800131 100801 1 007

Anggota I,



Indriana N.I.S. Kep. M. Kep.  
NIP. 19720519 199703 2 003

Anggota II,



Eko Prasetya W., S. Kep., Ners., M. Kep.  
NRP. 760017255

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S. Kep., Ners., MM.  
NIP 19650629 198703 2 008

## RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru Pada Tn.H Dan Tn.S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Inike Sulviana Herman 152303101060; 2018; halaman: Jurusan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Tuberkulosis menjadi masalah penyakit yang sangat diperhitungkan saat meningkatnya morbiditas penduduk terutama di negara berkembang. Diperkirakan sepertiga populasi di dunia terinfeksi *mycobacterium tuberculosis*, organisme penyebab tuberkulosis (Somantri I.2007). Salah satu gejala dari TB adalah batuk yang disertai dahak (Depkes, 2011). Ketidakmampuan penderita TB Paru dalam mengeluarkan dahak secara maksimal menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif yang jika tidak ditangani akan menyebabkan sesak pada penderita. Kekurangan oksigen akan berdampak yang bermakna dalam tubuh, salah satunya adalah kematian (Arief, 2015).

Desain yang digunakan dalam tugas akhir ini adalah laporan kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan tuberkulosis paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018 dengan Menggunakan 2 partisipan. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan asuhan keperawatan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Intervensi keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas: manajemen jalan napas, terapi oksigen, memonitor TTV.

Hasil studi kasus yang dilakukan pada kedua klien Tn.H dan Tn.S dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018 sudah dilakukan batuk efektif, tehnik napas dalam, memonitor TTV, penyuluhan tentang TB Paru. Pada

Tindakan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas membutuhkan 3 kali 24 jam untuk mencapai kriteria hasil. Bagi pasien memahami penyakit tuberkulosis paru, mampu melakukan batuk efektif dan napas dalam pada Tn.H dan Tn.S

## SUMMARY

A Nursing Care on Tuberculosis Patient Mr. H and Mr. S under Nursing Problem of Ineffective of Airway Clearance in Melati ward of RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2018; Inike Sulviana Herman 152303101060; 2018; pages; Diploma Program of Nursing; fak University of Jember

Tuberculosis is an infectious disease that is mostly considered when the indication of inhabitant morbidity is recently increased particularly in developing countries. It is calculated that one third of population in the world was infected by the germ of mycobacterium tuberculosis, an organism that caused tuberculosis (Simantri I, 2007). Disability of pulmonary tuberculosis patient to expel the sputum in maximal impacts to the ineffectiveness of airway clearance which if it is not quickly treated, it could cause asphyxia to the patient. Moreover, for the patient of tuberculosis, lack of oxygen would impact to the body, it might cause to death (Arief, 2015).

This research exerts the method of case-report which aims to explore and discuss about the nursing care of tuberculosis patients who are through the problem ineffective of airway clearance in Melati ward of RSUD Dr. Haryoto Lumajang in 2018 by employing two participants of research. The research data collection is executed through interview, observation, and data documentation. As for, the intervention of nursing care of the patient of tuberculosis is given through breathing management, oxygen therapy, and TTV monitor.

From the research finding on both participants of research, Mr H and Mr.S who are with the nursing problem ineffective of airway clearance in Melati ward of RSUD DR. Haryoto Lumajang resulted in effective cough, deep breathing technique, TTV monitoring, and counseling related to the information of pulmonary tuberculosis disease. Further, the nursing intervention on the patient of pulmonary tuberculosis under the problem ineffective of airway clearance needs 3x24 hours to achieve the result criteria. As for the patient Mr. H and Mr. S, it is good to know the information, symptom, and treatment related to the disease of

pulmonary tuberculosis in order to be able to cough and take a deep breath effectively.



## PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Sdr. M dengan Post Operasi Fraktur Femur dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung atau tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah ini tidak dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, disampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Eko Prasetya., S.Kep Ners, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa.
5. Bapak Zainal Abidin,A. Md. Kep, S. Pd.,M. Kes dan ibu Ns. Indriana Noor Istiqomah S,Kep, M,Kep selaku penguji karyatulis ilmiah
6. Ruang baca D3 keperawatan Unej kampus Lumajang yang telah membantu dan menyediakan literatur yang dibutuhkan untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Dengan terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya Laporan Tugas Akhir ini dan diucapkan terima kasih.

Lumajang, 12 Juli 2018

Penulis

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul .....	i
Halaman Pembimbingan .....	ii
Persembahan .....	v
Moto .....	vi
Pernyataan .....	vii
Halaman Pengesahan .....	ix
Ringkasan .....	x
Summary .....	xi
Prakata .....	xii
Daftar Isi .....	xiii
Daftar Tabel .....	xvii
Daftar Lampiran .....	xx
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Tujuan Penulisan .....</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Manfaat Penulisan .....</b>	<b>4</b>
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Konsep Teori .....</b>	<b>5</b>
2.1.1 Definisi TB Paru .....	5
2.1.2 Etiologi TB Paru .....	5
2.1.3 Tanda dan Gejala TB Paru.....	6
2.1.4 Patofisiologi.....	8
2.1.5 Proses penularan .....	11
2.1.6 Klasifikasi TB Paru .....	11
2.1.7 Pencegahan.....	12
2.1.8 Komplikasi.....	12
2.1.9 Test Diagnostik .....	13
2.1.10 Tatalaksana Medis.....	14
<b>2.2 Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>19</b>
2.2.1 Pengkajian .....	19
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	27
2.2.3 NOC .....	28
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	29
2.2.5 Impelementasi Keperawatan.....	31
2.2.6 Evaluasi Keperawatan .....	31
<b>BAB 3 METODE KEPERAWATAN.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Desain Penulisan .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Batasan Istilah.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3 Partisipan .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Lokasi dan Waktu.....</b>	<b>33</b>

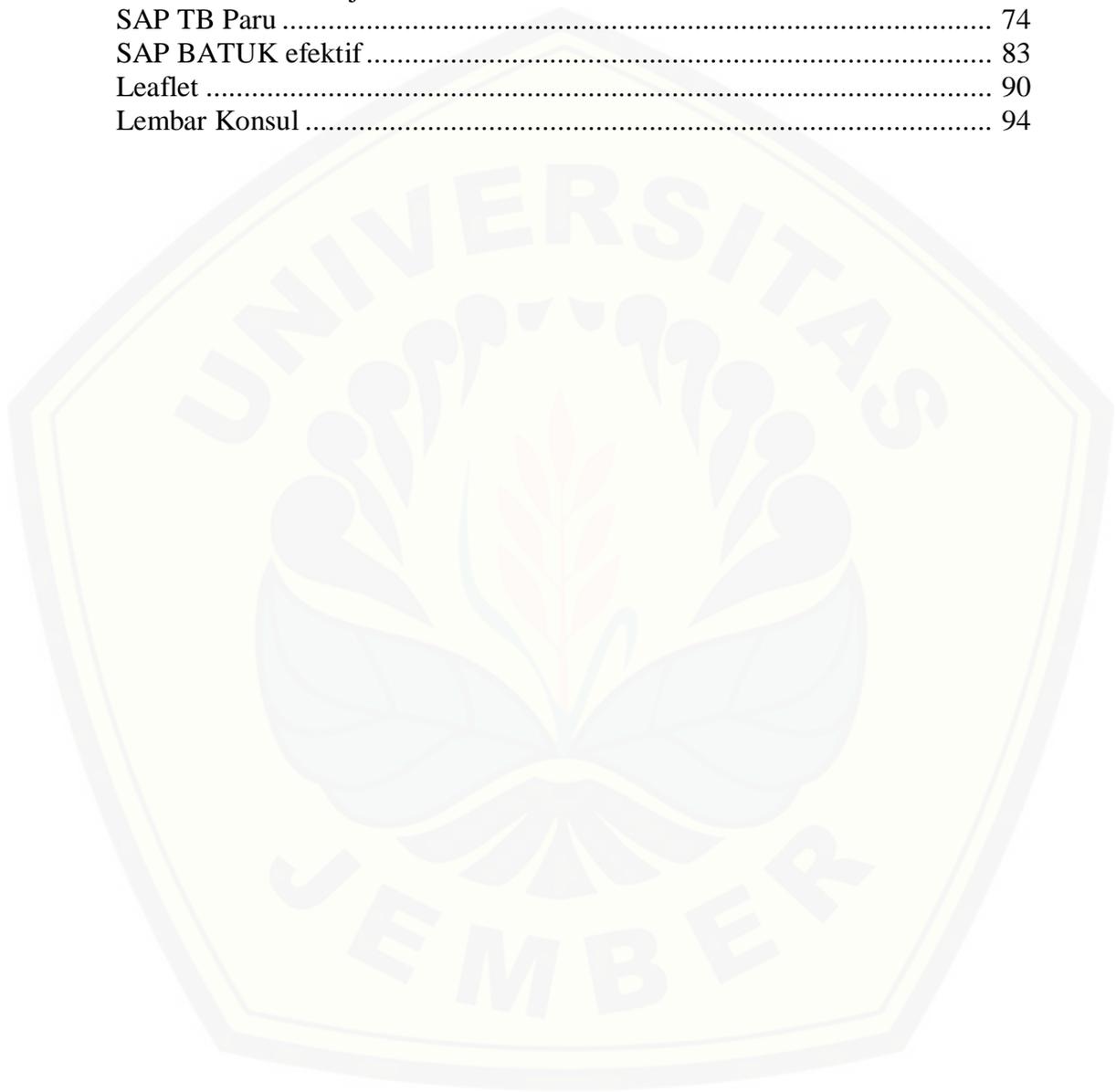
<b>3.5 Pengumpulan Data</b> .....	33
<b>3.6 Etika Penulisan</b> .....	35
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	36
<b>4.1 Gambaran Lokasi Penulisan</b> .....	36
4.2.1 Pengkajian .....	36
4.3.2 Analisa Data.....	49
4.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	50
4.3.4 Intervensi Keperawatan.....	51
4.3.4 Implementasi Keperawatan .....	52
4.3.6 Evaluasi Keperawatan .....	54
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	57
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	57
5.1.1 Pengkajian Keperawatan .....	57
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	57
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	57
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	58
5.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	58
<b>5.2 Saran</b> .....	58
5.2.1 Bagi Perawat.....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	59
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

2.1 Panduan OAT Kategori 1 .....	6
2.2 Panduan OAT Kategori 2 .....	25
2.2 Panduan OAT Kategori 3 .....	25
4.1 Identitas Pasien .....	42
4.2 Riwayat Pasien.....	44
4.3 Perubahan Pola Kesehatan .....	46
4.4 Pemeriksaan fisik .....	47
4.5 Hasil Lab .....	48
4.6 Daftar Terapi.....	49
4.7 Analisa Data .....	50
4.8 Batasan Karakteristik .....	51
4.9 Diagnosa Keperawatan.....	52
4.10 Intervensi Keperawatan .....	54
4.11 Implementasi Keperawatan .....	56
4.12 Evaluasi Keperawatan .....	60

**DAFTAR LAMPIRAN**

Jadwal Penyelenggaran KTI.....	67
Informed Consent .....	68
Lembar Wawancara .....	69
Surat Permohonan Ijin .....	71
SAP TB Paru .....	74
SAP BATUK efektif.....	83
Leaflet .....	90
Lembar Konsul .....	94



## BAB 1.PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis menjadi masalah penyakit yang sangat diperhitungkan saat meningkatnya morbiditas penduduk terutama di negara berkembang. Diperkirakan sepertiga populasi di dunia terinfeksi *mycobacterium tuberculosis*, organisme penyebab tuberkulosis (Somantri I, 2007). Penyakit Tuberkulosis Paru termasuk penyakit yang menyerang perenkim paru-paru yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Penyakit TB sering tidak diketahui oleh penderita karena gejala yang dianggap biasa seperti gejala flu, pada saat TB mulai semakin lama semakin parah penderita merasakan gejala yang semakin parah atau kronis. (Yuni, 2016). Salah satu gejala dari TB adalah batuk yang disertai dahak (Depkes, 2011). Ketidakmampuan penderita TB Paru dalam mengeluarkan dahak secara maksimal menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif yang jika tidak ditangani dahak akan semakin banyak akan menyebabkan sesak pada penderita. Kekurangan oksigen akan berdampak yang bermakna dalam tubuh, salah satunya adalah kematian (Arief, 2015).

TB paru di Indonesia merupakan nomor 3 terbesar di dunia setelah cina dan india dengan asumsi prevalensi TB BTA positif di indonesia adalah 130 per 100.000 penduduk dan sebanyak 75% dari penderita merupakan usia produktif yaitu 15-55 tahun. Pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila dibandingkan kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberkulosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Data yang diperoleh dari profil lumajang jumlah pasien tuberkulosis sejumlah 1.077 (profil kesehatan kabupaten lumajang 2014). Dari hasil studi pendahuluan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang menunjukkan penderita TB Paru pada tahun 2016 yaitu sebanyak 42 kasus TB paru dan pada tahun 2017

43 kasus TB Paru. Dalam hal jenis kelamin, jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan yaitu 1,5 kali dibandingkan pada perempuan. Pada masing-masing provinsi di seluruh Indonesia kasus lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut kelompok umur, kasus tuberkulosis pada tahun 2015 paling banyak ditemukan pada kelompok umur 25-34 tahun yaitu sebesar 18,65% diikuti kelompok umur 45-54 tahun sebesar 17,33% dan pada kelompok umur 35-44 tahun sebesar 17,18% (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *M. Tuberkulosis*. Bakteri menyebar melalui jalan nafas menuju alveolus lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *M. Tuberkulosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, dan korteks serebri) dan area lain dari paru (lobus atas). Selanjutnya, sistem kekebalan tubuh memberikan respons dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 10 minggu setelah terpapar bakteri (Somantri I. , 2008).

Setelah infeksi awal, jika respons sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Kasus ini menimbulkan tuberkulosis paru, *Mycobacterium Tuberculosis* akan menginflamasi sebagian atau seluruh paru dan dapat menimbulkan penumpukan sputum hasil dari proses penyakit. Penumpukan sputum yang berlebih menimbulkan gejala batuk pada penderita selama lebih dari 3 minggu. Seiring dengan proses perjalanan penyakit, produksi sputum meningkat dan batuk terus menerus membuat penderita mengalami penurunan energi yang membuat batuk tidak produktif (Somantri I., 2008). Sputum yang berlebih membuat penderita sesak dimana penderita tidak mampu atau tidak dapat mengeluarkan sputum secara maksimal sehingga muncul masalah keperawatan bersihan jalan nafas.

Masalah ini jika tidak segera ditangani akan menimbulkan kesulitan bernapas pada pasien dan terjadi gangguan pertukaran gas di paru-paru yang bisa menyebabkan sianosis, kelelahan, dan kelemahan. Selanjutnya, kondisi ini akan menyebabkan penyempitan jalan napas sekaligus terjadi penyumbatan jalan napas (Kristanti, 2011).

Intervensi keperawatan yang bisa dilakukan pada penderita dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu dengan melakukan manajemen jalan nafas meliputi 1) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir 2) Intruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, 3) Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya, 4) Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk, 5) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi; terapi oksigen, meliputi: 1) Bersihkan mulut, hidung, dan sekresi trakea dengan tepat, 2) Siapkan peralatan oksigen dan berikan melalui sistem humidifer, 3) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan, 4) Monitor aliran oksigen, 5) Monitor posisi perangkat (alat pemberian oksigen; bantuan pemenuhan oksigen, meliputi: 1) Posisikan (pasien) untuk mengurangi dyspnea, 2) Posisikan untuk meminimalkan upaya bernafas (misalnya., mengangkat kepala tempat tidur dan memberikan over bed table bagi pasien untuk bersandar), 3) Auskultasi suara nafas, catat area-area penurunan atau tidak adanya ventilasi, dan adanya suara tambahan, 4) Ajarkan teknik pernapasan dengan tepat; monitor tanda vital, meliputi: 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan cepat, 2) Monitor suara paru-paru, 3) Memonitor warna kulit, suhu dan kelembapan, 4) Monitor akan adanya kuku (dengan berbentuk) clubbing (Bulechek, dkk, 2013)

Dalam hal batuk efektif, hasil penelitian Sasono Mardiono yang dilakukan pada 32 responden, didapatkan hasil: pasien TB paru setelah melakukan latihan batuk efektif sebagian besar frekuensi pernafasannya normal, dengan rata-rata frekuensi pernafasan sesudah melakukan batuk efektif yaitu 19,81 kali per menit (standar deviasi 4.17, nilai minimum 10 dan maksimum 25). Ada perbedaaan yang signifikan antara frekuensi pernafasan sebelum dan sesudah tindakan latihan batuk efektif (Sasono, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis ingin mengkaji lebih lanjut mengenai Tuberkulosis Paru (TB Paru) dalam Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien TB Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas DI Ruang Melati RSUD Dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Dari latar belakang di atas penulis merumuskan masalah sebagai berikut bagaimana gambaran penatalaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.H dan Tn.S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Besihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018?

## **1.3 Tujuan Penulis**

Mengeksplorasi asuhan keperawatan TB Paru pada Tn.H dan Tn.S dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di RSUD Dr Haryoto Lumajang.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

Memberikan pengalaman, membandingkan teori dengan kasus nyata, dan menambah wawasan peneliti terutama tentang asuhan keperawatan pada pasien TB Paru serta dapat menerapkan standart asuhan keperawatan untuk mengembangkan praktik keperawatan dan memecahkan masalah khususnya dalam bidang atau profesi keperawatan.

### **1.4.2 Bagi profesi keperawatan**

Dapat digunakan sebagai informasi atau pengetahuan baru yang dapat dipakai untuk bahan tambahan pembelajaran serta melakukan asuhan keperawatan pada pasien tuberculosis paru.

## BAB 2. TINJAUAN TEORI

### 2.1 Konsep Tuberculosis

#### 2.1.1 Definisi TB Paru

Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*, suatu bakteri aerob tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara inhalasi partikel kecil (diameter 1-5 mm) yang mencapai alveolus, droplet tersebut keluar saat berbicara, batuk, tertawa, bersin, atau menyanyi (Yasmara, 2016).

Penyakit Tuberkulosis Paru termasuk penyakit yang menyerang peratkim paru-paru yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe (Somantri, 2012).

#### 2.1.2 Etiologi TB Paru

Tuberculosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan (Basil Tahan Asam) karena basil TB mempunyai sel lipoid. Basil TB sangat rentan dengan sinar matahari sehingga dalam beberapa menit saja akan mati. Basil TB juga akan terbunuh dalam beberapa menit jika terkena alcohol 70% dan lisol 50%. Basil TB memerlukan waktu 12-24 jam dalam melakukan mitosis, hal ini memungkinkan pemberian obat secara intermiten (2-3 hari sekali). Dalam jaringan tubuh, kuman ini dapat dormant selama beberapa tahun. Sifat dormant ini berarti kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan tuberculosis aktif kembali. Sifat lain kuman adalah bersifat *aerob*. Sifat ini menunjukkan bahwa kuman lebih menyenangi jaringan yang kaya oksigen, dalam hal ini tekanan bagian apical paru-paru lebih tinggi daripada jaringan lainnya sehingga bagian tersebut merupakan tempat predileksi penyakit tuberkolosis. Kuman dapat disebarkan dari penderita TB paru BTA positif kepada orang yang berada disekitarnya, terutama yang kontak erat.

TB paru merupakan penyakit infeksi penting saluran pernafasan. Basil mikrobakterium tersebut masuk kedalam jaringan paru melalui saluran napas (*droplet infection*) sampai alveoli, sehingga terjadi infeksi primer (ghon) yang

dapat menyebar ke kelenjar getah bening dan terbentuklah primer kompleks (*ranke*). Keduanya dinamakan tuberculosis primer, yang dalam perjalanannya sebagian besar akan mengalami penyembuhan. Tuberculosis paru primer adalah terjadinya peradangan sebelum tubuh mempunyai kekebalan spesifik terhadap basil mikrobakterium, sedangkan tuberculosis post primer (*reinfection*) adalah peradangan bagian paru oleh karena terjadi penularan ulang pada tubuh sehingga terbentuk kekebalan spesifik terhadap basil tersebut (Devi, 2017).

### 2.1.3 Tanda dan gejala Tuberkulosis paru

Gambaran klinik TB paru dapat dibagi menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dengan gejala sistemik:

a. Gejala respiratorik, meliputi:

1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini. Gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum) ini terjadi lebih dari 3 minggu. Keadaan yang lanjut adalah batuk darah (*hemoptoe*) karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

2) Batuk darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Gejala klinis *haemoptoe*

Kita harus memastikan bahwa perdarahan dari nasofaring dengan cara membedakan ciri-ciri sebagai berikut:

a) Batuk darah

- (1) Darah dibatukkan dengan rasa panas di tenggorokan.
- (2) Darah berbuih bercampur udara.
- (3) Darah segar berwarna merah muda.
- (4) Darah bersifat alkalis.

- (5) Anemia kadang-kadang terjadi.
- (6) Benzidin test negatif.

b) Muntah darah

- (1) Darah dimuntahkan dengan rasa mual.
- (2) Darah bercampur sisa makanan.
- (3) Darah berwarna hitam karena bercampur asam lambung.
- (4) Darah bersifat asam
- (5) Anemia sering terjadi.
- (6) Benzidin test positif (Wahit & Suprpto, 2013).

c) Sesak nafas

Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia dan lain-lain (Wahit & Suprpto, 2013).

d) Nyeri dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem pernafasan di pleura terkena (Wahit & Suprpto, 2013).

b. Gejala sistemik, meliputi Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza, tapi kadang panas bahkan dapat mencapai 40-41<sup>0</sup>C. Keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberkulosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek (Wahit & Suprpto, 2013).

c. Gejala sistemik lain

Gejala sistemik lainnya ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise (gejala malaise sering ditemukan berupa: tidak nafsu makan, sakit kepala, meriang, nyeri otot, dll). Timbulnya gejala biasanya gradual dalam

beberapa minggu- bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak nafas walaupun jarang dapat timbul menyerupai gejala pneumonia (Wahit & Suprpto, 2013).

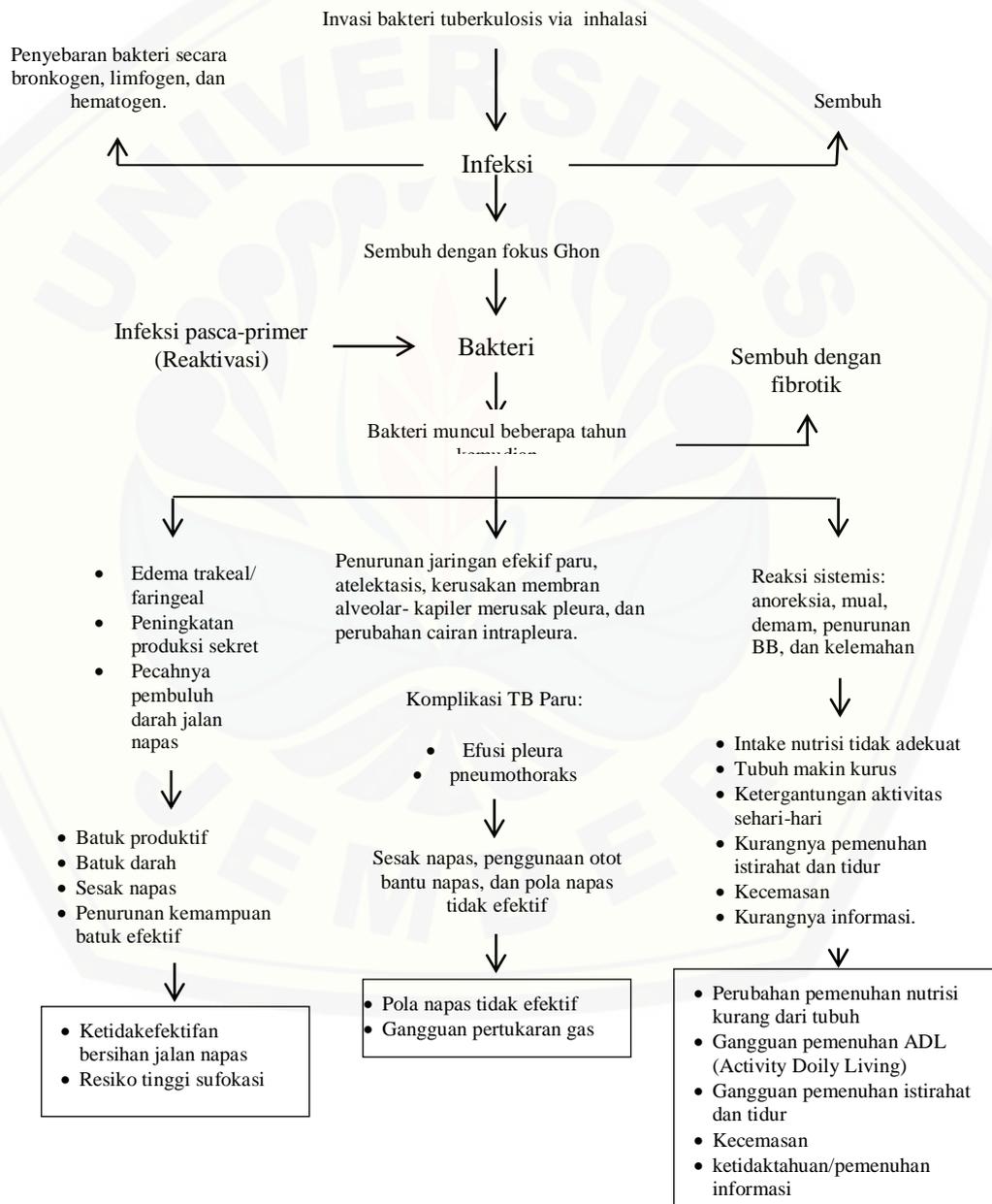
#### 2.1.4 Patofisiologi

Proses infeksi penyakit tuberculosis dibagi menjadi dua yaitu infeksi primer dan infeksi sekunder. Infeksi primer adalah waktu pertama kali terinfeksi TB. Kuman TB yang di batukkan/dibersinkan akan menghasilkan droplet nuklei dalam udara, sifat kuman TB dalam udara bebas bertahan 1-2 (bergantung pada sinar ultraviolet/ sinar UV, ventilasi dan kelembapan dalam suasana lembap dapat tahan sehari-hari sampai berbulan-bulan. Oleh karena sifat kuman TB ini tidak tahan terhadap sinar ultraviolet maka penularan lebih sering terjadi pada malam hari. Kuman TB terhisap orang sehat, kemudian menempel pada saluran nafas dan jaringan paru, kuman TB dapat masuk ke alveoli jika ukuran kurang dari 5  $\mu\text{m}$ , maka neutrofil dari makrofag akan bekerja dalam hitungan jam untuk memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut.

Kuman TB ini tumbuh lambat dan membelah diri setiap 18-24 jam pada suhu yang optimal, dan berkembang biak pada tekanan oksigen 140 mmH<sub>2</sub>O di paru. kuman TB yang berada dalam makrofag akan mengalami proliferasi, pada akhirnya proliferasi ini akan menyebabkan lisis makrofag. Makrofag tersebut kemudian bermigrasi ke dalam aliran limfatik dan mempresentasikan antigen *mycobacterium tuberculosis* pada limfosit T. limfosit TCD4 merupakan sel yang memainkan peran penting dalam respons imun, sedangkan limfosit TCD8 memiliki peranan penting dalam proteksi terhadap TB. Peran limfosit T CD4 menstimulasi pembentukan fagolisosom pada makrofag yang terinfeksi dan memaparkan kuman pada lingkungan yang sangat asam, selain itu limfosit T CD4 menghasilkan dinitrogen oksida yang mampu menyebabkan destruktif oksidatif pada bagian-bagian kuman mulai dari dinding sel hingga DNA.

Selain menstimulasi makrofag untuk membunuh kuman TB sel limfosit T CD4 juga merancang pembentukan granuloma dan nekrosis kaseosa. Granuloma terbentuk bila penderita memiliki respons imun yang baik walaupun sebagian kecil mikobakterium hidup dalam granuloma dan menetap di tubuh manusia dalam jangka waktu yang lama. Granuloma membatasi penyebaran dan

multiplikasi kuman dengan membentuk jaringan fibrin yang mengelilingi granuloma (fokus primer). Fokus primer yang menalami klasifikasi bersama besaran nodus limfa disebut kompleks gohn. Lensi ini dapat sembuh sama sekali tanpa cacat, dapat berkomplikasi dan menyebar, dan dapat sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas berupa garis-gari fibrotik, klasifikasi di hilus dan lensi pneumonia yang luasnya lebih dari 5 mm, 10% di antaranya dapat terjadi reaktivasi lagi karena kuman yang dormant, yang merupakan cikal bakal TB sekunder (Yasmara, 2016)



Gambar 2.1 Patofisiologi TB Paru yang mengarah pada terjadinya masalah keperawatan

### 2.1.5 Proses Penularan

Tuberkulosis tergolong airborne disease yakni penularan melalui droplet nuclei yang dikeluarkan ke udara oleh individu terinfeksi dalam fase aktif. Setiap kali penderita ini batuk dapat mengeluarkan 3000 droplet nuclei. Penularan umumnya terjadi di dalam ruangan dimana droplet nuclei dapat ditinggal di udara dalam waktu lama. Di bawah sinar matahari langsung basil tuberkel mati dengan cepat tetapi dalam ruang yang gelap dan lembab dapat bertahan sampai beberapa jam. Dua faktor penentu keberhasilan penularan tuberkulosis pada individu baru yakni konsentrasi droplet nuclei dalam udara dan panjang waktu individu bernafas dalam udara yang terkontaminasi tersebut di samping daya tahan tubuh yang bersangkutan.

Disamping penularan melalui saluran pernapasan (paling sering), tuberkulosis juga dapat masuk ke dalam tubuh melalui saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit (lebih jarang) (Wahit & Suprpto, 2013).

### 2.1.6 Klasifikasi TB Paru (Wahit & Suprpto, 2013)

Klasifikasi TB paru dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologik, radiologik dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi. Sesuai dengan program Gerdunas-TB (Gerakan Terpadu Nasional Tuberkulosis) klasifikasi TB paru dibagi sebagai berikut:

a. TB paru BTA positif dengan kriteria:

- 1) Dengan atau tanpa gejala klinik.
- 2) BTA positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali disokong tindakan positif satu kali atau disokong radiologik positif 1 kali.
- 3) Gambaran radiologik sesuai dengan TB paru.

b. TB paru BTA negatif dengan kriteria:

- 1) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan TB paru aktif.
- 2) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologik positif.

c. Bekas TB paru dengan kriteria:

- 1) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif.
- 2) Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru.

- 3) Radiologik menunjukkan gambaran lesi TB inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah.
- 4) Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung)

#### 2.1.7 Pencegahan

##### a. Memisahkan makanan dengan penderita TB Paru

Memisahkan makanan adalah salah satu upaya untuk mencegah penularan penyakit TB Paru keanggota keluarga lainnya. Makanan bekas yang dimakan penderita TB Paru dapat menyebabkan terjadi penularan penyakit TB Paru.

##### b. Memisahkan alat makan yang dipakai penderita TB Paru

Alat makan yang dipakai penderita TB Paru seperti sendok, piring dan gelas perlu dipisahkan untuk mencegah penularan TB Paru ke anggota keluarga lainnya.

##### c. Menjauhkan anggota keluarga lain dari penderita TB Paru saat batuk

Menjauh saat penderita TB Paru batuk dilakukan agar kuman yang keluar saat penderita batuk tidak terhisap oleh anggota keluarga yang sehat sehingga penularan dapat dicegah seperti penderita dapat menggunakan masker.

##### d. Menghindari penularan melalui dahak pasien penderita TB Paru

Dahak penderita TB Paru yang dibuang sembarangan dapat mengakibatkan penularan penyakit, untuk menghindarinya pasien penderita TB Paru hendaknya tidak membuang dahak sembarangan (Jaji, 2010)

#### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut:

- a. Hemomtisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial.
- c. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau realtif) pada paru.
- d. Pneumotorak (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.

- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang persendian, ginjal dan sebagainya.
- f. Insufisiensi kardio pulmoner

Dalam penelitian Esther Wahyuningsih dan Banten Hanang komplikasi yang terjadi pada penderita TB rawat inap adalah 19,1% pneumothorax, 15,45% hemoptoe, 15,54% syok sepsis, 11% bronkiotelaksis dan hepatitis, 7,27% penderita mengalami gagal nafas dan gagal jantung dan sebanyak 3,63% penderita dengan syok hipovolemik (Esther Wahyuningsih, 2015). Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit. (Wahit & Suprpto, 2013).

#### 2.1.9 Test diagnostik

##### a. Pemeriksaan laboratorium

###### 1) Darah

Pada saat tuberkulosis baru mulai (aktif) akan didapatkn jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan diferensiasi pergeseran ke kiri. Jumlah limfosit masih di bawah normal. Laju endap darah mulai meningkat. Bila penyakit mulai sembuh, jumlah leukosit kembali normal dan jumlah limfosit masih tetap tinggi. Laju endap darah menurun kearah normal lagi. Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian karena angka-angka positif palsu dan negatif palsu masih besar.

###### 2) Sputum

Pemeriksaan sputum adalah penting karena dengan ditemukannya kuman BTA, diagnosis tuberculosi sudah dapat dipastikan. Disamping itu pemeriksaan sputum juga dapat memberikan evaluasi terhadap pengobatan yang sudah di berikan. Kriteria sputum BTA positif adalah bila sekurang-kurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan. Dengan kata lain dipelukan 5000 kuman dalam 1 ml sputum. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif jika sedikitnya 2 dari 3 spesimen BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu dilakukan pemeriksaan SPS ulang. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dilakukan pemeriksaan lain misalnya biakan. Bila ketiga spesimen hasilnya negatif di berikan antibiotik

spectrum luas (misalnya kotrimoksazol atau amoksisilin) selama 1-2 minggu. Bila tidak ada perbaikan gejala klinis tetap mencurigakan TBC, ulangi pemeriksaan SPS.

a) Hasil pemeriksaan SPS positif didiagnosis TBC BTA positif

b) Hasil SPS negatif, lakukan pemeriksaan gontgenthorak:

(1) Hasil mendukung TBC, penderita TBC BTA (-) rontgen (+)

(2) Hasil tidak mendukung TBC bukan penderita TBC.

### 3) Tes tuberculin

Pemeriksaan ini masih banyak dipakai untuk membantu meningkatkan diagnosis tuberculosis terutama pada anak-anak (balita). Biasanya dipakai dengan cara mantoux yakni dengan menyuntikkan 0,1 cc tuberculin P.P.D (*purified protein derivative*) intrakutan berkekuatan 5 T.U (*intermediate strength*)

Hasil tes mantoux ini dibagi menjadi dalam:

a) Indurasi 0-5 mm (diameternya) : mantoux negative = golongan non sensitivity. Disini peran antibody humoral paling menonjol.

b) Indurasi 6-9 mm: hasil meragukan golongan low grade sensitivity. Disini peranan antibody humoral masih lebih menonjol.

c) Indurasi 10-15 mm: mantoux positif = golongan normal sensitivity. Disini peran kedua antibody seimbang.

d) Indurasi lebih dari 16 mm: mantoux positif kuat = golongan hypersensitivity. Disini peranan antibody selular paling menonjol.

### 4) Foto thoraks

Foto thoraks PA dengan atau tanpa lateral merupakan pemeriksaan radiologi standar. Jenis pemeriksaan radiology lain hanya atas indikasi top foto, oblik, tomogram dan lain-lain. Karakteristik radiologi yang menunjang diagnostik antara lain:

a) Bayangan lesi radiologi yang terletak di lapangan atas paru

b) Bayangan yang berawan (patchy) atau berbecak (noduler)

c) Kelainan yang bilateral, terutama bila terdapat di lapangan atas paru

d) Bayangan yang menetap atau relatif menetap setelah beberapa minggu.

e) Banyak biliter. (Wahit & Suprpto, 2013)

### 2.1.10 Tatalaksana Penanganan Medik

Tujuan pengobatan pada penderita TB Paru selain untuk menyembuhkan/mengobati penderita juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta memutuskan mata rantai penularan. Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap, yaitu:

#### a. Tahap intensif (2-3 bulan)

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TBC BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.

#### b. Tahap lanjutan (4-7 bulan)

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk menumbuhkan kuman persisten (dorman) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Paduan obat yang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang digunakan sebagai dengan rekomendasi WHO adalah rifampisin, INH, Pirasitamid, streptomisin dan Etambutol. Sedangkan jenis obat tambahan adalah kanamisin, kuinolon, makrolide dan amoksisilin + asam klavulanat, derivat rimfampisin/INH.

##### 1) Isoniasid (H)

Dikenal dengan INH, bersifat bakterid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolic aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg, sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dosis 10 mg/kg BB.

##### 2) Rifampisin (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semi-dormant (persisten) yang tidak dapat dibunuh oleh isoniasid. Dosis 10 mg/kg BB diberikan sama

untuk pengobatan harian maupun intermitten 3 kali seminggu.

3) Pirasinamid (Z)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 35 mg/kg BB.

4) Streptomisin (S)

Bersifat bakterisid. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama. Penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 gr/hari, sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 gr/hari.

5) Etambutol (E)

Bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan pengobatan intermitten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB.

Untuk keperluan pengobatan perlu dibuat batasan kasus terlebih dahulu berdasarkan lokasi tuberkulosa, berat ringannya penyakit, hasil pemeriksaan bakteriologik, hapusan dahak dan riwayat pengobatan sebelumnya. Disamping itu perlu pemahaman tentang strategi penanggulangan TB yang dikenal sebagai Directly Observed Treatment Shot Course (DOTS) yang direkomendasikan oleh WHO yang terdiri dari lima komponen yaitu:

Adanya komitmen politis berupa dukungan pengambilan keputusan dalam penanggulangan TB. Diagnosis TB melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopik langsung sedang pemeriksaan penunjang lainnya seperti pemeriksaan radiologis dan kultur dapat dilaksanakan di unit pelayanan yang memiliki sarana tersebut.

Pengobatan TB dengan panduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) khususnya dalam 2 bulan pertama dimana penderita harus minum obat setiap hari. Kesenambungan ketersediaan panduan OAT jangka pendek yang cukup pencatatan dan pelaporan yang baku. Berdasarkan berbagai pertimbangan, WHO merekomendasikan paduan obat anti tuberkulosis harus sesuai dengan kategori penyakit yaitu kategori yang didasarkan

atas kasus yang dijelaskan diatas. Sehingga penderita TB dapatlah berbagai dalam 4 kategori yaitu kategori I-IV.

Panduan OAT Indonesia:

a. Kategori I (2HRZE/4H3R3):

Kasus baru dengan dahak positif dan penderita dengan keadaan yang seperti meningitis, TB milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis masif atau bilateral, spondilitis dengan gangguan neurologik, penderita dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya luas, TB usus, TB saluran kemih.

Tahap intensif terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z) dan Etambutol (E). Obat-obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari insoniasid (H) dan Rifampisin (R), diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3r#).

Obat ini diberikan untuk:

- 1) Penderita baru TBC paru BTA positif
- 2) Penderita TBC paru BTA negative rontgent positif yang sakit berat dan
- 3) Penderita TBC ekstra paru berat.

Tabel 2.1. Panduan OAT kategori 1

No	Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Dosis per hari/kali				Jumlah hari/kali menelan obat
			Tablet isoniasid @300mg	Kaplet rifampisin @450mg	Tablet pirasina-mid @500mg	Tablet etambutol @250mg	
1.	Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	60
2.	Tahap lanjutan (dosis 3x/minggu)		2	1	---	---	54

b. Kategori II (2HRZES/HRZE/5H3R3E3):

Kasus kambuh atau gagal dengan dahak tetap positif tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan Isoniasid (H), rifampisin (R), pirasinamid (Z), etambutol (E) dan suntikan streptomisin setiap hari di UPK. Dilanjutkan 1 bulan dengan Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z), dan etambutol (E) setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan 3 kali dalam seminggu. Perlu diperhatikan bahwa suntikan streptomisin diberikan setelah penderita selesai menelan obat.

Obat ini diberikan untuk:

- 1) Penderita kambuh (relaps).
- 2) Penderita gagal (failure).
- 3) Penderita dengan pengobatan setelah lalai (after default).

Tabel 2.2 Panduan OAT kategori 2

No	Tahap	Lama pengobatan	Tablet isoniazid @300mg	Kaplet rifampisin @450 mg	Tablet pirasina mid @500 mg	Etambutol		Strepto misin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
						Tablet @250 mg	Tablet @500 mg		
1.	Tahap intensif (dosis harian)	Bulan	1	1	3	3	-	0,75	60
3.	Tahap lanjutan (dosis 3 x seminggu)	1 bulan	1	1	3	3	-	-	30
		5 bulan	2	1	---	1	2	---	66

c. Kategori III (2HRZ/4H3R3):

Kasus dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya tidak luas dan kasus TB di luar paru selain yang disebut dalam kategori I.

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu (4 H3R3). Obat ini diberikan untuk:

- 1) Penderita baru BTA negatif dan rongent positif sakit ringan.
- 2) Penderita ekstra paru ringan, yaitu TBC kelenjar limfe (limfadenitis), pleuritis eksudativa unilateral, TBC kuit, TBC tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.

Tabel 2.3 Panduan OAT Kategori 3

No	Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet isoniazid @300mg	Kaplet rifampisin @450mg	Tablet pirasinamid @500mg	Jumlah hari menelan obat
1.	Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	60
2.	Tahap lanjutan (dosis 3x seminggu)	4 bulan	2	1	---	54

d. Kategori IV: OAT sisipan (HRZE)

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan

kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

Tabel 2.4 Panduan OAT sisipan

No	Tahap pengobatan	Lamanya pengobatan	Tablet isoniazid @300mg	Kaplet rifampisin @450mg	Tablet pirazinamid @500mg	Tablet etambutol @250mg	Jumlah/kali menelan obat
1.	Tahap intensif (dosis harian)	1 bulan	1	1	3	3	30

Untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT= Directly Observed Treatment) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).

Obat-obat anti TB yang ada sekarang digolongkan dalam dua jenis yaitu bakterisidal dan bakteriostatik. Termasuk dalam golongan bakterisidal adalah isoniazid (H), rifampisin (R), pirazinamid (Z), streptomisin (S), sedangkan etambutol (E) termasuk golongan bakteriostatik. Kelima obat tersebut diatas termasuk obat anti TB utama (*first-line Antituberculosis Drugs*). Yang termasuk dalam OAT sekunder (*second antituberculosis drugs*) adalah Para-Aminosalicylic Acid (PAS), ethionamid, sikloserin, kanamisin dan kapreomisin. Obat anti TB sekunder ini selain kurang efektif juga lebih toksik, sehingga kurang dipakai lagi.

Tabel 2.5 Efek samping dari obat-obat TBC

NO	Nama obat	Efek samping
1.	Rifampisin	Demam, malaise, muntah, mual, diare, kulit gatal dan merah SGOT/SGPT meningkat (gangguan fungsi hati).
2.	INH	Nyeri saraf, hepatitis (radang hati), alergi, demam, ruam kulit.
3.	Pyrazinamide	Muntah, mual, diare, kulit merah gatal, kadar asam urat meningkat, gangguan fungsi hati.
4.	Streptomisin	Alergi, demam, ruam kulit, kerusakan vestibuler, vertigo (pusing).
5.	Etambutol	Gangguan saraf mata.

## 2.2 Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

#### a. Identitas

##### 1) Jenis kelamin

Penyakit tuberkulosis (TB) dapat menyerang manusia mulai dari usia anak sampai dewasa dengan perbandingan yang hampir sama antara laki-laki dan perempuan.

## 2) Umur

Tuberkulosis pada anak dapat terjadi di usia berapapun, namun usia paling umum adalah antara 1-4 tahun. Anak-anak lebih sering mengalami TB luar paru-paru (*extrapulmonary*) di banding TB paru-paru dengan perbandingan 3 : 1. Tuberkulosis luar paru-paru adalah TB berat yang terutama ditemukan pada usia <3 tahun. Angka kejadian (prevalensi) TB paru-paru pada usia 5-12 tahun cukup rendah, kemudian meningkat setelah usia remaja dimana TB paru-paru menyerupai kasus pada pasien dewasa (sering disertai lubang/ kavitas pada paru-paru).

## 3) Alamat

Penyakit ini biasanya banyak ditemukan pada pasien yang tinggal di daerah dengan tingkat kepadatan sangat tinggi sehingga masuknya cahanya matahari ke dalam rumah sangat minim (Wahit & Suprpto, 2013).

### b. Riwayat kesehatan

#### 1) Keluhan yang sering muncul antara lain:

- a) Demam: subfebris, febris (40-41<sup>0</sup>C) hilang timbul.
- b) Batuk: terjadi karena adanya iritasi pada bronkus batuk ini terjadi untuk membuang/ mengeluarkan produksi radang yang dimulai dari baruk kering sampai dengan batuk purulen (menghasilkan sputum)
- c) Sesak nafas: bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru-paru.
- d) Nyeri pada dada: jarang ditemukan, nyeri akan timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.
- e) Malaise: ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, dan keringat malam.
- f) Sianosis, sesak nafas, kolap: merupakan gejala atelektaksis. Bagian dada pasien tidak bergerak pada saat bernafas dan jantung terdorong ke sisi yang sakit. Pada foto thoraks, pada sisi yang sakit tampak bayangan hitam dan digfragma menonjol ke atas.
- g) Perlu ditanyakan dengan siapa pasien tinggal, karena biasanya penyakit ini muncul bukan karena sebagai penyakit keturunan tetapi merupakan penyakit infeksi menular.

c. Riwayat penyakit dahulu:

- 1) Pernah sakit batuk yang lama dan tidak sembuh-sembuh.
- 2) Pernah berobat tetapi tidak sembuh.
- 3) Pernah berobat tetapi tidak teratur.
- 4) Riwayat kontak dengan penderita Tuberkulosis Paru.
- 5) Daya tahan tubuh menurun.
- 6) Riwayat vaaksinasi yang tidak teratur.

d. Riwayat pengobatan sebelumnya:

- 1) kapan pasien mendapatkan pengobatan sehubungan dengan sakitnya.
- 2) Jenis, warna, dosis obat yang di minum.
- 3) Berapa lama pasien menjalani pengobatan sehubung dengan penyakitnya.
- 4) Kapan pasien mendapatkan pengobatan terahir.

e. Riwayat penyakit keluarga:

Secara patologi TB Paru tidak diturunkan, tetapi perawat perlu ditanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi penularan didalam rumah(Wahit & Suprpto, 2013).

f. Pola fungsi

1) Aktivitas dan istirahat

Subyektif: rasa lemah cepat lelah, aktivitas berat timbul. Sesak (nafas pendek). Sulit tidur, demam, menggigil, berkeringat pada malam hari.

Obyektif: takikardia, takipnea/dispnea saat kerja, irritable, sesak(tahap, lanjut; infiltrasi radang sampai setengah paru), demam subfebris (40-41<sup>0</sup>C) hilang timbul.

2) Pola nutrisi

Subyektif: anoreksia, mual, muntah, tidak enak diperut, penurunan berat badan.

Obyektif: turgor kulit jelek, kulit kering/bersisik, kehilangan lemak sub kutan.

3) Respirasi

Subyektif: batuk produktif/ non produktif sesak nafas, sakit dada.

Objektif: mulai batuk kering sampai batuk dengan sputum hijau/purulent, mukoid kuning atau bercak darah, pembengkakan kelenjar limfe, terdengar

bunyi ronkhi basah, kasar di daerah apeks paru, takipneu (penyakit luas atau fibrosis parenkim paru dan pleural), sesak nafas, pengembangan pernafasan tidak simetris (effusi pleura), perkusi pekak dan penurunan fremitus (cairan pleural), deviasi trakeal (penyebaran bronkogenik).

4) Rasa nyaman/nyeri

Subyektif: nyeri dada meningkat karena batuk berulang.

Obyektif: berhati-hati pada area yang sakit, perilaku distraksi, gelisah, nyeri bisa timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga timbul pleuritis.

5) Integritas ego

Subjektif: faktor stress lama, masalah keuangan, perasaan tak j. berdaya/tidak ada harapan. (Wahit & Suprpto, 2013)

g. Riwayat sosial ekonomi

1) Riwayat pekerjaan: waktu dan tempat bekerja, jumlah penghasilan.

2) Aspek psikososial.

Merasa dikucilkan, tidak dapat berkomunikasi dengan bebas, menarik diri, biasanya pada keluarga yang kurang mampu, masalah berhubungan dengan kondisi ekonomi, untuk sembuh perlu waktu yang lama dan biasanya yang banyak, masalah tentang masa depan/pekerjaan pasien, tidak bersemangat dan putus harapan (Wahit & Suprpto, 2013).

h. Pola hidup:

1) Nutrisi: responden yang mengalami kekambuhan TB paru lebih banyak pada responden yang memiliki status gizi kurang (73,1%) dibanding responden yang memiliki status gizi normal (26,9%). Status gizi kurang pada orang dewasa mengakibatkan kelemahan fisik dan daya tahan tubuh, sehingga meningkatkan kepekaan terhadap infeksi dan penyakit lain. Kekurangan kalori dan protein serta kekurangan zat besi dapat meningkatkan risiko TB paru (Slanturi, 2014)

2) Kebiasaan merokok: seseorang yang memiliki kebiasaan merokok mempunyai 5,4 kali untuk mengalami kekambuhan dibanding yang tidak memiliki kebiasaan merokok. Hal ini karena merokok dapat merusak saluran pernafasan yang dapat memudahkan invasi kuman TB. Hasil ini sesuai dengan fakta yang ada, dalam jangka panjang yaitu 10-20 tahun

pengaruh risiko merokok terhadap TB paru adalah bila merokok 1-10 batang per hari meningkatkan risiko 15 kali, bila merokok 20-30 batang per hari meningkatkan risiko 40-50 kali dan bila merokok 40-50 batang per hari meningkatkan risiko 70-80 kali (Slanturi, 2014).

- 3) pola istirahat dan tidur: bahwa kualitas tidur pasien rata-rata 66,1% mempunyai kualitas tidur yang buruk dan 33,9% memiliki kualitas tidur baik. Penyebab kualitas tidur yang buruk pada pasien yang dirawat di Rumah sakit terbangun pada malam hari, karena batuk, sesak napas, demam, dan keluhan yang lainnya (ulfa hasanah, 2016)
- 4) Tingkat pengetahuan/pendidikan pasien dan keluarga tentang penyakit, pencegahan, pengobatan dan perawatannya (Wahit & Suprpto, 2013).

i. Pemeriksaan fisik (mutaqin 2008)

Pemeriksaan fisik pada pasien TB paru meliputi pemeriksaan fisik umum per system dari observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, B1 (Breathing), B2 (Blood), B3 (Brain), B4 (Bladder), B5 (Bowel), dan B6 (Bone) serta pemeriksaan fokus pada B2 dengan pemeriksaan yang fokus pada B2 dengan pemeriksaan menyeluruh system pernapasan.

Keadaan umum pada pasien dengan TB Paru dapat dilakukan secara selintas pandang dengan menilai keadaan fisik tiap bagian tubuh. Selain itu, perlu dinilai secara umum tentang kesadaran pasien terdiri atas compos mentis, apatis, somnolen, sopor, soporokoma, atau koma.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien dengan TB paru biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh yang signifikan, frekuensi nafas meningkat apabila disertai sesak nafas, denyut nadi biasanya meningkat seiring dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernapasan, dan tekanan darah biasanya sesuai dengan adanya penyakit penyulit seperti hipertensi.

1) B1 (*Breathing*)

a) Inspeksi

Inspeksi bentuk dada dan gerakan pernapasan. Sekilas pandang pasien dengan TB Paru biasanya tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada antero-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral. Apabila ada penyulit dari TB Paru seperti

adanya efusi pleura yang masif, maka terlihat adanya ketidakseimbangan rongga dada, pelebaran *intercostal space* (ICS) pada sisi yang sakit. TB Paru yang disertai atelektasis paru membuat bentuk dada menjadi tidak simetris, yang membuat penderitanya mengalami penyempitan *intercostal space* (ICS) pada sisi yang sakit.

Pada pasien dengan TB paru minimal ada tanpa komplikasi, biasanya gerakan pernapasan tidak mengalami perubahan. Meskipun demikian, jika terdapat komplikasi yang melibatkan kerusakan luas pada parenkim paru biasanya pasien akan terlihat mengalami sesak nafas, peningkatan frekuensi sesak nafas, dan menggunakan otot bantu nafas. Tanda lainnya adalah pasien dengan TB paru juga mengalami efusi pleura yang masif, pneumothoraks, abses paru masif, dan hidropneumothoraks. Tanda-tanda tersebut membuat gerakan pernapasan menjadi tidak simetris, sehingga yang terlihat adalah pada sisi yang sakit pergerakan dadanya tertinggal.

b) Palpasi

Pada TB paru tanpa komplikasi pada saat dilakukan palpasi, gerakan dinding dada saat bernafas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Adanya pergerakan dinding pernapasan biasanya ditemukan pada pasien TB Paru dengan kerusakan parenkim paru yang luas. Getaran suara yang terasa ketika perawat meletakkan tangannya di dada pasien saat pasien berbicara adalah bunyi yang dibangkitkan oleh penjaran dalam laring arah distal sepanjang pohon bronkhial untuk membuat dinding dada dalam gerakan resonan, terutama pada bunyi konsonan. Kapasitas untuk merasakan bunyi pada dinding dada disebut taktil fremitus.

c) Perkusi

Pada pasien dengan TB paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada pasien TB paru yang disertai dengan komplikasi seperti efusi pleuranakan didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi yang sakit sesuai dengan banyaknya akumulasi cairan rongga pleura.

d) Auskultasi

Pada pasien dengan TB paru didapatkan bunyi nafas tambahan (ronchi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana didapatkan adanya ronchi. Pasien dengan TB paru dengan disertai komplikasi seperti efusi pleura dan pneumothoraks akan didapatkan penurunan resonan vokal pada sisi yang sakit.

2) B2(*Blood*)

Pada pasien dengan TB Paru pengkajian yang di dapat meliputi:

- a) Inspeksi: inspeksi tentang adanya parut dan keluhan kelemahan fisik.
- b) Palpasi: denyut nadi perifer melemah.
- c) Perkusi: batasan jantung mengalami pergeseran pada TB Paru dengan efusi pleura masif mendorong ke sisi sehat.
- d) Auskultasi: tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

3) B3(*Brain*)

Kesadaran biasanya *compos mentis*, ditemukan adanya sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, pasien tampak dengan wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat. Saat dilakukan pengkajian pada mata, biasanya didapatkan adanya konjungtiva anemis pada TB paru dengan hemoptoe masif dan kronis, dan sklera ikterik pada TB paru dengan gangguan fungsi hati.

4) B4(*Bladder*)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal syok. Pasien diinformasikan agar terbiasa dengan urine yang berwarna jingga pekat dan berbau yang menandakan fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena minum OAT terutama rifampisin.

5) B5(*Bowel*)

Pasien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

6) B6(*Bone*)

Aktivitas sehari-hari berkurang banyak pada pasien dengan TB Paru. Gejala yang muncul antara lain kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga menjadi tidak teratur (Muttaqin, 2008).

j. Pemeriksaan penunjang (DEPKES, 2011)

1) Pemeriksaan dahak mikroskopis

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS):

- a) S (sewaktu): dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- b) P (Pagi): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dahak dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di Fasyankes.
- c) S (sewaktu): dahak dikumpulkan di Fasyankes pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

Pengambilan 3 spesimen dahak masih diutamakan dibanding dengan 2 spesimen dahak mengingat masih belum optimalnya fungsi sistem dan hasil jaminan mutu eksternal pemeriksaan laboratorium.

2) Pemeriksaan Biakan

Peran biakan dan identifikasi *M. Tuberculosis* pada pengendalian TB adalah untuk menegakkan diagnosis TB pada pasien tertentu, yaitu:

- 1) Pasien TB Ekstra Paru
- 2) Pasien TB Anak
- 3) Pasien TB BTA Negatif

Pemeriksaan tersebut dilakukan jika keadaan memungkinkan dan tersedia laboratorium yang telah memenuhi standar yang ditetapkan.

### 3) Uji Kepekaan Obat TB

Uji kepekaan obat TB bertujuan untuk resistensi M. Tuberkulosis terhadap OAT. Uji kepekaan obat tersebut harus dilakukan di laboratorium yang tersertifikasi dan lulus pemantapan mutu atau Quality Assurance (QA). Pemeriksaan tersebut ditujukan untuk diagnosis pasien TB yang memenuhi kriteria suspek TB-MDR. (DEPKES, 2011)

#### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

##### a. Definisi

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas. (Herdman, 2015)

##### b. Batasan karakteristik:

Batuk yang tidak efektif, Dispnea, Gelisah, kesulitan verbalisasi, mata terbuka lebar, ortopnea, penurunan bunyi nafas, perubahan frekuensi nafas, perubahan pola nafas, sianosis, sputum dalam jumlah yang berlebihan, suara nafas tambahan, tidak batuk (Herdman, 2015).

##### c. Faktor yang berhubungan:

- 1) Lingkungan: merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif.
- 2) Obstruksi jalan nafas: adanya jalan nafas buatan, benda asing dalam jalan nafas, eksudat dalam alveoli, hiperplasia pada dinding bronkus, mukus yang berlebihan, penyakit paru obstruksi kronis, sekresi yang tertahan, spasme jalan nafas.
- 3) Fisiologis: asma, disfungsi neuromuskular, infeksi, jalan nafas alergik.

##### d. Saran pengguna:

Gunakan kunci batasan karakteristik pada tabel 1, untuk membedakan secara hati-hati di antara diagnosis ini dan dua diagnosis pernapasan alternatif jika batuk dan refleks muntah tidak efektif atau tidak ada sekunder akibat anaestesi.

Tabel 2.6 Saran Penggunaan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan	Ada	Tidak ada
Gangguan pertukaran gas	Gas darah yang tidak Normal Hipoksia	Batuk tidak efektif Batuk
Ketidakefektifan pola napas	Perubahan status mental "penampilan" usaha napas pasien: napas cuping hidung, penggunaan otot aksesorius, pernapasan bibir mecucu gas darah abnormal	Takikardia, gelisah Batuk tidak efektif Obstruksi atau aspirasi
Ketidakefektifan bersihan jalan napas	Batuk, batuk tidak efektif perubahan dalam frekuensi atau kedalaman pernapasan Biasanya disebabkan peningkatannya atau membandelnya sekret atau obstruksi (mis. aspirasi)	Gas darah abnormal

### 2.2.3 *Planning*

#### a. Kriteria hasil menurut NOC

##### 1) Status pernapasan:

- a) Frekuensi pernapasan tidak ada deviasi dari kisaran normal (12-24 kali/menit).
- b) Irama pernapasan tidak ada deviasi dari kisaran normal
- c) Kedalaman inspirasi tidak ada deviasi dari kisaran normal
- d) Suara auskultasi nafas tidak ada deviasi dari kisaran normal
- e) Kepatenan jalan nafas tidak ada deviasi dari kisaran normal
- f) Volume tidal tidak ada deviasi dari kisaran normal
- g) Pencapaian tingkat insentif spirometri tidak ada deviasi dari kisaran normal

##### 2) Status pernapasan ventilasi:

- a) Kedalaman inspirasi tidak ada deviasi dari kisaran normal dengan skala 5
- b) Hasil rontgen dada tidak ada deviasi dari kisaran normal dengan skala 5.
- c) Tes faal paru tidak ada deviasi dari kisaran normal dengan skala 5.
- d) Gangguan suara saat auskultasi tidak ada .
- e) Gangguan ekspirasi tidak ada.
- f) Pengembangan dinding dada tidak simetris tidak ada.
- g) Akumulasi sputum tidak ada.
- h) Dispnea saat latihan tidak ada.
- i) Dispnea saat istirahat tidak ada.
- j) Restraksi dinding dada tidak ada.
- k) Suara nafas tambahan tidak ada.
- l) Penggunaan otot bantu nafas tidak ada.

3) Status pernapasan: pertukaran gas:

- a) Tekanan parsial oksigen di darah arteri (PaO<sub>2</sub>) tidak ada deviasi dari kisaran normal
- b) Tekanan parsial karbondioksida di darah arteri (PaCo<sub>2</sub>) tidak ada deviasi dari kisaran normal
- c) pH arteri tidak ada deviasi dari kisaran normal
- d) saturasi oksigen tidak ada deviasi dari kisaran normal
- e) hasil rontgen dada tidak ada deviasi dari kisaran normal
- f) keseimbangan ventilasi dan perfusi tidak ada deviasi dari kisaran normal  
(Moorhead & Johnson, 2013)

b. Intervensi menurut NIC

1) Manajemen jalan nafas

- a) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
- b) Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya
- c) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir.
- d) Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk.
- e) Berikan minum hangat
- f) Intruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.
- g) Bantu dengan dorongan spirometer, sebagaimana mestinya.
- h) Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.
- i) Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya.
- j) Ajarkan pasien bagaimana menggunakan inhaler sesuai resep, sebagaimana mestinya
- k) Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya.
- l) Regulasi asupan cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan
- m) Posisikan untuk meringankan sesak nafas.
- n) Monitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya.

2) Terapi oksigen

- a) Bersihkan mulut, hidung, dan sekresi trakea dengan tepat.

- b) Siapkan peralatan oksigen dan berikan melalui sistem humidifer
  - c) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan
  - d) Monitor aliran oksigen
  - e) Monitor posisi perangkat (alat) pemberian oksigen
  - f) Monitor efektifitas terapi oksigen (misalnya, tekanan oksimetri, ABGs) dengan tepat
  - g) Pastikan penggantian masker oksigen/ kanul nasal setiap perangkat diganti
  - h) Monitor kemampuan pasien untuk mentolerir pengangkatan oksigen ketika makan.
  - i) Monitor peralatan oksigen untuk memastikan bahwa alat tersebut tidak mengganggu upaya pasien untuk bernafas
  - j) Atur dan ajarkan pasien mengenai penggunaan perangkat oksigen yang memudahkan mobilitas
- 3) Peningkatan (manajemen) batuk
    - a) Dukung pasien menarik napas dalam beberapa kali
    - b) Dukung pasien untuk melakukan napas dalam, tahan 2 detik, bungkukkan kedepan, tahan 2 detik dan batukkan 2-3 kali
    - c) Minta pasien untuk batuk dilanjutkan dengan beberapa periode napas dalam
  - 4) Pengaturan posisi
    - a) Posisi semi fowler untuk mengurangi dyspnea (semi fowler)
  - 5) Peningkatan (manajemen) batuk
    - a) Dukung pasien menarik napas dalam beberapa kali
    - b) Dukung pasien untuk melakukan napas dalam, tahan 2 detik, bungkukkan kedepan, tahan 2 detik dan batukkan 2-3 kali
    - c) Minta pasien untuk batuk dilanjutkan dengan beberapa periode napas dalam
  - 6) Pengaturan posisi
    - a) Posisi semi untuk mengurangi dyspnea (semi fowler)
  - 7) Monitor Tanda-tanda Vital
    - a) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan cepat

- b) Monitor suara paru-paru
- c) Monitor pola pernapasan abnormal (misalnya, Cheyne-strokes, kussmaul, biot, apneustic, dan bernafas berlebihan)
- d) Memonitor warna kulit, suhu dan kelembapan
- e) Monitor sianosis sentral dan perifer
- f) Monitor akan adanya kuku (dengan berbentuk) clubbing
- g) Periksa secara berkala keakuratan instrumen yang digunakan untuk perolehan data pasien (Bulechek, Butcher, Dochterma, & Wagner, 2013)

#### 2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi.

**Tindakan mandiri** (independen) adalah aktifitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. **Tindakan kolaborasi** adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Tarwoto, 2015).

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Tahap evaluasi ini terdiri atas dua kegiatan, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan selama proses perawatan berlangsung atau menilai respons pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan atas target tujuan yang diharapkan.

Evaluasi dapat juga diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Evaluasi formatif: evaluasi yang dilakukan pada saat memeberikan intervensi dengan respons segera
- 2) Evaluasi sumatif: merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Di samping itu, evaluasi juga menjadi alat ukur atas tujuan yang mempunyai kriteria tertentu untuk membuktikan apakah tujuan tercapai, tidak tercapai, atau tercapai sebagian (Hidayat, 2014).



### **BAB 3. METODE PENGAMBILAN DATA**

Pada bab ini akan membahas tentang pendekatan yang digunakan dalam penyelenggaraan studi kasus terhadap masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018.

#### **3.1 Desain Penulisan**

Menguraikan desain yang dipakai pada penulisan. Desain yang digunakan adalah laporan kasus, yaitu laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis seorang atau beberapa orang pasien secara rinci untuk tujuan peningkatan capaian pengobatan, pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pendidikan dalam bidang keperawatan laporan kasus dalam karya tulis ini adaah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.H dan Tn.S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati RSUD Dr Haryoto Lumajang Tahun 2018.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah dalam versi kualitatif disebut sebagai definisi oprasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Pada definisi operasional akan dijelaskan secara padat mengenai unsur penelitian yang meliputi bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel.

##### **3.2.1 Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan suatu tahap atau tahap pelayanan keperawatan yang dilakukan secara langsung dengan proses keperawatan kepada 2 (dua) orang pasien yang Tuberculosis Paru di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

##### **3.2.2 Pasien Tuberculosis paru**

Dua orang pasien yang dirawat di Ruang Melati RSUD Dr Haryoto Lumajang dengan diagnose Tuberculosis paru dalam rekam medik pasien.

3.2.3 Pasien yang mengalami masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas adalah dua orang pasien yang memenuhi 2 (dua) dari batasan karakteristik berikut: batuk yang tidak efektif, dipnea, gelisah, perubahan

frekuensi napas, perubahan pola napas, suara napas tambahan, sputum dalam jumlah yang berlebih.

### **3.3 Partisipan**

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah dua pasien Tn.H dan Tn.S yang memenuhi kriteria :

- 3.3.1 didiagnose TB Paru dalam rekam medik pasien,
- 3.3.2 menjalani rawat inap di Ruang Interna RSUD dr.Haryoto Lumajang minimal 2 hari atau lebih
- 3.3.3 mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- 3.3.4 pasien bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani informed consent.

### **3.4 Lokasi dan Waktu**

Studi kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pasien Tn.H dan Tn.S dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang melati RSUD Dr Haryoto Lumajang selama 3 hari.

#### **3.4.1 Lokasi**

Penelitian ini akan dilaksanakan di Ruang melati M5 dan M9 RSUD dr.Haryoto Lumajang.

#### **3.4.2 Waktu**

Waktu yang diperlukan untuk penyusunan laporan akhir ini adalah mulai bulan Februari – Juli 2018. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Maret – Mei 2018 selama minimal tiga hari pada masing-masing pasien. Pada Tn.H mulai tanggal 6 – 8 Mei 2018, sedangkan pada Tn.S pada tanggal 9 – 11 Mei 2018.

### **3.5 Pengumpulan Data**

#### **3.5.1 Proses Pengumpulan Data**

Penulis harus mendapatkan ijin dari koordinator prodi setelah mendapat ijin dari prodi mendapatkan ijin Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik (Bakesbangpol). Setelah mendapat ijin dari Bakesbangpol, meminta ijin kepada Direktur RSUD Dr Haryoto Lumajang setelah di setujui, minta ijin ke kepala ruang melati RSUD Dr Haryoto Lumajang untuk mengumpulkan data.

### 3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Dengan menggunakan ketiga metode tersebut peneliti bisa menggali informasi lebih mendalam tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018. Secara operasional penggunaan ketiga teknik pengambilan data ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

#### a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan pasien. Saat wawancara berlangsung, respon dan tanggapan para partisipan yang diwawancarai terhadap pertanyaan peneliti menentukan kelancaran proses wawancara. Data yang di dapat dari wawancara adalah semua ungkapan dari pasien maupun keluarga pasien. Tujuan dari metode wawancara ini adalah untuk menggali informasi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, serta riwayat penyakit keluarga.

Tahap pelaksanaan wawancara perawat melakukan pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat formal ataupun informal kepada pasien maupun keluarga pasien yang meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pola kesehatan sehari-hari.

#### b. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan mengamati secara langsung kepada pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan yang terjadi pada pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan pemeriksaan fisik pada alat indera lainnya, melalui perabaan, sentuhan, dan pendengaran.

#### c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu metode pengumpulan data secara tidak langsung seperti halnya wawancara dan observasi. Data yang diperoleh dari metode dokumentasi yaitu data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen tersebut berupa dokumentasi catatan perkembangan pasien, pemeriksaan

## BAB 5. PENUTUP

Setelah menguraikan dan membahas asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru pada Tn.H dan Tn.S dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di rumah sakit wilayah Kabupaten Lumajang, maka pada bab ini penulis akan menyimpulkan dan menyampaikan saran untuk perbaikan asuhan keperawatan di yang akan datang.

### 5.1 Kesimpulan

#### 5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Dalam pengkajian kedua pasien berjenis kelamin laki- laki usia 33 dan 54 tahun, Pasien pertama sakitnya sejak 1 bulan yang lalu, dan batuk berdahak 1bulan, sedangkan pasien kedua sakitnya sudah lama, dan sudah menjalankan pengobatan TB selama 3 bulan tetapi tidak sampai tuntas pasien tersebut berhenti minum obat karena pengawas obat berbicara kasar sehingga pasien tersebut enggan meminum obat.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien 1 dan 2 sama-sama mengalami masalah keperawatan ketidak efektifan bersihan jalan napas yang di sebabkan penumpukan sekret yang berlebih. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan didapatkan 1 diagnosa yang muncul pada pasien Tn.H dan Tn.S yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas.

#### 5.1.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan sebuah perencanaan perawatan dalam mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas pada pasien. Intervensi keperawatan tersebut disusun berdasarkan Bulechek, dkk (2013) yang bertujuan megurangi sekret yang berlebih selama 3X24 Jam, harapanya sekret yang berlebih dapat keluar dan memudahkan pasien untuk bernafas. Salah satu fokus intervensi keperawatan adalah batuk efektif.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari berturut-turu pada dasarnya mengacu pada intervensi keperawatan yang diimplementasikan kepada pasien. Salah satu implementasi yang merupakan fokus utama penulis

dalam mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu dengan melakukan batuk efektif. Kedua pasien sangat kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan hingga pasien diperbolehkan pulang oleh dokter.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dalam melakukan evaluasi keperawatan penulis mengacu pada kriteria evaluasi dan sampai hari terakhir perawatan tujuan masih belum teratasi karena belum sesuai kriteria evaluasi namun sudah menunjukkan penurunan diantaranya suara ronchi masih ada, sekret masih ada.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Penelitian Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti yang akan mengambil kasus pasien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas dapat memberikan asuhan keperawatan yang memfokuskan pada manajemen batuk pada klien.

### 5.2.2 Perawat

Diharapkan untuk perawat bisa memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada pasien. Untuk pasien dengan tuberkulosis paru yang memiliki masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas perlu dilakukan tindakan batuk efektif agar pasien tidak mengalami batuk darah akibat berusaha mengeluarkan sekret yang salah. Selain itu pemberian health education sangat diperlukan oleh pasien karena keterbatasan pengetahuan pasien mengenai pencegahan dan pengobatan TB yang benar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Asih, N. G. (2003). *Keperawatan Medikal Bedah: Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: ECG.
- Arief, b. d. (2015). *Penatalaksanaan Pemberian Terapi Oksigen Pada Pasien Gangguan Pernapasan*. *Jurnal Keperawatan Terapan, Volume 1, No. 2, 48-49*.
- DEPKES. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 12-93*.
- Depkes, R. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 11-37*.
- DEPKES. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis Nanda-I 2015-2017*. JAKARTA: ECG.
- Esther Wahyuningsih, B. H. (2015). *Pola Klinik Tuberkulosis Paru di RSUP Dr Kariadi Semarang Periode Juli 2012*. Esther Wahyuningsih, Banteng Hanang Wibisono Mahasiswa Program Pendidikan S-1 fakultas kedokteran, unifersitas diponegoro, staf pengajar bagian ilmu penyakit dalam , fakultas kedokteran universitas diponegoro medika mulia vol. 4 no. 2, 96. (Online :<http://ejournal.s1.undip.ac.id/index.php/medico/index>)
- Herdman, T. (2015). *Nanda Internasional Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 201-2017*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Buku 1, Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kristanti, E. E. (2011). *Batuk Efektif Dalam Pengeluaran Dahak Pada Pasien Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Dalam Di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Baptis Kediri Vol 4, No 2*. *Jurnal Penelitian Stikes Rs Baptis Kediri, 2*.
- KemntrianKesehatanri. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Gangguan Pernapasan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Marrelli, T. (2007). *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.

- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar-Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Permeswari, P. D. (2016). *Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat Pada Pasien Tuberkulosis Di Rumah Saikit Mayjen H>A Thalib Kabupaten Kerinci. Jurnal Sains Farmasi & Klinis, 02*.
- Somantri, I. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: salemba medika.
- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sasono. (2013). *Pengaruh Latihan Batuk Efektif Terhadap Frekuensi Pernapasan Pasien TB Paru Di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Pelabuhan Palembang Tahun 2013. Jrnal Harapan Bangsa Vol.1 No 2 Desember 2013, 224-229*.
- Somantri, I. (2008). *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tarwoto, W. D. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika.
- Wahit, A., & Suprpto, I. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: Cv.Trans Info Media.
- Yasmara, Dkk. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis Nanda-I 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Yuni, I. D. (2016). *Hubungan Fase Pengobatan TB Dan Pengetahuan Tentang Mdr TB Dengan Kepatuhan Pasien TB. Journal Berkala Epidemiologi, Vol.4, 302*.

Lampiran 1

## JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : LAPORAN KASUS

KETERANGAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Informasi Penelitian	■	■	■	■																							
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																								
Konfirmasi Judul				■	■																							
Penyusunan Proposal Studi Kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Sidang Proposal												■	■															
Revisi													■	■	■	■	■											
Pengumpulan Data													■	■	■	■	■	■										
Analisa Data													■	■	■	■	■	■										
Konsul Penyusunan Data																	■	■										
Ujian Sidang																		■	■									
Revisi																	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Pengumpulan Studi Kasus																									■	■	■	■

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Lumajang
---

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Jeniskelamin : .....

Alamat : .....

Pekerjaan : .....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan *pada Tuberkulosis Paru* dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 22 Januari 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

INIKE SULVIANA HERMAN  
NPM. 152303101060

(.....)

**SATUAN ACARA PENYULUHAN  
PENCEGAHAN TB PARU  
DI RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG**



**Disusun Oleh:**

Inike Sulviana Herman

152303101060

**KEMENTERIAN RISET DAN TEKNOLOGI  
PRODI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
KAMPUS LUMAJANG**

2018

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topik	: Pendidikan Kesehatan
Semester	: 6 ( Lima )
Pokok Bahasan	: Pencegahan TB Paru
Waktu	: 20 menit
Sasaran	: Pasien dan Keluarga di ruang melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
Tempat	: RSUD dr. Haryoto Lumajang
Penyuluh	: Inike Sulviana Herman

---

**a) ANALISA SITUASI**

1. Peserta Penyuluhan  
Pasien dan Keluarga di ruang melati RSUD dr.Haryoto Lumajang dengan jumlah 4 orang.
2. Penyuluh  
Mahasiswa praktik program studi D3 keperawatan fakultas keperawatan universitas jember
3. Ruangan  
Ruangan 14 dan 15 melati RSUD dr.Haryoto lumajang

**b) TUJUAN INSTRUKSIONAL**

1. Tujuan Umum  
Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta penyuluhan mampu memahami tentang pencegahan TB Paru.

## 2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta penyuluhan mampu :

1. Menjelaskan pengertian TB Paru
2. Menyebutkan tanda/gejala dari TB Paru
3. Menjelaskan pencegahan dari TB Paru
4. Menjelaskan macam diet TB Paru
5. Menjelaskan pengobatan TB Paru

### c) Materi Penyuluhan/Sub Pokok Bahasan

1. pengertian TB Paru?
2. gejala/tanda TB Paru?
3. cara pencegahan TB Paru?
4. saja diet TB Paru?
5. Pengobatan TB Paru?

**d) Kegiatan Penyuluhan**

Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Audience	Metode
Pembukaan ( 3 menit )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuka forum penyuluhan dengan memberi salam</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Persepsi dan apersepsi</li> <li>4. Menjelaskan tujuan</li> <li>5. Kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab salam</li> <li>2. Mendengarkan</li> <li>3. Mengungkapkan pengetahuannya</li> <li>4. Mendengarkan</li> <li>5. Menndengarkan</li> </ol>	Ceramah
Penyampaian materi ( 15 menit )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menjelaskan materi               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian TB Paru</li> <li>2. Tanda/gejala TB Paru</li> <li>3. Pencegahan TB Paru</li> <li>4. Diet untuk TB Paru</li> <li>5. Pengobatan TB Paru</li> </ol> </li> <li>2. Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</li> <li>3. Menjawab pertanyaan peserta</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperhatikan dan mendengarkan</li> <li>2. Menanyakan materi yang belum dimengerti</li> <li>3. Memperhatikan</li> </ol>	Ceramah
Penutup ( 2 menit )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan menanyakan kembali materi yang sudah dijelaskan</li> <li>2. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan.</li> <li>3. Memberikan tindak lanjut</li> <li>4. Menutup penyuluhan dengan memberi salam.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab pertanyaan untuk evaluasi</li> <li>2. Memperhatikan</li> <li>3. Mendengarkan</li> <li>4. Menjawab salam</li> </ol>	Tanya jawab

**e) Media Penyuluhan**

1. Leaflet

**f) Metode Penyuluhan**

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

**g) Evaluasi**

1. Jumlah peserta minimal 10 orang
2. Peserta dapat menjawab pertanyaan tentang materi penyuluhan yang telah diberikan antara lain sebagai berikut:
  6. Apa pengertian TB Paru?
  7. Apa gejala/tanda TB Paru?
  8. Apa cara pencegahan TB Paru?
  9. Apa saja diet TB Paru?
  10. Pengobatan TB Paru?

## **h) Materi**

### **Tuberkulosis Paru**

#### **1. Definisi**

Tuberkulosis paru merupakan contoh lain infeksi saluran napas bawah. Penyakit ini disebabkan oleh mikroorganisme *Mycobacterium tuberculosis*, yang biasanya ditularkan melalui inhalasi percikan ludah (droplet). (Kumar, 2013).

#### **2. Tanda dan gejala TB Paru**

- 1) Batuk terus-menerus dengan dahak selama tiga minggu atau lebih.
- 2) Kadang-kadang dahak yang keluar bercampur dengan darah.
- 3) Sesak nafas dan nyeri dada.
- 4) Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun.
- 5) Berkeringat malam hari walau tanpa aktivitas.
- 6) Demam meriang (demam ringan) lebih dari sebulan.  
(Laban, 2008)

#### **3. Pemeriksaan Diagnostik atau Penunjang**

- 1) Stupum (Sewaktu, Pagi, Sewaktu).
  - a. Sewaktu (Hari Pertama)

Dahak penderita diperiksa di laboratorium sewaktu penderita datang pertama kali.
  - b. Pagi (Hari Kedua)

Sehabis bangun tidur keesokan harinya, dahak penderita ditampung dalam pot kecil yang diberi petugas laboratorium, ditutup rapat, dan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa.
  - c. Sewaktu (Hari Kedua)

Dahak penderita dikeluarkan lagi di laboratorium (penderita datang ke laboratorium) untuk diperiksa. Jika hasilnya positif, maka orang tersebut dapat dipastikan menderita penyakit TBC (Laban, 2008).
- 2) Darah
- 3) Tes Tuberkulin

4) Rontgen

#### **4. Pencegahan Penularran Tuberkulosis Paru**

- 1) Menutup mulut saat batuk, membuang dahak tidak sembarang tempat.
- 2) Terhadap bayi dengan memberikan vaksinasi BCG.
- 3) Melakukan pengisolasian terhadap orang –orang yang terinfeksi.
- 4) Cuci tangan setelah batuk, perhatian khusus terhadap muntahan atau ludah anggota keluarga yang terjangkit penyakit ini.
- 5) Melakukan imunisasi orang-orang yang kontak dengan pasien dengan vaksinasi BCG.
- 6) Pengobatan teratur selama 6-12 bulan.
- 7) Ventilasi rumah harus ada cahaya yang bisa masuk.

#### **5) Pengobatan Untuk Pasien Tuberkulosis Paru**

Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit yang sulit disembuhkan hal ini dikarenakan lamanya pengobatan yaitu terapi untuk individu pengidap infeksi aktif adalah kombinasi empat obat dan setidaknya selama 9 bulan atau lebih lama (Corwin, 2009). Dengan tidak adanya pengobatan yang efektif untuk penyakit yang aktif, biasa terjadi perjalanan penyakit yang kronik, dan berakhir dengan kematian (Isselbacher, 2015).

##### **a. Kategori I**

Kasus baru dengan dahak positif dan penderita dengan keadaan yang seperti meningitis, TB milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis masif atau bilateral, spondilitis dengan gangguan neurologik, penderita dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya luas, TB usus, TB saluran kemih.

Tahap intensif terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E). Obat-obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari isoniazid (H) dan Rofampisin (R), diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan (4HRZE).

Obat ini diberika untuk:

- 1) Penderita baru TBC paru BTA positif.

- 2) Penderita TBC paru BTA negatif rongtent positif yang sakit berat.
- 3) Penderita TBC ekstra paru berat.

b. kategori II

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bula dengan Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Etambutol (E), dan suntikan streptomisin setiap hari di UPK. Dilanjutkan 1 bulan dengan Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E) setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan 3 kali dalam seminggu. Perlu diperhatikan bahwa suntikan streptomisin diberikan setelah penderita selesai menelan obat.

Obat ini diberikan untuk:

- 1) Penderita kambuh (*relaps*)
- 2) Penderita gagal (*Failure*)
- 3) Penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*).

c. kategori III

Kasus dengan dahak negatif tetapi kelalaian parunya tidak luas dan kasus TB di luar paru selain dari yang disebut dalam kategori I.

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu (4 H3R3). Obat ini diberikan untuk:

- 1) Penderita baru BTA negatif dan rongtent positif sakit ringan.
- 2) Penderita ekstra paru ringan, yaitu TBC kelenjar limfe (lifadenitis), pleuritis eksudativa unilateral, TBC kulit, TBC tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan adrenal.

d. kategori IV

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan katagori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTS positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

## 5. Makanan Untuk Penderita Tuberkulosis Paru

### 1) Protein

- Telur
- Daging Sapi
- Susu
- Daging Ayam

### 2) Sayur

- Wortel.
- Ubi Jalar.
- Sayuran Berdaun Hijau.
- Kacang-kacangan.
- Kubis.
- Bayam, dll.

### 3) Buah

- Buah Pepaya.
- Alpukat.
- Anggur.
- Apel.
- Strawberry, dll.

### i) Referensi

Laban, Y. Y. (2008). *TBC penyakit & cara pencegahannya*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius. page: 7

Kumar, V. d. (2013). *Buku Ajar Patologi Robbins*. Singapore: Elsevier.

Wahid, A., & Suprpto, I. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respiratori*. Jakarta: TIM, 2013.

**SATUAN ACARA PENYULUHAN  
BATUK EFEKTIF  
DI RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG**



**Disusun Oleh:**

Inike Sulviana Herman

152303101060

**KEMENTERIAN RISET DAN TEKNOLOGI**

**PRODI D3 KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS JEMBER**

**KAMPUS LUMAJANG**

**2018**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topik	: Pendidikan Kesehatan
Semester	: 6 ( Lima )
Pokok Bahasan	: batuk efektif
Waktu	: 20 menit
Sasaran	: Pasien dan Keluarga di ruang melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
Tempat	: RSUD dr. Haryoto Lumajang
Penyuluh	: Inike Sulviana Herman

---

**A. ANALISA SITUASI**

1. Peserta Penyuluhan  
Pasien dan Keluarga di ruang melati RSUD dr.Haryoto Lumajang dengan jumlah 4 orang.
2. Penyuluh  
Mahasiswa praktik program studi D3 keperawatan fakultas keperawatan universitas jember
3. Ruangan  
Ruangan 14 dan 15 melati RSUD dr.Haryoto lumajang

**B. TUJUAN INSTRUKSIONAL**

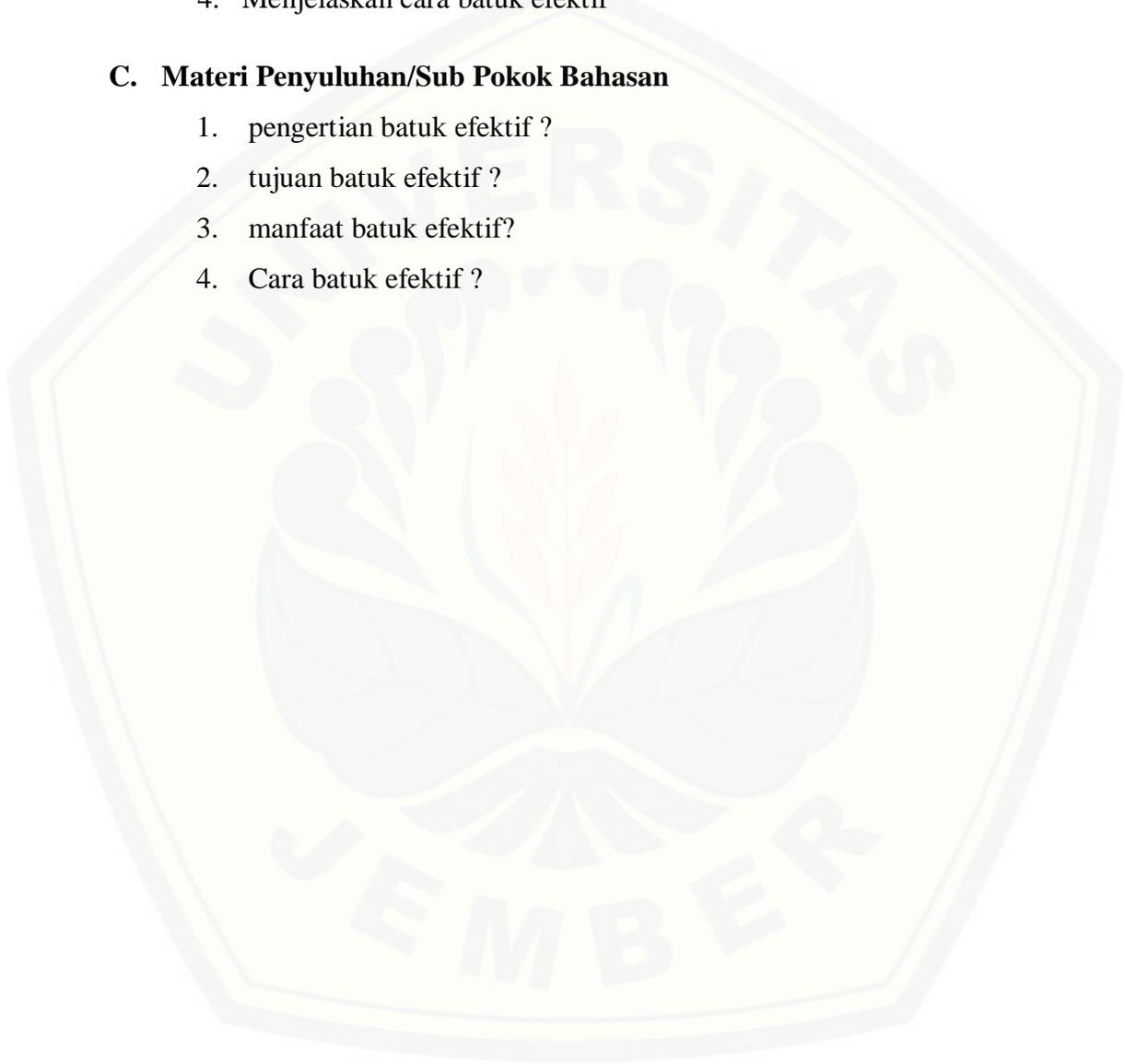
1. Tujuan Umum  
Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta penyuluhan mampu memahami tentang batuk efektif yang benar.
2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta penyuluhan mampu :

1. Menjelaskan pengertian batuk efektif
2. Menyebutkan tujuan batuk efektif
3. Menjelaskan manfaat batuk efektif
4. Menjelaskan cara batuk efektif

**C. Materi Penyuluhan/Sub Pokok Bahasan**

1. pengertian batuk efektif ?
2. tujuan batuk efektif ?
3. manfaat batuk efektif?
4. Cara batuk efektif ?



**D. Kegiatan Penyuluhan**

Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Audience	Metode
Pembukaan ( 3 menit )	6. Membuka forum penyuluhan dengan memberi salam 7. Memperkenalkan diri 8. Persepsi dan apersepsi 9. Menjelaskan tujuan 10. Kontrak waktu	6. Menjawab salam 7. Mendengarkan 8. Mengungkapkan pengetahuannya 9. Mendengarkan 10. Mendengarkan	Ceramah
Penyampaian materi ( 15 menit )	4. menjelaskan materi 6. Pengertian batuk efektif 7. Tujuan batuk efektif 8. Manfaat batuk efektif 9. Cara batuk efektif  5. Memberi kesempatan peserta untuk bertanya  6. Menjawab pertanyaan peserta	4. Memperhatikan dan mendengarkan  5. Menanyakan materi yang belum dimengerti 6. Memperhatikan	Ceramah
Penutup ( 2 menit )	5. Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan menanyakan kembali materi yang sudah dijelaskan 6. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan. 7. Memberikan tindak lanjut 8. Menutup penyuluhan dengan memberi salam.	5. Menjawab pertanyaan untuk evaluasi  6. Memperhatikan 7. Mendengarkan 8. Menjawab salam	Tanya jawab

**E. Media Penyuluhan**

- i. Leaflet

**F. Metode Penyuluhan**

- i. Ceramah
- ii. Tanya Jawab

**G. Evaluasi**

- a. Jumlah peserta minimal 10 orang
- b. Peserta dapat menjawab pertanyaan tentang materi penyuluhan yang telah diberikan antara lain sebagai berikut:
  - a. Apa pengertian batuk efektif ?
  - b. Apa tujuan batuk efektif ?
  - c. Manfaat batuk efektif ?
  - d. Cara batuk efektif ?

## H. Materi

### Tuberkulosis Paru

#### 1) **Definisi**

Pengertian batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal. Teknik batuk efektif merupakan tindakan yang dilakukan untuk membersihkan sekresi dari saluran nafas.

#### 2) **Tujuan batuk efektif**

1. Melatih otot-otot pernafasan agar dapat melakukan fungsi dengan baik
2. Mengeluarkan dahak atau seputum yang ada di saluran pernafasan
3. Melatih klien agar terbiasa melakukan cara pernafasan dengan baik

#### 3) **Manfaat Batuk Efektif**

1. Mengeluarkan sekret yang menyumbat jalan napas
2. Mencegah efek samping dari retensi sekresi seperti pneumonia, atelektasis dan demam
3. Untuk memperingan keluhan saat terjadi sesak napas

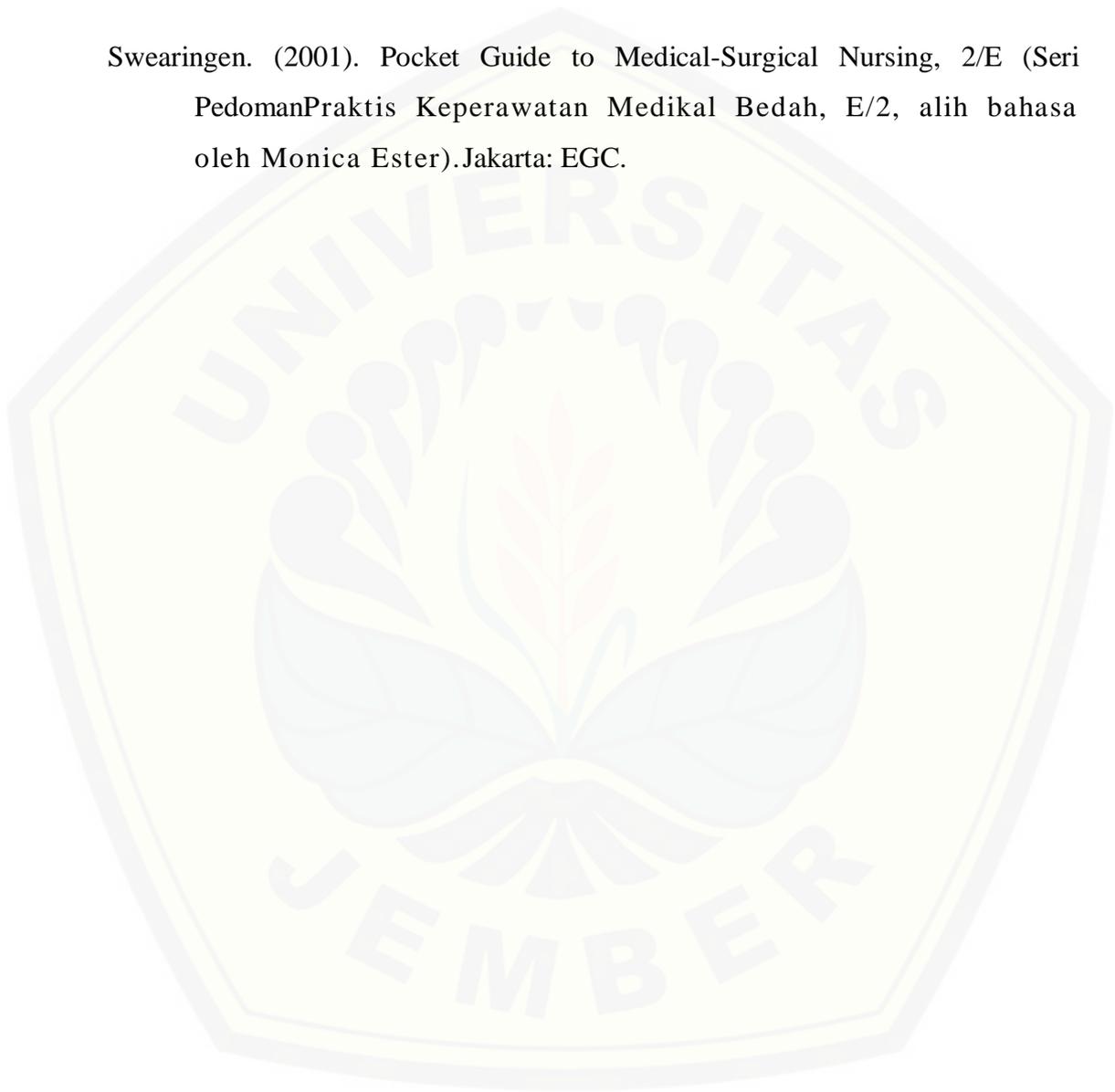
#### 4) **Cara Batuk Efektif**

- 1) Anjurkan klien untuk minum air hangat (agar mudah dalam mengeluarkan sekresi)
- 2) Mengatur posisi duduk: badan tegak, kepala menghadap ke depan
- 3) Meminta pasien meletakkan 1 tangan di dada dan 1 tangan di perut
- 4) Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik napas dalam melalui hidung selama 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)

- 5) Meminta pasien merasakan mengembangannya perut(cegah lengkung pada punggung)
- 6) Meminta pasien menahan napas hingga 3 hitungan

#### **9. Referensi**

Swearingen. (2001). Pocket Guide to Medical-Surgical Nursing, 2/E (Seri PedomanPraktis Keperawatan Medikal Bedah, E/2, alih bahasa oleh Monica Ester).Jakarta: EGC.



## SATUAN ACARA PENYULUHAN

2018

(SAP)

“Tuberkulosis Paru”



Disusun oleh:

**Inike Sulviana Herman**

PROGRAM STUDI D3  
KEPERAWATAN FAKULTAS  
KEPERAWATAN UNIVERSITAS  
JEMBER

### 1. PENGERTIAN

Tuberkulosis paru (TB) merupakan contoh lain infeksi saluran napas bawah. Penyakit ini disebabkan oleh mikroorganisme *Mycobacterium tuberculosis*, yang biasanya ditularkan melalui inhalasi percikan ludah (droplet). (kumar,2013)

### 2. Tanda gejala

- 1) Batuk terus-menerus dengan dahak selama tiga minggu atau lebih.
- 2) Kadang-kadang dahak yang keluar bercampur dengan darah.
- 3) Sesak nafas dan nyeri dada
- 4) Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun
- 5) Berkeringat malam hari walau tanpa beraktivitas.

- 6) Demam meriang (demam ringan) lebih dari sebulan.

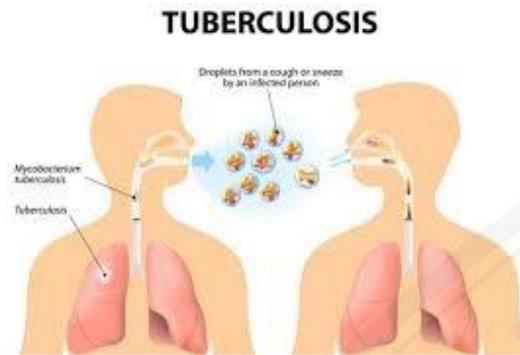
(Laban, 2008)

### Gejala Tuberkulosis (TB)



### 3. Penularan

Batuk, bersin, meludah, berbicara, menyanyi sehingga terhirup oleh orang lain.



#### 4. Pencegahan penularan Tuberkulosis paru

- 1) Menutup mulut saat batuk, membuang dahak tidak sembarang tempat
- 2) Terhadap bayi dengan memberikan vaksin BCG
- 3) Melakukan pengisolasian terhadap orang-orang yang terinfeksi
- 4) Cuci tangan setelah batuk, perhatian khusus terhadap muntahan atau ludah anggota keluarga yang terjangkit penyakit ini

- 5) Melakukan imunisasi orang-orang yang kontak dengan pasien dengan vaksinasi BCG
- 6) Pengobatan teratur selama 6-12 bulan
- 7) Ventilasi rumah harus ada cahaya yang bisa masuk.



#### 5. Makanan untuk penderita tuberkulosis paru

- 1) Protein
  - Telur
  - Daging Sapi
  - Susu
  - Daging ayam

#### 2) Sayur

- Wortel
- Ubi jalar
- Sayuran berdaun hijau
- Kacang-kacangan
- Kubis
- Bayam, dll

#### 3) Buah

- Buah pepaya
- Alpukat
- Anggur
- Apel
- Strawberry, dll



**Stop TB**  
sekarang juga

TERIMA KASIH.....



SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

“Tuberkulosis Paru”



Disusun oleh:

Inike Sulviana Herman

PROGRAM STUDI D3  
KEPERAWATAN FAKULTAS  
KEPERAWATAN UNIVERSITAS  
JEMBER

2018

### 1. Definisi

Pengertian batuk efektif Merupakan suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal. Teknik batuk efektif merupakan tindakan yang dilakukan untuk

membersihkan sekresi dari saluran nafas.



### 2. Tujuan batuk efektif

- Melatih otot-otot pernafasan agar dapat melakukan fungsi dengan baik
- Mengeluarkan dahak atau seputum yang ada disaluran pernafasan

- c. Melatih klien agar terbiasa melakukan cara pernafasan dengan baik



### 3. Manfaat Batuk Efektif

- 1) Mengeluarkan secret yang menyumbat jalan napas
- 2) Mencegah efek samping dari retensi skresi seperti pneumonia, atelektasis dan demam

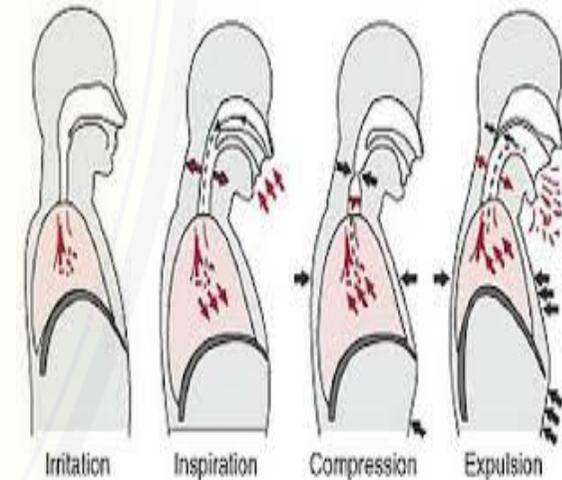
- 3) Untuk memperingan keluhan saat terjadi sesak nafas

### 4. Cara Batuk Efektif

- 1) Anjurkan klien untuk minum air hangat (agar mudah dalam pengeluaran sekresi)
- 2) Mengatur posisi duduk : badan tegak, kepala menghadap ke depan
- 3) Meminta pasien meletakkan 1 tangan di dada dan 1 tangan di perut
- 4) Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung selama 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)
- 5) Meminta pasien merasakan

mengembangnya perut (cegah lengkung pada punggung)

- 6) Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan



Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. S  
Umur : 54 th  
Jeniskelamin : Laki - Laki  
Alamat : wono Ayu Ranu-yoso  
Pekerjaan : .....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan *pada Tuberkulosis Paru* dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, April 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

INIKE SULVIANA HERMAN  
NPM. 152303101060

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

(.....)

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. H  
Umur : 23 th  
Jeniskelamin : Laki - Laki  
Alamat : Dsn. Krajan  
Pekerjaan : Petani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Tuberkulosis Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, April 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

INIKE SULVIANA HERMAN  
NPM. 152303101060

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

(.....)



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO**  
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383  
Email : rsdharyoto@yahoo.co.id  
**LUMAJANG - 67311**

Lumajang, 04 April 2018

Nomor : 445/ 382 /427.77/2018  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Pengambilan Data

Kepada  
Yth. Ka Ruang Melaf  
RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang  
di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 15 Februari 2018 Nomor : 146/UN25.1.14.2/LT/2018 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 02 April 2018 Nomor : 072/290/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : INIKE SULVIANA HERMAN

NIM : 152303101060

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO  
KABUPATEN LUMAJANG  
Kabag. Renbang  
Ub.  
Kasubag. Diklat dan Penelitian

Ns. RUDIAH ANGGRAENI

Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004

Lumajang, 15 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat  
permohonan ijin pengambilan  
data

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNEJ Kampus Lumajang  
di -

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas  
Jember Kampus Lumajang :

Nama : Inike Sulviana Herman  
NIM : 152303101060

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah  
dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Tuberkulosis Paru  
Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati  
RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator  
Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan  
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : RSUD Dr.Haryoto Lumajang  
Alamat : Jalan Basuki Rahmat Nomor 5 Lumajang  
Waktu penelitian : 15 Februari – 30 April 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :  
Pembimbing KTI



**Ns. Eko Prastya M. Kep**  
NRP. 760017255

Hormat kami,  
Pemohon,



**Inike Sulviana Herman**  
NPM. 152303101060



**KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG**

Nomor : 145 /UN25.1.14.2/UT /2018

TENTANG

**IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH**

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472.427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 12 Februari 2018

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Inike Sulviana Herman  
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101060  
Tempat, Tanggal Lahir : Jember, 14 April 1997  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tingkat / Semester : 3 / VI (enam)  
Alamat : Dusun Krajan Kidul RT 001 RW 006 Yosorati, Kecamatan Sumber Baru, Kabupaten Jember

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

Dengan pembimbing :

1. Ns. Eko Prasetya., M.Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang  
Pada Tanggal : 15 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNEJ Kampus Lumajang



**NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM**  
**NIP. 19650629198703 2 008**



**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN**

Nomor : 072/190/427.75/2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
  2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** :
- Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor: 146/UN25.14.2/LT/2018 tanggal 15 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama INIKE SULVIANA HERMAN.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : INIKE SULVIANA HERMAN
2. Alamat : Dusun Krajan Kidul RT 1 RW 6 Yosorati Sumber Baru
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember / 1523031010 60
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 27 Maret 2018 s.d 30 April 2018
7. Lokasi Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
  3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 28 Maret 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN LUMAJANG

Kepala Bidang HAL,



Drs. ABU HASAN

Pembina

NIP. 19620801 199303 1 001

**Tembusan Yth. :**

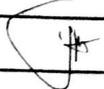
1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Koord. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

	<b>FORMULIR</b>	No. Dok. :
	<b>LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA</b>	Berlaku Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG**

**NAMA MAHASISWA** : Nurse Suliana Herman  
**N I M** : 15 063  
**PROGRAM STUDI** :  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** :

**TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1		Konsul judul	Akhiran keperawatan pada pasien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidak efektifan berikan jalan nafas di ruang melalui RSU de haroto		
2	22/03	Konsul BAB 1	Lebih dikurutkan mts		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	20/12/04	BAB I	Revisi Skala Kurang mengerucut	[Signature]	[Signature]
4	4/05/17	BAB I dan BAB 2	Solusi menggunakan NIC NOC dan BAB 2 dilengkapi dahulu	[Signature]	[Signature]
5	10/1/18	BAB 1 dan BAB 2	Tambahkan Solusi Disajikan GIS y TB Par	[Signature]	[Signature]
6	12/18	I	Revisinya lihat BSK Panduan	[Signature]	[Signature]
7	17/1/18	BAB 1, 2 dan 3	BAB I: Revisi BAB II: Revisi	[Signature]	[Signature]
8	18/18	BAB 1.2 dan 3	BAB II: NOC y MC ?	[Signature]	[Signature]
9	22/11	Revisi proposal	BAB II: Saran Pengajaran	[Signature]	[Signature]
10	24/1	Revisi	tambah konsep teori	[Signature]	[Signature]
11	25/1		Revisi	[Signature]	[Signature]
12	5/2/18	Kirim email		[Signature]	[Signature]
13	6/2/18	Konsep Revisi Proposal	Bab 1 → komparasi dipadukan esensi struktur. B → melengkapin kel pasal. C → ampuan ketidaksihan yg nnt.	[Signature]	[Signature]

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
14.	7 / 2 / 18	BAB 1	- Kronologi - Dampak Dari Kehadirannya berisikan jalan nafas		
15	8 / 2 / 18	Kirim email BAB 1			
16	13 / 2 / 18	Revisi Bab 1	Revisi susunan Latar 6 11 kg dan 2 soal Lanjut Bab 2 & 3		
17	22 / 2 / 18	Kirim email BAB 2 x 3	Revisi pola Asuhan Keperawatan		
18	22 / 2 / 18	Kirim email BAB 3	Revisi Batasan Isfiteh		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
19			see mini proposal.		
20			BAB 1 - 3		
21			BAB 1 - 3		
22			BAB 4		
23			BAB 4		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
24			BAB 4		
25			kampus		
26			BAB 5		
27			Penulisan → RPK		
28			Arc		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
29.			Pemlisian Refensi		
30.	16/7	Konkul Refigi KTI	Refigi Pengkasan		
31	17/7		Refikan pate Dikemin Refigi lain-lain kee		
			Refisi KTI pisen sby		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
			Revisi bab 1, dan bab 3		
			Revisi bab 4 Pembahasan		
			Revisi bab 4 Pembahasan		
			are revisi ppt 1.		