

## Lampiran 1 Lembar Bimbingan KIAN NERS



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)  
BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO  
Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
Email : stikes\_ppni@telkom.net

### LEMBAR BIMBINGAN KIAN NERS

Nama Mahasiswa : Gesti Kartanti

NIM : 202173062

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD Dr. Soeroto Ngawi

Pembimbing : Ima Rahmawati S.Kep.,Ns.,M.Kes



No	Tanggal	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
1.	08 -01-2022	Konsultasi BAB 1 (Pendahuluan, Rumusan masalah, batasan masalah, tujuan, manfaat dsb.)	
2.	15 -01-2022	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Revisi Judul (Analisis Pemberian Fisioterapi Dada Dan Batuk Efektif Terhadap Efektifitas Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Tuberkulosis Paru )</li><li>2. Lanjut BAB 2</li></ol>	
3.	22-01-2022	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Konsultasi BAB 2</li></ol>	
4.	31-01-2022	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Revisi Bab 2 mengenai :<ol style="list-style-type: none"><li>1) Pada konsep keperawatan terdapat Identitas Pasien sesuaikan dengan masalah atau kasus</li><li>2) Judul keluhan utama seharusnya diganti sesuai isinya yaitu riwayat penyakit sekarang</li><li>3) Menambahkan riwayat kesehatan keluarga</li><li>4) Menambahkan pemeriksaan fisik sebelum menegakkan diagnosa keperawatan</li></ol></li></ol>	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)  
BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO  
Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
Email : stikes\_ppni@telkom.net

LEMBAR BIMBINGAN KIAN NERS

Nama Mahasiswa : Gesti Kartanti

NIM : 202173062

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD Dr. Soeroto Ngawi



Pembimbing : Ima Rahmawati S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
5.	08-02-2022	1. Konsultasi Revisi Bab 2 sesuai dengan uraian revisi 2. ACC BAB I & BAB 2 3. Lanjut Bab 3	
6.	22-02-2022	1. Konsultasi BAB 3	
7.	25-02-2022	1. Revisi BAB 3 a. Memperbaiki kriteria partisipan sesuai dengan kasus atau masalah seperti menambahkan kriteria jenis kelamin, usia dsb. 2. Menggabungkan BAB 123	
8.	4-03-2022	1. ACC BAB 1 2 3 2. Lanjut Ambil Partisipan	
9.	8-4-2022	1. Bimbingan Bersama Partisipan 1	
10.	9-5-2022	1. Bimbingan Bersama Partisipan 2	
11.	31-05-2022	Konsultasi BAB 1,2,3,4,5, dengan revisi 1. Penambahan Pembahasan sesuai hasil pengkajian 2. Cermati tujuan peneliti dan pahami judul	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)  
BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO**  
Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
Email : stikes\_ppni@telkom.net

**LEMBAR BIMBINGAN KIAN NERS**

Nama Mahasiswa : Gesti Kartanti

NIM : 202173062

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD Dr. Soeroto Ngawi

Pembimbing : Ima Rahmawati S.Kep.,Ns.,M.Kes



No	Tanggal	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
12.	07-06-2022	Konsultasi Hasil revisi BAB 1, 2, 3, 4, Dan 5	
13.	21-06-2022	Hasil konsultasi BAB 1-5 dengan revisi : 1. Sesuaikan judul sesuai buku panduan KIAN karena berisi pengkajian 2. Sesuaikan judul pembahasan seperti di BAB 4 Terdapat pembahasan mengenai Analisis diganti menjadi pengkajian pasien, 3. Menambahkan implementasi dan evaluasi di BAB 4	
14.	22-06-2022	1. Konsultasi Revisi sesuai komentar 2. ACC Ujian Sidang	

## Lampiran 2 Surat Jawaban Izin Pengambilan Kasus



PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH “ Dr. SOEROTO “

Jl. Dr. Wahidin No. 27 Telp. (0351) 749023 Ngawi.

Fax. (0351) 744774

Ngawi, 22 Maret 2022

Nomor : 800 / 517.1/404.302.1/ 2022  
Lampiran : -  
Perihal : **Jawaban Izin Pengambilan Kasus**

Kepada  
Yth. Ketua STIKES Bina Sehat  
PPNI Mojokerto  
di  
**MOJOKERTO**

Menindaklanjuti surat saudara No.IV.a./610/SK.KS/III/2022 tanggal 15 maret 2022 perihal Izin Pengambilan Kasus, maka bersama ini kami menyampaikan bahwa RSUD Dr.Soeroto Kabupaten Ngawi tidak berkeberatan menjadi tempat Pengambilan Data, Mahasiswa dibawah ini :

Nama : Gesti Kartanti  
NIM : 2021173062  
Program Studi : Profesi Ners.  
Judul : “Analisis Pemberian Fisioterapi Dada dan Batuk Efektif Terhadap Efektifitas Bersihan Jalan Nafas pada Pasien Tuberkolosis Paru di RSUD Dr.Soeroto Ngawi ”

Adapun untuk kegiatan Pengambilan Data Mahasiswa dikenai biaya *Institutional Fee* sesuai dengan Peraturan yang berlaku yaitu Rp.300.000,- Dengan catatan hasil kegiatan tersebut diserahkan ke RSUD Dr Soeroto Ngawi melalui Bagian Diklat dalam bentuk *hard copy* dan *soft copy*

Demikian untuk menjadikan periksa dan terimakasih.

An. Direktur RSUD Dr. Soeroto Kabupaten Ngawi  
Kepala Bagian Tata Usaha



**BULKIS HANERESTU LUHUR, SKM.MMkes.**  
Pembina

NIP. 19710320 199703 2 004

## Lampiran 3 Surat Permohonan Ijin Pengambilan Kasus



Nomor : IV.a./610/SK.KS/III/2022  
Lampiran : 1 Bendel  
Perihal : Surat Permohonan Ijin Pengambilan Kasus

Mojokerto, 15 Maret 2022

Kepada  
Yth. : DIREKTUR  
RSUD. DR SOEROTO NGAWI  
Di –  
Tempat

Dengan Hormat,

Berdasarkan kalender akademik Program Profesi Ners tahun ajaran 2021-2022 STIKES Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto, perihal pelaksanaan Karya Ilmiah Akhir Ners.

Terkait dengan hal tersebut, kami mengajukan permohonan untuk mengambil kasus di tempat bapak/ibu pimpin. Adapun nama mahasiswa nama mahasiswa tersebut adalah sebagai berikut:

Nama : **GESTI KARTANTI**

NIM : **202173062**

Tema : **KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Demikian permohonan ijin ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Ketua,  
STIKes Bina Sehat PPNI  
  
Dr. Muhammad Sajidin S.Kp., M.Kes  
NIK. 162 601 011

Tembusan:  
1. Diklit  
2. Pertinggal

## **Lampiran 4 Lampiran Permohonan Menjadi Responden**

### **LAMPIRAN PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth. Calon Responden

Di Tempat

Dengan Hormat,

Kami mahasiswi Program Studi Ners Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan BINA SEHAT PPNI Mojokerto bermaksud mengadakan suatu penelitian untuk mengetahui “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberkulosisi Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD Dr.Soeroto Ngawi”.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon kesediaannya bapak/ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Kami akan menjamin kerahasiaan jawaban yang telah diberikan.

Demikian surat permohonan ini, atas kesediaan dan bantuan bapak/ibu kami ucapkan terimakasih.

Ngawi ,                      2022

Gesti Kartanti  
NIM : 202173062

## **Lampiran 5 Informed Consent**

### **INFORMED CONSENT**

#### **PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN**

Setelah mendapat informasi dan penjelasan serta mengetahui tentang manfaat yang dilakukan mahasiswa sekolah tinggi ilmu kesehatan Ners Keperawatan Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberkulosisi Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD Dr.Soeroto Ngawi”.

Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dengan tidak ada paksaan dalam bentuk apapun. Dengan catatan bila sewaktu-waktu saya dirugikan dalam bentuk apapun, saya berhak membatalkan persetujuan ini.

Ngawi, ,2022

Responden

## Lampiran 6 Kartu Pengobatan Pasien TB

PENANGGULANGAN TB NASIONAL		TB.01																															
<b>KARTU PENGOBATAN PASIEN TB</b>																																	
Nama Pasien	: _____	Telp _____	Tahun _____																														
Alamat Lengkap	: _____	No. Reg. TB.03 UPK	: _____																														
Nama Pengawas Pengobatan/PMO	: _____	Telp _____	No. Reg. TB.03 Kab/Kota _____																														
Alamat Lengkap PMO	: _____	Nama Unit Pelayanan Kesehatan	: _____																														
Jenis kelamin : L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		Umur : <input type="text"/> <input type="text"/> thn	Parut BCG : Jelas <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Meragukan <input type="checkbox"/>																														
Riwayat pengobatan sebelumnya : Belum pernah/ <input type="checkbox"/>		Pernah diobati lebih dari 1 bulan <input type="checkbox"/>																															
		Kurang dari 1 bulan <input type="checkbox"/>																															
Catatan : (untuk hasil pemeriksaan lain, misalnya rontgen, Biopsi, Kultur item, skoring TB anak, dll)																																	
_____																																	
_____																																	
<b>Pemeriksaan kontak serumah :</b>																																	
No.	Nama	L/P	Umur	Tanggal Pemeriksaan	Hasil																												
1.	_____	_____	_____	_____	_____																												
2.	_____	_____	_____	_____	_____																												
3.	_____	_____	_____	_____	_____																												
4.	_____	_____	_____	_____	_____																												
5.	_____	_____	_____	_____	_____																												
Jenis Obat :		Kombipak <input type="checkbox"/>	KDT (FDC) <input type="checkbox"/>																														
<b>I. TAHAP INTENSIF :</b>																																	
Kategori-1	<input type="checkbox"/>	Kategori-2	<input type="checkbox"/>	Kategori anak	<input type="checkbox"/>	Sisipan	<input type="checkbox"/>																										
4 KDT (FDC) :	_____ tablet/hr	Streptomycin :	_____ mg/hr	*) Tulislah 1+, 2+, 3+ atau Neg sesuai dengan hasil pemeriksaan dahak																													
Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Keterangan	

Berilah tanda  jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan dibawah pengawasan petugas kesehatan.  
Berilah tanda "garis lurus menyambung" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri dirumah.



Lampiran 7 Format Asuhan Keperawatan

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN**

Nama Mahasiswa : .....

NIM : .....

Ruangan : ..... No. Reg. : .....

Tanggal Pengkajian : ..... Jam : .....

**I. IDENTITAS**

Namap pasien : .....

Umur : .....

Jeniskelamin : .....

Suku / Bangsa : .....

Agama : .....

Pendidikan : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Tgl. MRS : .....

Diagnosa : .....

Keluhan Utama :

.....

**Riwayat Penyakit Sekarang**

.....

.....

**Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat Penyakit :  DM  Asma  Hepatitis  Jantung  HIV

Tidak ada

Riwayat Operasi/Anastesi :  Ada  Tidak Ada



- Tekanan :

.....  
.....

j. Tracheostomy: ya  tidak

.....  
.....  
.....  
.....

k. Lain-lain:

.....  
.....  
.....

### 3. Sistem Kardio vaskuler

a. TD :

b. N :

c. Keluhan nyeri dada:  ya  tidak

P :.....

Q :.....

R :.....

S :.....

T :.....

d. Irama jantung:  reguler  ireguler

e. Suara jantung:  normal (S1/S2 tunggal)

murmur

gallop  lain-lain....

f. Ictus Cordis:

.....

g. CRT :.....detik

h. Akral:  hangat  kering  merah  basah ucat

panas  dingin

i. Sikulasiperifer: normal  menurun

j. JVP :.....

k. CVP :.....

l. CTR :.....

m. ECG & Interpretasinya:

.....  
.....

Lain-lain :

.....

**4. Sistem Persyarafan**

a. GCS : .....

b. Keluhan pusing  ya  tidak

P : .....

Q : .....

R : .....

S : .....

T : .....

c. Pupil  anisokor  isokor Diameter: ...../.....

d. Sclera  anikterus  ikterus

e. Konjunctiva  ananemis  anemis

f. Isitrahah/Tidur : ..... Jam/Hari Gangguan tidur : .....

g. Lain-lain:

.....

.....

.....

**5. Sistem perkemihan**

a. Kebersihan genetalia:  Bersih  Kotor

b. Sekret:  Ada  Tidak

c. Ulkus:  Ada  Tidak

d. Kebersihan meatus uretra:  Bersih  Kotor

e. Keluhan kencing:  Ada  Tidak

Bilaada, jelaskan:

.....

.....

.....

.....

f. Kemampuan berkemih:

Spontan       Alat bantu,

sebutkan:

.....

Jenis : .....

Ukuran : .....

Harike : .....

g. Produksi urine : ..... ml/jam

Warna : .....

Bau : .....

h. Kandung kemih :      Membesar       ya       tidak

i. Nyeri tekan       ya       tidak

j. Intake cairan oral : ..... cc/hari      parenteral : ..... cc/hari

k. Balance cairan:

.....

.....

Lain-lain:

.....

.....

## 6. Sistem pencernaan

a. TB : .....      BB : .....

b. IMT : .....      Interpretasi : .....

c. Mulut:       bersih       kotor       berbau

d. Membran mukosa:       lembab       kering       stomatitis

e. Tenggorokan:

sakit menelan       kesulitan menelan

pembesaran tonsil       nyeri tekan

f. Abdomen:       tegang       kembung       ascites

g. Nyeri tekan:       ya       tidak

h. Peristaltik: ..... x/menit

i. BAB: ..... x/hari      Terakhir tanggal : .....

j. Konsistensi:  keras  lunak  cair  lendir/darah

k. Diet:  padat  lunak  cair

l. Diet Khusus:

.....  
.....  
.....

m. Nafsu makan: ba menurun Frekuensi:.....x/hari

n. Porsi makan: has tidak


Keterangan:.....

o. Lain-lain:

.....  
.....  
.....

## 7. Sistem muskuloskeletal

a. Pergerakan sendi:  bebas  terbatas

b. Kekuatan otot: 

c. Kelainan ekstremitas: ya  tidak

d. Kelainan tulang belakang: ya tidak

Frankel: .....

e. Fraktur:  ya tidak

- Jenis :.....

f. Traksi: ya tidak

- Jenis :.....

- Beban :.....

- Lama pemasangan :.....

g. Penggunaanspalk/gips:  ya tidak

h. Keluhan nyeri: ya  tidak

P :.....

Q :.....

R :.....

S :.....

T :.....

- i. Kulit:  ikterik  sianosis  kemerahan   
hiperpigmentasi
- j. Turgor  baik  kurang  jelek
- k. ROM : .....
- l. Cardinal Sign : .....
- m. Lain-lain:

.....

.....

.....

**III. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

- a. Persepsi klien terhadap penyakitnya:

.....

.....

- b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

Murung/diam  gelisah  tegang  marah/menangis

- c. Reaksi saat interaksi:  kooperatif  tidak kooperatif  curiga

- d. Gangguan konsep diri:

.....

.....

..... Lain-lain:

**IV. PENGKAJIAN SPIRITUAL**

a. Kebiasaan beribadah

- Sebelum sakit       sering     kadang- kadang     tidak pernah
- Selama sakit         sering     kadang- kadang     tidak pernah

b. Bantuan yang diperlukan klien untuk memenuhi kebutuhan beribadah:

.....

.....

Pemeriksaanpenunjang :

Terapi :

Tandatangan Mahasiswa

(.....)

NIM :



## ANALISA DATA

Namapasien :

Umur :

No. Register :

No	Data	Etiologi	Masalah

## **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Namapasien :

Umur :

No. Register :

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Namap pasien :

Umur :

No. Register :

No	Diagnosa kep.	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Tanda tangan

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Namap pasien :

Umur :

No. Register :

No	Hari/Tanggal	Diagnosa	Implemetasi	Hasil	Tanda Tangan

## EVALUASI KEPERAWATAN

Namapasien :

Umur :

No. Register :

No	Hari/Tanggal	Evaluasi	Tanda Tangan

**Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian**

**DOKUMENTASI TINDAKAN PASIEN 1**









## DOKUMEN TINDAKAN PASIEN 2



