

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN
TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SEMPAJA
SAMARINDA**



Oleh :

Gilang Wahyudianto

P07220116050

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN
TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SEMPAJA
SAMARINDA

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Pada Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

Gilang Wahyudianto

P07220116050

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 11 JUNI 2019

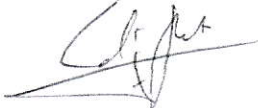
Oleh

Pembimbing



Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep
NIDN. 4020047801

Pembimbing Pendamping



Edi Purwanto, SST., M.Kes
NIDN. 4014048101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP : 196803291994022001

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Kasus Tuberkulosis
Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda

Telah Diuji

Pada Tanggal 11 Juni 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Ns. Tini, S. Kep., M.Kep
NIDN. 4001078101

(.....)

Penguji Anggota

1 Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep
NIDN. 4020047801

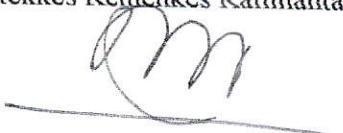
(.....)

2 Edi Purwanto, SST., M.Kes
NIDN. 4014048101

(.....)

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP.196508251985032001

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,


Ns. Andi Lis AG, M.Kep
NIP.196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Gilang Wahyudianto
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Tempat, Tanggal Lahir : Samarinda, 20 Juni 1998
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jalan KH.Wahid Hasyim Gg. Lorong Abadi No.26 RT 12.

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2002-2004 : TK Negeri 1 Samarinda
2. Tahun 2004-2010 : SDN 008 Sempaja Selatan
3. Tahun 2010-2013 : SMP 4 Samarinda
4. Tahun 2013-2016 : SMA 3 Samarinda
5. Tahun 2016-sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan Kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda”**.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar – besarnya kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim.
2. drg. Aprila Lailati selaku pimpinan pusat Puskesmas Sempaja.
3. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
4. Ns. Andi Lis AG, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
5. Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan selama proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Edi Purwanto, SST., M.Kes selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan selama proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
7. Para Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.

8. Kedua orang tua yang senantiasa mendukung segala prosesnya.
9. Teman-teman Angkatan 2016 Poltekkes Kemenkes Kaltim atas kebersamaan dan keceriannya selama kurang lebih 3 tahun dalam perkuliahan.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda,

Penulis



DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Halaman Riwayat Diri.....	v
Halaman Kata Pengantar.....	vi
Halaman Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1 Bagi Penulis	5
1.4.2 Bagi Keluarga	5
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Keluarga.....	6

2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Tipe atau Bentuk Keluarga.....	7
2.1.2.1 Tradisional.....	7
2.1.2.2 Non Tradisional.....	8
2.1.3 Struktur Keluarga.....	10
2.1.3.1 Struktur Peran Keluarga.....	10
2.1.3.2 Sistem Nilai dalam Keluarga.....	10
2.1.3.3 Pola dan Proses Komunikasi.....	11
2.1.3.4 Struktur Kekuasaan dalam Keluarga.....	11
2.1.4 Fungsi Keluarga.....	11
2.1.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan.....	12
2.1.6 Tugas Perkembangan.....	12
2.2 Konsep Dasar Tuberkulosis Paru.....	15
2.2.1 Pengertian.....	15
2.2.2 Etiologi.....	15
2.2.3 Patofisiologi.....	16
2.2.4 Tanda Dan Gejala.....	20
2.2.5 Klasifikasi Tuberkulosis.....	21
2.2.6 Penatalaksanaan.....	22
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	24
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	28
2.3.3 Perencanaan Keperawatan.....	30
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	38
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	39

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan/Desain Penulisan.....	41
3.2 Subyek Penulisan.....	41
3.3 Batasan istilah (Definisi operasional).....	41
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42

3.5	Prosedur Penelitian.....	42
3.6	Teknik dan instrumen pengumpulan data	42
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	41
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	44
3.7	Keabsahan Data.....	44
3.8	Analisis Data	44

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1	Hasil dan Pembahasan	46
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian	46
4.1.2	Gambaran Subjek Studi Kasus.....	47
4.1.2.1	Pengkajian.....	47
4.1.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	70
4.1.2.3	Perencanaan Keperawatan	76
4.1.2.4	Implementasi Keperawatan.....	79
4.2	Pembahasan.....	90
4.3	Keterbatasan Penelitian.....	96

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1	Kesimpulan	97
5.2	Saran.....	99

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Estimasi Jumlah Kasus Baru (<i>Incidence</i>) TBC di Negara yang paling sedikit 100.000 Kasus Baru, 2016.....	16
Gambar 2.2 Gambar <i>Pathway</i> Tuberkulosis Paru.....	19



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Skala untuk Menentukan Prioritas	29
Tabel 2.2	Tabel Rencana Asuhan Keperawatan	32
Tabel 4.1	Komposisi Keluarga Klien 1	48
Tabel 4.2	Komposisi Keluarga Klien 2	48
Tabel 4.3	Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 1	61
Tabel 4.4	Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 2	64
Tabel 4.5	Analisa Data Klien 1 dan 2	68
Tabel 4.6	Skoring Prioritas Masalah Klien 1 dan 2	71
Tabel 4.7	Prioritas Masalah Klien 1 dan 2	75
Tabel 4.8	Intervensi Keperawatan Klien 1 dan 2	76
Tabel 4.9	Implementasi Keperawatan Klien 1	79
Tabel 4.10	Implementasi Keperawatan Klien 2	84

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Surat penelitian

Lampiran 2 Informed Consent

Lampiran 3 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

Lampiran 4 SAP dan Leaflet Tuberkulosis Paru

Lampiran 5 Lembar Konsultasi

Lampiran 6 Dokumentasi



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEMPAJA SAMARINDA

TAHUN 2019

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. Nama Tuberculosis berasal dari kata Tuberkel yang berarti tonjolan kecil dan keras yang terbentuk ketika sistem kekebalan membangun tembok mengelilingi bakteri di dalam paru-paru. TB Paru ini bersifat menahun dan secara khas ditandai oleh pembentukan granuloma dan menimbulkan nekrosis jaringan. TB Paru dapat menular melalui udara, ketika seorang dengan TB Paru aktif batuk, bersin, atau bicara. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan keluarga dengan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil satu kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah individu pada keluarga dengan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan keluarga sesuai ketentuan yang berlaku di program studi keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

Berdasarkan pada pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi, pada klien pertama ditemukan dua diagnosa yang muncul dan semua teratasi pada hari keempat. Pada klien ditemukan empat diagnosa yang muncul dan semua teratasi pada hari kelima dan keenam.

Dapat disimpulkan bahwa setiap klien dengan TB Paru memiliki respon yang berbeda terhadap masalah. Hal ini dipengaruhi dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan dan kemampuan klien maupun keluarga dalam menghadapi suatu masalah. Sehingga perawat harus dapat melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan keluarga pada setiap klien dan keluarganya dan meningkatkan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada individu dalam keluarga dengan TB Paru.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan Keluarga, TB Paru.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan melalui berbagai media. Penyakit jenis ini merupakan masalah kesehatan yang besar di hampir semua negara berkembang karena angka kesakitan dan kematiannya yang relatif tinggi dalam kurun waktu relatif singkat. Penyakit menular umumnya bersifat akut (mendadak) dan menyerang semua lapisan masyarakat. Penyakit jenis ini diprioritaskan mengingat sifat menularnya yang bisa menyebabkan wabah dan menimbulkan kerugian yang besar. Penyakit menular merupakan hasil perpaduan berbagai faktor yang saling mempengaruhi (Widoyono, 2011). Salah satu penyakit menular yang masih banyak di Indonesia adalah Tuberkulosis.

TB Paru merupakan penyakit yang sangat cepat ditularkan. Cara penularan TB Paru yaitu melalui percikan dahak (*droplet nuclei*) pada saat pasien batuk atau bersin terutama pada orang disekitar pasien seperti keluarga yang tinggal serumah dengan pasien. Perilaku keluarga dalam pencegahan TB Paru sangat berperan penting dalam mengurangi resiko penularan TB Paru. Meningkatnya penderita TB Paru di Indonesia disebabkan perilaku hidup yang tidak sehat. Hasil survey di Indonesia oleh Ditjen pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2MPL) salah satu penyebab tingginya angka kejadian TB Paru disebabkan oleh kurangnya tingkat pengetahuan (Kemenkes Republik Indonesia, 2015).

Menurut WHO, Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. Dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insiden dan kematian akibat Tuberkulosis telah menurun, namun Tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita Tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10% dan 10% dari seluruh penderita di dunia (WHO, 2015).

Jumlah kasus baru TB di Indonesia sebanyak 420.994 kasus pada tahun 2017 (data per 17 Mei 2018). Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus baru Tuberkulosis tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar dibandingkan pada perempuan. Bahkan berdasarkan survey prevalensi Tuberkulosis prevalensi pada laki-laki 3 kali lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Begitu juga yang terjadi di negara-negara lain. Hal ini terjadi kemungkinan karena laki-laki lebih terpapar pada faktor resiko TBC misalnya merokok dan kurangnya ketidapatuhan minum obat. Survey ini menemukan bahwa dari seluruh partisipan laki-laki yang merokok sebanyak 68,5% dan hanya 3,7% partisipan perempuan yang merokok (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Jumlah penemuan kasus baru Tuberkulosis pada tahun 2013 sebesar 2.416 kasus, pada tahun 2014 turun menjadi 1.953 kasus dan kembali meningkat pada tahun 2015 sebesar 2.391 orang dan menurun pada tahun 2016 menjadi 2.383 temuan kasus baru Tuberkulosis BTA (+) (Profil Kesehatan Kaltim, 2016). Di tahun 2016 penemuan kasus Tuberkulosis BTA (+) di kota Samarinda sebanyak 458 kasus. Menurut jenis kelamin, jumlah kasus pada

laki-laki lebih tinggi daripada perempuan yaitu 270 kasus dan 187 kasus pada perempuan (Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2016).

Kejadian Tuberkulosis dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor pertama Tuberkulosis adalah faktor umur karena insiden tertinggi penyakit Tuberkulosis adalah pada usia dewasa muda di Indonesia diperkirakan 75% penderita Tuberkulosis adalah pada kelompok usia produktif. Faktor yang kedua adalah jenis kelamin yang lebih banyak menyerang laki-laki daripada wanita, karena sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok. Faktor ketiga adalah kebiasaan merokok yang dapat menurunkan daya tahan tubuh, sehingga mudah untuk terserang penyakit terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok).

Faktor keempat adalah kepadatan hunian yang merupakan faktor lingkungan terutama pada penderita Tuberkulosis yaitu kuman *M. Tuberculosis* dapat masuk pada rumah yang memiliki bangunan yang gelap dan tidak ada sinar matahari yang masuk. Faktor kelima adalah pekerjaan yang merupakan faktor risiko kontak langsung dengan penderita. Faktor keenam adalah status ekonomi yang merupakan faktor utama dalam keluarga masih banyak rendahnya suatu pendapatan yang rendah dapat menularkan pada penderita Tuberkulosis karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak memenuhi syarat-syarat kesehatan (Sejati, 2015) .

Faktor yang mempermudah penularan Tuberkulosis Paru adalah perilaku membuang ludah di sembarang tempat, kebiasaan tidak menutup mulut saat batuk, kebiasaan tidak menutup mulut saat orang lain batuk, dan

kebiasaan menggunakan kayu bakar di dalam rumah. Di kota Samarinda menunjukkan bahwa pendidikan, kontak serumah, lama kontak, kepadatan penghuni dan ventilasi rumah merupakan faktor risiko terhadap kejadian Tuberkulosis Paru dengan nilai OR > 1. Kontak serumah dan lama kontak merupakan faktor risiko tertinggi terhadap kejadian Tuberkulosis Paru.

Adapun di kota Medan menunjukkan masalah higiene dan sanitasi lingkungan dirumah terhadap kejadian Tuberkulosis Paru juga menunjukkan bahwa variabel higiene perorangan (kebiasaan membuang ludah, batuk dan merokok), variabel sanitasi lingkungan (kapasitas hunian, ketersediaan air bersih, lingkungan dan kebersihan alat makan/minum) berpengaruh signifikan terhadap kejadian penyakit Tuberkulosis Paru (Rikha, 2012).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengelola Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Kasus Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut : Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Secara Komprehensif pada Keluarga dengan Kasus TB Paru ?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penulisan ini bertujuan untuk memperoleh dan mengetahui secara langsung asuhan keperawatan penularan TB Paru.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari asuhan keperawatan keluarga pada kasus di atas diantaranya sebagai berikut :

1.3.2.1 Mengkaji pada keluarga dengan kasus TB Paru.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada keluarga dengan kasus TB Paru.

1.3.2.3 Menyusun perencanaan keperawatan pada keluarga dengan kasus TB Paru.

1.3.2.4 Melaksanakan intervensi keperawatan pada keluarga dengan kasus TB Paru.

1.3.2.5 Mengevaluasi pada keluarga dengan kasus TB Paru.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi penulis

Penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai sarana untuk mengaplikasikan pengetahuan dan pengalaman khususnya dibidang keluarga dan komunitas pada pasien dengan TB Paru.

1.4.2 Bagi keluarga

Sebagai evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada keluarga dengan TB Paru.

1.4.3 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan serta sebagai bahan kepustakaan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.1.1 Pengertian

Banyak pengertian keluarga salah satunya menurut Duvall, Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum; meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota. Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak, 2011).

Bailon dan Maglaya (1997) dalam Susanto (2012) mengatakan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lainnya dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

Stanhope dan Lancaster (1996) dalam Susanto (2012) mengatakan keluarga adalah dua atau lebih individu yang berasal dari kelompok keluarga yang sama atau yang berbeda dari saling mengikutsertakan dalam kehidupan yang terus menerus, biasanya bertempat tinggal dalam satu rumah, mempunyai ikatan emosional dan adanya pembagian tugas antara satu dengan yang lainnya.

2.1.2 Tipe Atau Bentuk Keluarga

Friedman, Bowden dan Jones (2003) dalam Susanto (2012) tipe keluarga adalah:

2.1.1.1. Tradisional

1) *The Nuclear Family* (Keluarga Inti)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.

2) *The Dyad Family* (Keluarga tanpa anak)

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

3) Keluarga Usila

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

4) *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.

5) *The Extended Family*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti *nuclear family* disertai paman, tante, orang tua (kakek nenek) dan keponakan.

6) *Commuter Family*

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota biasa

berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir pekan atau pada waktu-waktu tertentu.

7) *The Single Parent Family*

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.

8) *Multigenerational Family*

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

9) *Kin-network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contoh: Dapur, kamar mandi, telepon dan lain-lain.

10) *Blended Family*

Duda atau janda karena perceraian yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau hasil perkawinan sebelumnya.

11) *The Single Adult Family*

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi) seperti: perceraian atau ditinggal mati.

2.1.1.2. Non Tradisional

1) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa menikah.

2) *The Step-parent Family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

3) *Commune Family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah. Sosialisasi anak dengan aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

4) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang yang mempunyai persamaan orientasi seksual hidup bersama sebagaimana 'marital partners'.

6) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

8) *Foster Family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara sementara waktu, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

9) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

10) *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.1.3 Struktur Keluarga

Friedman (1998) dalam Harmoko (2012) menyatakan struktur keluarga antara lain:

2.1.3.1. Struktur Peran Keluarga

Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain yang menyangkut peran-peran tersebut.

2.1.3.2. Sistem Nilai dalam Keluarga

Nilai-nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, sikap dan kepercayaan tentang nilai suatu keseluruhan atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budaya yang lazim.

2.1.3.3. Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga.

2.1.3.4. Struktur Kekuasaan dalam Keluarga

Kekuasaan keluarga sebagai sebuah karakteristik dari sistem keluarga adalah kemampuan, baik potensial maupun aktual dari seorang individu untuk mengubah tingkah laku anggota keluarga.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, Bowden & Jones (2003) dalam Susanto (2012):

1) Afektif Dan Koping

Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.

2) Sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap dan mekanisme koping; memberikan *feedback* dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

3) Reproduksi

Keluarga melahirkan anaknya.

4) Ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat.

5) Fisik Atau Perawatan Kesehatan

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

2.1.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Menurut Freeman (1981) dalam Setyawan (2012) sesuai dengan fungsi keluarga dalam pemeliharaan kesehatan, maka keluarga juga mempunyai tugas dalam bidang kesehatan, yang antara lain adalah:

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, oleh karena itu perlu mencatat dan memperhatikan segala perubahan yang terjadi dalam keluarga.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri.
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.1.6 Tugas Perkembangan

- 1) Tahap pertama keluarga baru (*beginning family*)

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Membina hubungan intim dan kepuasan bersama.

- b) Menetapkan tujuan bersama.
 - c) Membina hubungan dengan keluarga lain; teman, dan kelompok sosial.
- 2) Tahap kedua keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Persiapan menjadi orang tua.
- b) Membagi peran dan tanggung jawab.
- c) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan.
- d) Mempersiapkan biaya atau dana *child bearing*.

- 3) Tahap ketiga keluarga dengan anak pra sekolah (*families with preschool*)

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti: kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
- b) Membantu anak untuk bersosialisasi.
- c) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi.

- 4) Tahap keempat keluarga dengan anak usia sekolah (*families with children*)

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan dan semangat belajar.
- b) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan.
- c) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.

5) Tahap kelima keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dan meningkat otonominya.
- b) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
- c) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan dan permusahan.

6) Tahap keenam keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launching center families*)

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- b) Mempertahankan keintiman pasangan.
- c) Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.

7) Tahap ketujuh keluarga usia pertengahan (*middle age families*)

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Mempertahankan kesehatan.
- b) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai.
- c) Memulihkan hubungan antara generasi muda dengan generasi tua.
- d) Keakraban dengan pasangan.

8) Tahap kedelapan keluarga usia lanjut

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- b) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- c) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- d) Mempertahankan hubungan anak dan sosial masyarakat (Harmoko, 2012).

2.2 Konsep Dasar Tuberkulosis Paru

2.2.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium Tuberculosis* (Kemenkes RI, 2014).

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman Tuberkulosis (*Mycobacterium tuberculosis*) yang ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien Tuberkulosis batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas (Widoyono, 2011).

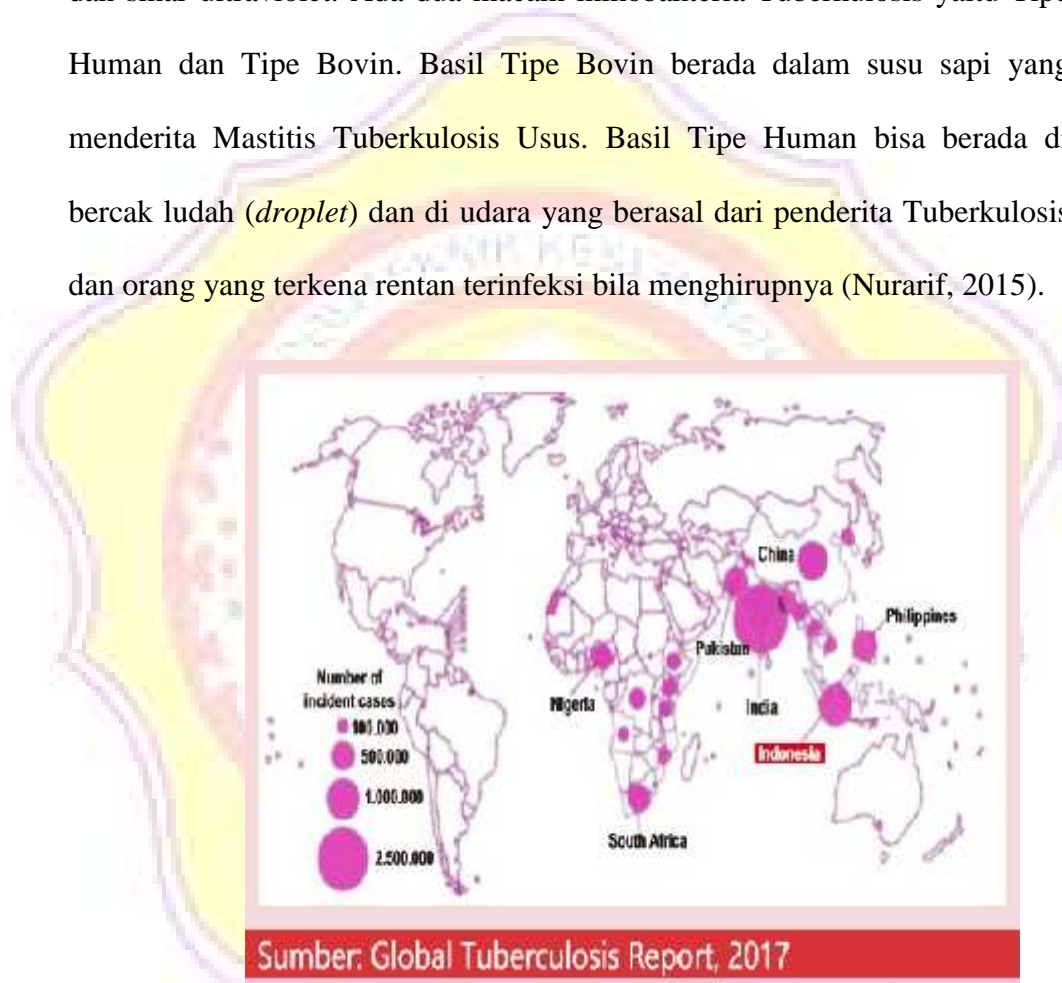
Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru dan disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* (Soemantri, 2009).

2.2.2 Etiologi

Tuberkulosis Paru disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,3-

0,6/um. Kuman terdiri dari Asam Lemak, sehingga kuman lebih tahan asam dan tahan terhadap gangguan kimia dan fisis (Manurung, 2008).

Penyebab Tuberkulosis adalah *Mycobacterium Tuberculosis*. Basil ini tidak berspora sehingga mudah dibasmi dengan pemanasan, sinar matahari dan sinar ultraviolet. Ada dua macam mikobakteria Tuberkulosis yaitu Tipe Human dan Tipe Bovin. Basil Tipe Bovin berada dalam susu sapi yang menderita Mastitis Tuberkulosis Usus. Basil Tipe Human bisa berada di bercak ludah (*droplet*) dan di udara yang berasal dari penderita Tuberkulosis dan orang yang terkena rentan terinfeksi bila menghirupnya (Nurarif, 2015).



Gambar 2.1Estimasi Jumlah Kasus Baru (*incidence*) TBC di Negara yang Memiliki Paling Sedikit 100.000 Kasus Baru, 2016

2.2.3 Patofisiologi

Tuberkulosis adalah infeksi bakteri di udara yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang mempengaruhi bagian tubuh dan paling

sering paru-paru. *Mycobacterium. Tuberculosis* terkena udara sebagai inti *droplet* dari batuk, bersin, berteriak atau bernyanyi dari individu dengan Tuberkulosis Paru. Penularan terjadi melalui inhalasi inti *droplet* yang melewati rongga mulut atau hidung, saluran pernapasan bagian atas, bronkus dan akhirnya mencapai alveoli paru-paru. Setelah *Mycobacterium Tuberculosis* atau *Tubercle bacilli* mencapai Alveoli, mereka tertelan oleh Makrofag Alveolar yang mengakibatkan penghancuran atau penghambatan proporsi yang lebih besar dari basil tuberkulum yang dihirup.

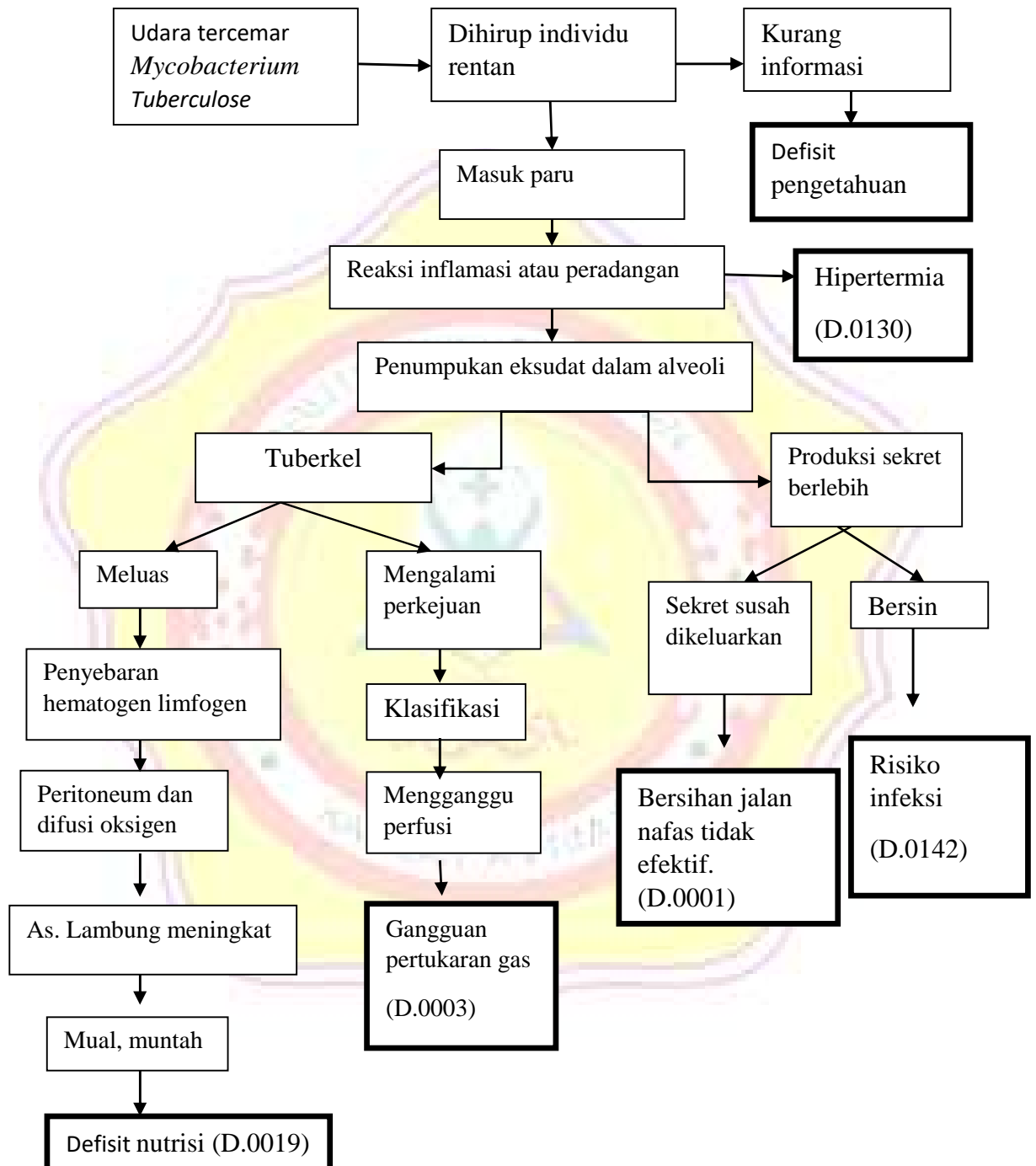
Proporsi kecil yang tidak terpengaruh berlipat ganda dalam Makrofag dan dilepaskan setelah kematian Makrofag. Bakteri Tuberkulum yang disebarkan langsung menyebar melalui aliran darah atau saluran limfatik ke bagian jaringan tubuh atau organ tubuh selain area infeksi Tuberkulosis yang sangat rentan seperti paru-paru, laring, kelenjar getah bening, tulang belakang, tulang atau ginjal. Dalam sekitar 2 sampai 8 minggu, respon imun dipicu yang memungkinkan sel darah putih untuk membungkus atau menghancurkan sebagian besar basil tuberkulum. Enkapsulasi oleh sel darah putih menghasilkan penghalang di sekitar *Tuberkulum Bacilli* membentuk Granuloma.

Begitu masuk ke dalam *shell* penghalang, basil tuberkulum dikatakan berada di bawah kontrol dan dengan demikian membentuk keadaan infeksi Tuberkulosis laten. Orang pada tahap ini tidak menunjukkan gejala Tuberkulosis, tidak dapat menyebarkan infeksi dan dengan demikian tidak dianggap sebagai kasus Tuberkulosis. Di sisi lain, jika sistem kekebalan gagal

untuk menjaga basil tuberkulum di bawah kontrol, perbanyak cepat basil terjadi kemudian yang mengarah ke perkembangan dari infeksi Tuberkulosis laten ke kasus Tuberkulosis. Waktu untuk pengembangan ke Tuberkulosis mungkin segera setelah infeksi tuberkulosis laten atau lebih lama setelah bertahun-tahun. Kasus Tuberkulosis sangat menular dan dapat menyebarkan basil ke orang lain (Agyemen, 2017).



Gambar 2.1 Pathway Tuberkulosis Paru



Sumber: NANDA (2013) dan Soemantri (2009).

2.2.4 Tanda Dan Gejala

Pada stadium awal penyakit Tuberkulosis Paru tidak menunjukkan tanda dan gejala yang spesifik. Namun seiring dengan perjalanan penyakit akan menambah jaringan parunya mengalami kerusakan, sehingga dapat meningkatkan produksi sputum yang ditunjukkan dengan seringnya klien batuk sebagai bentuk kompensasi pengeluaran dahak.

Selain itu, klien dapat merasa letih, lemah, berkeringat pada malam hari dan mengalami penurunan berat badan yang berarti. Secara rinci tanda dan gejala Tuberkulosis Paru ini dapat dibagi atas 2 (dua) golongan yaitu gejala sistemik dan gejala respiratorik.

1. Gejala Sistemik

a. Demam

Demam merupakan gejala pertama dari Tuberkulosis Paru, biasanya timbul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat mirip demam influenza yang segera mereda tergantung dari daya tahan tubuh dan virulensi kuman, serangan demam yang berikut dapat terjadi setelah 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan.

b. Malaise

Karena Tuberkulosis bersifat radang menahun, maka dapat terjadi rasa tidak enak badan, pegal-pegal, nafsu makan berkurang, badan makin kurus, sakit kepala, mudah lelah pada wanita kadang-kadang dapat terjadi gangguan siklus haid.

2. Gejala Respiratorik

a. Batuk

Batuk baru timbul apabila proses penyakit telah melibatkan bronkus. Batuk mula-mula terjadi oleh karena iritasi bronkhus, selanjutnya akibat adanya peradangan pada bronkus, batuk akan menjadi produktif. Batuk produktif ini berguna untuk membuang produk-produk ekskresi peradangan. Dahak dapat bersifat mukoid atau purulen.

b. Batuk berdarah

Batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah. Berat dan ringannya batuk darah yang timbul, tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisme pada dinding kavitas, juga dapat terjadi karena ulserasi pada mukosa bronkhus.

c. Sesak nafas

Gejala ini ditemukan pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang cukup luas. Pada awal gejala ini tidak pernah ditemukan.

d. Nyeri dada

Gejala ini timbul apabila sistem persyarafan yang terdapat di pleura terkena, gejala ini dapat bersifat lokal atau pleuritik (Manurung, 2008).

2.2.5 Klasifikasi Tuberkulosis Paru

Klasifikasi Tuberkulosis 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 P2TBC Paru, klasifikasi Tuberkulosis Paru dibagi sebagai berikut :

- a) Tuberkulosis Paru Basil Tahan Asam (BTA) Positif dengan kriteria :
 - (i) Dengan atau tanpa gejala klinik.
 - (ii) BTA Positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali disokong biakan positif 1 kali atau disokong radiologik.
 - (iii) Positif 1 kali.
 - (iv) Gambaran radiologik sesuai dengan Tuberkulosis Paru.
- b) Tuberkulosis Paru BTA Negatif dengan kriteria :
 - (i) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan Tuberkulosis Paru aktif.
 - (ii) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologik positif.
- c) Bekas Tuberkulosis Paru dengan kriteria :
 - (i) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif.
 - (ii) Gejala klinik tidak atau ada gejala sisa akibat kelainan Paru.
- d) Radiologik menunjukkan gambaran lesi Tuberkulosis Paru inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah. Ada riwayat pengobatan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) yang mendukung adekuat (Gannika, 2016).

2.2.6 Penatalaksanaan

Pengobatan Tuberkulosis bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Obat Anti

Tuberkulosis). Mikobakteri merupakan kuman tahan asam yang sifatnya berbeda dengan kuman lain karena tumbuhnya sangat lambat dan cepat sekali timbul resistensi bila terpajan dengan satu obat. Jenis obat utama (lini 1) yang digunakan adalah: INH, Rifampisin, Streptomisin, Etambutol. Jenis obat tambahan lainnya (lini 2): Kanamisin, Amikasin, Kuinolon.

Pengobatan Tuberkulosis Paru pada orang dewasa dibagi dalam beberapa kategori yaitu :

1. Kategori 1: 2HRZE/4HR3R3

Selama 2 bulan minum obat INH, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol setiap hari (tahap intensif) dan 4 bulan selanjutnya minum obat INH dan Rifampisin tiga kali dalam seminggu (tahap lanjutan). Diberikan kepada:

- a. Penderita baru Tuberkulosis Paru BTA positif.
- b. Penderita Tuberkulosis Ekstra Paru (Tuberkulosis di luar paru-paru) berat.

2. Kategori 2: HRZE/5H3R3E3

Diberikan kepada:

- a. Penderita kambuh.
- b. Penderita gagal terapi.
- c. Penderita dengan pengobatan setelah lalai minum obat.

3. Kategori 3: 2HRZ/4H3R2

diberikan kepada penderita BTA (+) dan rontgen paru mendukung aktif.

4. Kategori 4: RHZES

Diberikan pada kasus Tuberkulosis kronik.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya, 2009).

Proses pengkajian keluarga ditandai dengan pengumpulan informasi yang terus-menerus dan keputusan professional yang mengandung arti terhadap informasi yang dikumpulkan. Dengan kata lain, data dikumpulkan secara sistematis menggunakan alat pengkajian keluarga, kemudian di klasifikasikan dan dianalisis untuk menginterpretasikan artinya sering kali data sepiantas dikumpulkan untuk tiap area utama. Ketika pengkaji menemukan kemungkinan atau potensi masalah, pengkaji kemudian menggali bidang tersebut secara lebih mendalam.

Selain itu, kekuatan keluarga perlu digali dalam proses pengkajian. Jumlah dan jenis informasi juga bergantung pada klien, yang mungkin ingin menyampaikan lebih banyak informasi tentang satu area daripada area yang lain. Walaupun pengkajian merupakan langkah pertama proses keperawatan, data terus dikumpulkan sepanjang pemberian layanan yang menunjukkan

sifat yang dinamis, interaktif dan fleksibel dari proses ini. Sumber data pengkajian:

- 1) Wawancara klien tentang peristiwa yang lalu dan sekarang yaitu mengajukan pertanyaan dan mendengarkannya, genogram dan ecomap.
- 2) Pengkajian yang dapat melengkapi data objektif yaitu observasi rumah dan observasi interaksi keluarga.
- 3) Pengkajian yang dapat melengkapi data subyektif yaitu pengalaman anggota keluarga yang dilaporkan, observasi orang yang dilaporkan dan instrumen pengkajian yang diisi oleh anggota keluarga.
- 4) Informasi tertulis dan lisan dari rujukan.
- 5) Laporan dari agensi yang bekerja dengan keluarga.
- 6) Laporan dari anggota tim kesehatan lain (Friedman, 2014).

Menurut Mubarak (2011), Pengkajian adalah tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Secara garis besar data dasar yang dipergunakan mengkaji status keluarga adalah:

- 1) Struktur dan karakteristik keluarga.
- 2) Sosial, ekonomi, dan budaya.
- 3) Faktor lingkungan.
- 4) Riwayat kesehatan dan medis dari setiap anggota keluarga.
- 5) Psikososial keluarga.

Hal-hal perlu dikaji pada tahap ini adalah sebagai berikut:

Pengkajian Tahap 1

- 1) Yang perlu dikaji pada data umum keluarga yaitu identitas kepala keluarga (nama, alamat, pekerjaan dan pendidikan), komposisi keluarga (daftar anggota keluarga dan genogram), menjelaskan tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan tipe tersebut, setelah itu identifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan, mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan, tentukan pendapat keluarga serta kebutuhan dan penggunaan (apakah ada kesenjangan) dan aktivitas rekreasi keluarga.
- 2) Yang perlu dikaji pada riwayat dan tahap perkembangan keluarga yaitu tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga yang belum dipenuhi, riwayat penyakit keluarga: riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing keluarga (adakah anggota keluarga sebelumnya menderita Tuberkulosis Paru), status kesehatan anak (imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
- 3) Yang perlu dikaji pada pengkajian lingkungan yaitu karakteristik rumah: luas, tipe rumah, jumlah ruang, pemanfaatan rumah, peletakkan perabot rumah tangga, saran eliminasi (tempat, jenis, jarak dari sumber air), sumber air minum, karakteristik tetangga dan komunitas RT atau RW: kebiasaan, lingkungan fisik, nilai budaya yang mempengaruhi

kesehatan, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat, jumlah anggota yang sehat, fasilitas untuk penunjang kesehatan.

- 4) Yang perlu dikaji pada struktur dan fungsi keluarga yaitu cara berkomunikasi antar anggota keluarga, kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga, baik secara formal maupun non formal, nilai dan norma serta kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan, dukungan keluarga terhadap anggota lain, fungsi perawatan kesehatan (pengetahuan tentang sehat/sakit, kesanggupan keluarga).
- 5) Yang perlu dikaji pada stres dan coping keluarga: stresor jangka pendek yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan. Stresor jangka panjang yaitu stresor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan. Kemampuan keluarga berespons terhadap situasi atau stresor, mengkaji sejauh mana keluarga berespons terhadap situasi atau stresor, strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan. Strategi adaptasi disfungsional, menjelaskan adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

2) Pemeriksaan Fisik

Dalam pengkajian keluarga khususnya pemeriksaan fisik, perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- a) Perlu dicantumkan tanggal pemeriksaan fisik dilakukan, sesuai dengan format yang ada.
- b) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga.
- c) Aspek pemeriksaan fisik mulai dari *vital sign*, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah sistem genitalia.
- d) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik.

3) Harapan Keluarga

Keinginan keluarga terhadap perawat keluarga terkait permasalahan kesehatan yang dialami oleh keluarga.

4) Analisa Data

Rangkum data yang didapat dari hasil pengkajian menjadi data subyektif dan data obyektif berdasarkan sumber data dan tentukan masalah keperawatan serta penyebab dari masalah keperawatan tersebut.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Kundi (2012), Masalah keperawatan keluarga yang sering muncul pada diagnosa medis Tuberkulosis Paru adalah:

- 1) Risiko tinggi terhadap infeksi sekunder (reaktivasi).
- 2) Pola nafas tidak efektif.
- 3) Bersihan jalan nafas tidak efektif.
- 4) (Risiko tinggi) gangguan pertukaran gas.
- 5) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

- 6) Kurang pengetahuan (tentang proses terapi, kemungkinan kambuh dan perawatan penyakit).

Menurut Manurung (2008), masalah keperawatan yang dapat terjadi pada klien Tuberkulosis Paru dapat berupa :

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif.
- 2) Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
- 3) Kurangnya pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis Paru.
- 4) Intoleransi aktivitas.
- 5) Risiko tinggi terjadinya kekambuhan.

Setelah menentukan diagnosa yang sesuai selanjutnya menetapkan prioritas masalah/diagnosa keperawatan keluarga dengan menggunakan skala untuk menyusun prioritas dari masalah tersebut.

Tabel 2.1 Skala Untuk Menentukan Prioritas (Maglaya, 2009).

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah. Skala : Wellness. Aktual. Risiko. Potensial.	3 3 2 1	1
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah. Skala : Mudah. Sebagian. Tidak dapat.	2 1 0	2
3	Potensi Masalah Untuk Dicegah. Skala : Tinggi. Cukup. Rendah.	3 2 1	1

4	Menonjolnya Masalah. Skala : Segera. Tidak perlu. Tidak dirasakan.	2 1 0	1
---	---	-------------	---

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot. Skor x bobot angka tertinggi.
- c) Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5, sama dengan bobot.

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran, yaitu keluarga untuk dilaksanakan, sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan. Kualitas rencana keperawatan keluarga sebaiknya berdasarkan masalah yang jelas, harus realitas, sesuai dengan tujuan, dibuat secara tertulis dan dibuat bersama keluarga. Dalam perencanaan keperawatan keluarga ada beberapa hal yang harus dilakukan perawat keluarga yaitu penyusunan tujuan, mengidentifikasi sumber-sumber, mendefinisikan pendekatan alternatif, memilih intervensi keperawatan dan penyusunan prioritas (Susanto, 2012).

1) Menetapkan Tujuan Keperawatan

Tujuan merupakan pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan yang terdiri dari jangka panjang dan jangka pendek. Tujuan jangka pendek adalah target dari kegiatan atau hasil akhir

yang diharapkan dari rangkaian proses penyelesaian masalah keperawatan (penyelesaian satu diagnosa atau masalah) dan biasanya berorientasi pada perubahan perilaku seperti pengetahuan, sikap dan keterampilan.

2) Menyusun Rencana Tindakan Keperawatan Keluarga

Rencana tindakan keperawatan keluarga merupakan langkah dalam menyusun alternatif-alternatif dan mengidentifikasi sumber-sumber kekuatan dari keluarga (kemampuan perawatan mandiri, sumber pendukung/bantuan yang bisa dimanfaatkan) yang digunakan untuk menyelesaikan masalah dalam keluarga. Intervensi keperawatan keluarga ditekankan pada penguatan garis pertahanan karena keluarga merupakan suatu sistem. Penguatan garis pertahanan keluarga pada model Neuman dengan menekankan pada 3 tingkat pencegahan yaitu: pencegahan primer untuk garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk garis pertahanan normal dan pencegahan tersier untuk garis pertahanan resisten.

Berikut adalah rencana asuhan keperawatan keluarga dengan Tuberkulosis Paru:

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga merupakan pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun perawat bersama keluarga. Inti pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan keluarga adalah perhatian. Jika perawat tidak memiliki falsafah untuk memberi perhatian, maka tidak

mungkin perawat dapat melibatkan diri bekerja dengan keluarga. Perawat harus membangkitkan keinginan untuk bekerja sama melaksanakan tindakan keperawatan.

Pada pelaksanaan implementasi keluarga, hal-hal yang perlu diperhatikan adalah (Susanto, 2012):

1. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan tindakan yang tepat dengan cara:
 - a. Diakui tentang konsekuensi tidak melakukan tindakan.
 - b. Identifikasi sumber-sumber tindakan dan langkah-langkah serta sumber yang dibutuhkan.
 - c. Diakui tentang konsekuensi tiap alternatif tindakan.
2. Menstimulasi kesadaran dan penerimaan tentang masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a. Memperluas informasi keluarga.
 - b. Membantu untuk melihat dampak akibat situasi yang ada.
 - c. Hubungan kebutuhan kesehatan dengan sasaran keluarga.
 - d. Dorong sikap emosi yang sehat menghadapi masalah.
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat keluarga yang sakit dengan cara:
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Intervensi untuk menurunkan ancaman psikologis:

- a. Meningkatkan hubungan yang terbuka dan dekat.
 - b. Memilih intervensi keperawatan yang tepat.
 - c. Memilih metode kontak yang tepat.
5. Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan menjadi sehat dengan cara:
- a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
6. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara:
- a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

2.3.5 Evaluasi

Komponen kelima dari proses keperawatan ini adalah evaluasi. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan (Friedman, 2013).

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan dua cara yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (Suprajitno, 2016) yaitu dengan SOAP, dengan pengertian "S" adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan

implementasi keperawatan. "O" adalah keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. "A" adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan objektif. "P" adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan. Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya. Bila tujuan tersebut belum tercapai, maka dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan/Desain Penulisan

Jenis penulisan ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan Tuberkulosis Paru. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.2 Subyek Penulisan

Subyek penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah penderita Tuberkulosis Paru di dalam keluarga yang tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda yang akan dilakukan asuhan keperawatan secara rinci dan mendalam. Subyek penulisan yang akan dikelola berjumlah dua klien dengan kasus yang sama dan kriteria yang sesuai.

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi operasional dilakukan untuk membatasi ruang lingkup dan juga dapat mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel yang bersangkutan (Notoadmojo, 2010).

Untuk mempermudah dalam memahami proses studi kasus ini, maka penulis membuat penjelasan sebagai berikut:

- 1) Asuhan keperawatan keluarga adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan keluarga serta lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian.

- 2) Tuberkulosis Paru adalah penyakit menular yang disebabkan virus *Mycobakterium tuberculosis* melalui inhalasi droplet.

3.4 Lokasi Dan Waktu Penulisan

1) Lokasi.

Studi kasus ini dilakukan pada individu dalam keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja.

2) Waktu.

Studi kasus ini dilaksanakan di bulan April 2019. Lama waktu bisa menyesuaikan sesuai dengan target keberhasilan dari tindakan, bisa satu minggu (dengan 4-6 kali kunjungan).

3.5 Prosedur Penulisan

Studi kasus ini diawali dengan penyusunan proposal dan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh tim penguji proposal maka penulisan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data menggunakan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian terhadap kasus yang dijadikan subyek penulisan.

3.6 Teknik Dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:

- 1) Melakukan studi pendahuluan di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda untuk mengambil data pasien penderita Tuberkulosis Paru.

- 2) Penderita Tuberkulosis Paru di dalam keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.
- 3) Penderita Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda dengan gejala klinis utama: batuk berdahak lebih dari tiga minggu, batuk berdarah, sesak nafas dan nyeri dada.
- 4) Menjelaskan tujuan, manfaat dan tindakan studi kasus yang akan dilakukan kepada calon responden.
- 5) Meminta calon responden untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti persetujuan penulisan.
- 6) Melakukan pengukuran tekanan darah kepada klien dan seluruh anggota keluarga.
- 7) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dan lain-lain yang bersumber dari klien, keluarga).
- 8) Observasi dan pemeriksaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi) pada sistem tubuh klien dan seluruh anggota keluarga.
- 9) Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Tuberkulosis Paru.
- 10) Menetapkan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan.
- 11) Melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan.
- 12) Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan.

13) Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan keluarga.

14) Menyusun dan mengumpulkan laporan hasil Karya Tulis Ilmiah.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Pada asuhan keperawaatan ini uji keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang ditulis.

3.8 Analisis Data

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam Nurarif (2015) pengolahan data menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif adalah digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan. Pengolahan data ini untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan Tuberkulosis Paru, setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga dengan melakukan penyuluhan kesehatan.

Analisis data akan dilakukan saat penulis sudah berada di lapangan dengan mengumpulkan data yang kemudian dianalisis dengan

mengemukakan fakta hingga kemudian dibandingkan dengan teori yang ada. Teknik analisis yang digunakan dapat dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang dilakukan dan kemudian digunakan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis selanjutnya yang digunakan dapat dengan mengobservasi oleh penulis dan dokumentasi yang diperoleh untuk menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan yang kemudian dibandingkan dengan teori yang ada untuk memberikan masukan dalam intervensi tersebut.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil dan pembahasan

Bab ini menguraikan hasil penelitian beserta pembahasannya yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus mengenai sebelum dan sesudah pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Puskesmas Sempaja diresmikan pada tanggal 15 Agustus 1985 oleh Walikota Samarinda (Bapak Waris Husein) dan didampingi oleh kepala dinas kesehatan kota Samarinda (dr. Supangat). Lokasinya di jalan KH. Wahid Hasyim dimana lokasi tersebut kini menjadi pos pintu masuk stadion madya sempaja. Gedung puskesmas sempaja lama, berupa bangunan permanen, terdapat 8 ruangan dengan fasilitas listrik (PLN) dan sumur gali. Di belakangnya terdapat 4 rumah dinas yang terbuat dari kayu yang ditempati oleh dokter, perawat dan bidan.

Kepala Puskesmas Sempaja saat berdiri adalah dr. Ardiono dengan susunan pegawai sebagai berikut :

- Poli KIA (bidan) : Rosmiati Ayub.
- Poli KB : Maria (bidan).
- Poli umum : Burhanuddin (SPR).
- Poli lansia : Hamim.
- Apotak : Arbaenah (SPR).

Jumlah pasien yang datang berobat ke Puskesmas rata-rata 10 orang perhari, dan jumlah penduduk sempaja 2400 jiwa. Jumlah Posyandu ada 5 yaitu: posyandu bayur, pinang seribu, gunung cermin, gunung malang dan anggur.

4.1.2 Gambaran Subjek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini dipilih 2 penderita Tuberkulosis Paru dalam 2 keluarga sebagai klien studi kasus. Klien sudah sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan yaitu :

1. Data Umum

Pengkajian pada klien pertama yaitu Tn.R dilakukan pada tanggal 8 April 2019, hampir seluruh data berasal dari keluarga Tn. R, alamat rumah perumahan pinang mas blok e no 4 RT.06. Kepala keluarga dalam keluarga adalah Ny. T , berusia 60 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SD, pekerjaan Ny. T adalah seorang Ibu Rumah Tangga. Ny. T mempunyai tiga orang anak, anak pertama bernama Tn. A, jenis kelamin laki-laki, berusia 38 tahun, pendidikan terakhir SMA. Anak kedua bernama Tn. R, jenis kelamin laki-laki, berusia 36 tahun, pendidikan terakhir SMA. Anak ketiga bernama Nn. R, jenis kelamin perempuan, berusia 28 tahun, pendidikan terakhir SMA.

Pengkajian pada klien kedua yaitu Nn. S dilakukan pada 15 April, hampir seluruh data berasal dari keluarga Nn. S, alamat rumah jalan rapak benuang 2. Kepala keluarga dalam keluarga adalah Tn. J, berusia 43 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SD, pekerjaan Tn. J adalah buruh serabutan. Tn. J mempunyai dua orang anak, anak pertama bernama Nn. S, berusia 16 tahun, berjenis kelamin perempuan, sedang menempuh pendidikan

SMP. Anak kedua bernama Nn. A, berusia 13 tahun, berjenis kelamin perempuan, sedang menempuh pendidikan SD.

a).Komposisi Keluarga

Tabel 4.1 Komposisi klien 1

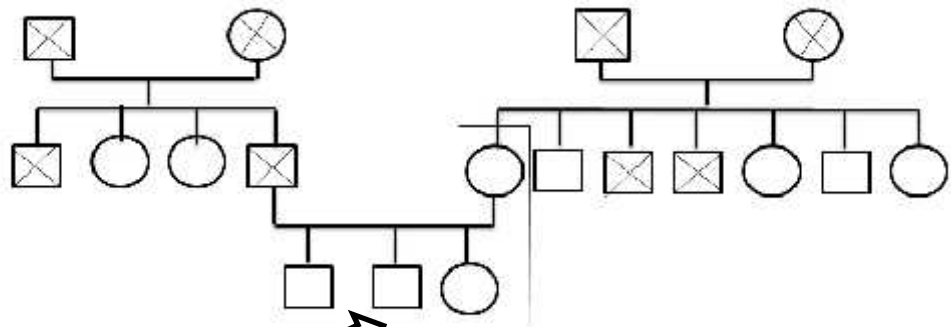
No	Nama	Jenis Kelamin	Hub dgn KK	Usia	Pendidikan Terakhir	Imunisasi
1	Ny.T	Perempuan	Istri	60 th	SD-sederajat	Tidak lengkap
2	Tn.A	Laki-laki	Anak	38 th	SMA-sederajat	Lengkap
3	Tn.R	Laki-laki	Anak	36 th	SMA-sederajat	Lengkap
4	Nn. R	Perempuan	Anak	28 th	SMA-sederajat	lengkap

Tabel 4.2 Komposisi Klien 2

No	Nama	Jenis Kelamin	Hub dgn KK	Usia	Pendidikan Terakhir	Imunisasi
1	Tn. J	Laki-laki	Suami	43 th	SD-Sederajat	Tidak lengkap
2	Ny. A	perempuan	Istri	38 th	SD-sederajat	Lengkap
3	Nn. S	Perempuan	Anak	16 th	SMP	Lengkap
4	Nn. A	Perempuan	Anak	13 th	SD	lengkap

b) Genogram

Keluarga 1



Keterangan Kesehatan Umum:

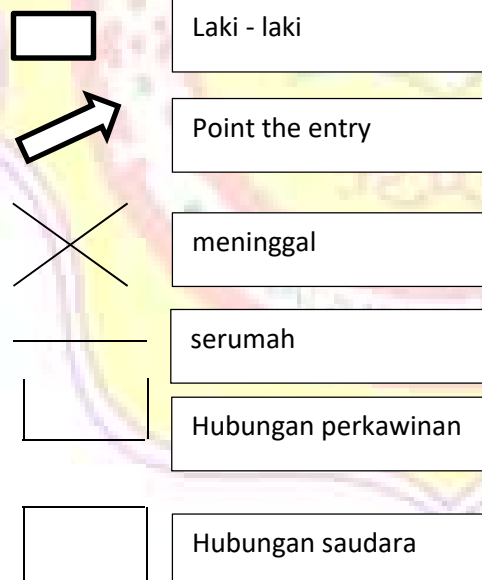
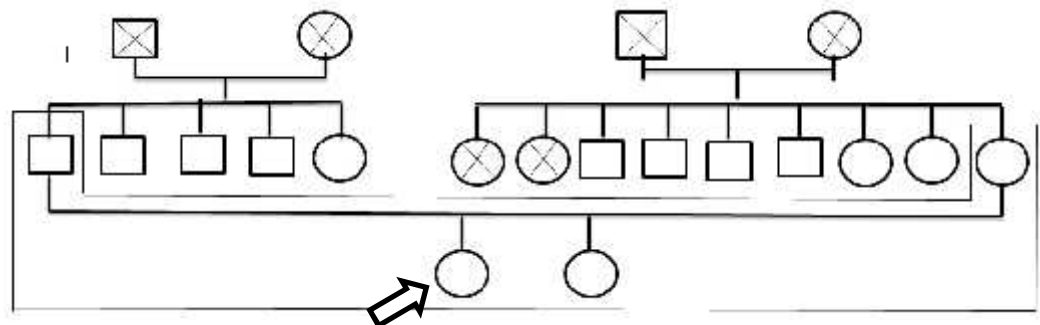
- (1) Tn. A sebagai kepala keluarga telah meninggal dunia sejak tahun 2012.
- (2) Ny. T sebagai ibu rumah tangga, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.

(3) Tn. A, anak sulung dari 3 bersaudara, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.

(4) Tn. R, anak kedua dari 3 bersaudara, mengeluh sesak pada dada

(5) Nn. R, anak ketiga dari 3 bersaudara, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.

Keluarga 2



Keterangan Kesehatan Umum:

(1) Tn. J sebagai kepala keluarga, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.

(2) Ny. A sebagai ibu rumah tangga, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.

(3) Nn. S, anak pertama dari 2 bersaudara, mengeluh sesak pada dada dan masih batuk

(4) Nn. A, anak kedua dari 2 bersaudara, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.

c) Tipe Keluarga

Keluarga Ny. T merupakan tipe keluarga satu orang tua dengan anak terdiri dari Ny.T dan ketiga anak yaitu Tn. A yang berusia 38 th, Tn. R yang berusia 36 th dan Ny. R yang berusia 28 th.

Keluarga Tn. J merupakan tipe keluarga inti terdiri dari Tn. J, Ny. A dan kedua anak yaitu Ny. S yang berusia 16 tahun dan Ny. A berusia 13 tahun.

d) Suku Bangsa

Ny. T beserta ketiga anaknya berasal dari suku Dayak yang tidak memiliki kebiasaan khusus dalam keluarga yang mempengaruhi kesehatan keluarga.

Tn. J dan Ny. A beserta kedua anaknya berasal dari suku Jawa yang tidak memiliki kebiasaan khusus dalam keluarga yang mempengaruhi kesehatan keluarga.

e) Agama

Keluarga Ny. T beserta anggota keluarga menganut agama kristen katolik. Ny. T dan keluarganya rutin untuk beribadah setiap minggu. Ny. T dan keluarga selalu mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di gerejanya.

Keluarga Tn. J beserta anggota keluarga menganut agama Islam. Tn. J dan keluarganya tidak terlalu rutin dalam melaksanakan shalat 5 waktu dengan alasan kadang lupa waktu shalat.

f) Status Sosial Ekonomi Keluarga

Ny. T dan Tn. R yang tidak bekerja, semua anggota keluarga bekerja termasuk kedua anaknya yang lain. Tn. A bekerja sebagai pekerja swasta mendapatkan penghasilan kurang lebih 3 juta rupiah, Ny. R bekerja sebagai akuntansi di RS Dirgahayu mendapatkan penghasilan kurang lebih 3 juta rupiah. Selama ini untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari yaitu makan, bayar tagihan listrik, air dll menggunakan uang hasil gaji Tn. A dan Ny. R.

Tn. J yang bekerja sebagai buruh serabutan mendapatkan penghasilan kurang 1,5 juta rupiah. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga Tn. J menggantungkan hanya dari penghasilan Tn. J.

g) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Klien 1, Kegiatan yang dilakukan keluarga untuk rekreasi atau menghilangkan stress dengan menonton tv, nonton bioskop dan olahraga.

Klien 2, kegiatan yang dilakukan keluarga untuk rekreasi atau menghilangkan stress dengan menonton tv, main gadget atau karaokean bersama keluarga.

h) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

(1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Klien 1, Tugas perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga dengan anak dewasa dikarenakan anak pertama telah memasuki usia 38 tahun. Untuk tugas tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa sesuai dengan teori.

Klien 2, tugas perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga dengan anak remaja, pada anak pertama telah memasuki usia 16 tahun. Untuk tugas tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja sesuai dengan teori.

(2) Tahap Perkembangan Keluarga Yang Belum Terpenuhi

Klien 1, Tahap perkembangan keluarga belum terpenuhi secara optimal oleh keluarga Ny. T karena belum memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar. Saat ini ketiga anak keluarga Ny. T masih tinggal satu rumah dan belum menikah sedangkan untuk klien 2 tahap perkembangan keluarga sudah terpenuhi.

(3) Riwayat Keluarga Inti

Klien 1, Suami Ny. T meninggal pada tahun 2012 dan memiliki 3 orang anak. Saat ini keluarga Ny. T tinggal dengan ketiga anaknya, karena ketiga anaknya belum menikah hingga saat ini. Dalam keluarga Ny. T terutama Tn. R yang menderita TB Paru bukan penyakit keturunan dari keluarga Ny.T terdahulu. Tn. R mengetahui kalau menderita TB Paru pada September tahun 2018 saat dia memeriksakan di rumah sakit. Tn. R tidak pernah sakit yang serius sebelum ini.

Klien 2, Tn. J menikah dengan Ny. A ± 20 tahun yang lalu dan memiliki 2 orang anak. Saat ini keluarga Tn. J masih lengkap tinggal dalam satu rumah karena kedua anaknya masih menempuh pendidikan sekolah. Dalam keluarga Tn. J terutama Ny. S menderita TB Paru yang bukan merupakan penyakit keturunan dari keluarga. Saat menderita TB Paru Nn. S belum pernah dirawat di rumah sakit. Nn. S mengetahui kalau menderita TB Paru pada bulan Maret. Tn. J dan keluarganya belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, serta tidak pernah sakit yang serius sebelumnya.

(4) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Klien 1, dari hasil pengkajian didapatkan bahwa keluarga dari Tn. R tidak pernah mengalami penyakit TB Paru. Tn. R dulu pernah mengonsumsi OAT 2 bulan pada September 2018 tetapi putus obat karena bosan minumnya setelah dilakukan pemeriksaan ulang Tn. R di rumah sakit lalu di sarankan untuk datang ke Puskesmas Sempaja. Tn. R melakukan pemeriksaan rontgen dan klien mendapatkan terapi OAT selama 6 bulan teratur. Tn. R memiliki kebiasaan merokok dan masih merokok sampai sekarang. Tn. R merasa tidak nyaman jika tidak merokok dalam sehari.

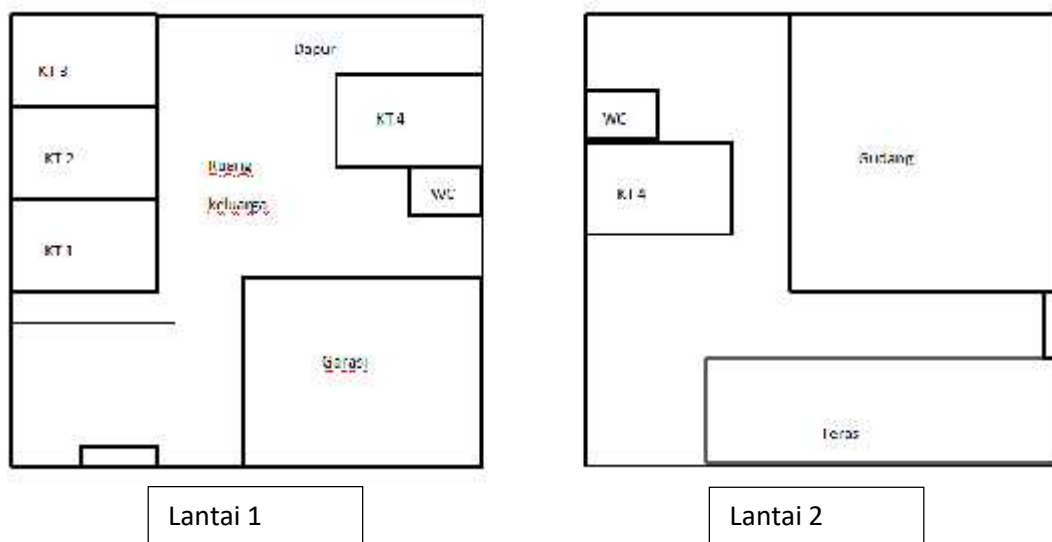
Klien 2, dari hasil pengkajian didapatkan bahwa keluarga Nn. S tidak pernah mengalami penyakit TB Paru. Nn. S mengeluh batuk sampai kurang lebih 3 bulan dan terasa sesak pada dada sebelah kiri, akhirnya diperiksa di Puskesmas Sempaja. Nn. S melakukan pemeriksaan rontgen dan klien mendapat terapi minum OAT selama 6 bulan teratur. Keluarga Tn. J ikut diperiksa dan hasilnya negatif. Tn. J memiliki kebiasaan merokok 1 bungkus rokok/hari.

i) Keadaan Lingkungan

(1) Karakteristik Rumah

Klien 1, rumah Ny. T terdiri dari dua lantai untuk lantai pertama terdiri dari ruang tamu, ruang keluarga, 4 kamar tidur, ruang dapur, 3 WC, garasi ,mobil, tempat motor pada teras rumah. Lantai dua terdiri dari 2 kamar tidur, gudang, teras di atas. Cara pengaturan perabot rumah tangga tertata rapi, kebiasaan merawat rumah di sapu 1 kali sehari dan seminggu sekali di pel, ukuran rumah 10x6 m, tipe rumah permanen, atap terbuat dari genting, lantai terbuat dari keramik, ventilasi ada di ruang tamu. Kondisi ruangan tertata rapi karena dibersihkan setiap pagi, ventilasi tertutup karena menggunakan AC, cahaya masuk kerumah tidak ada, jarang menjemur bantal dan guling dan keluarga mandi menggunakan air PDAM.

Denah Rumah Klien 1



Klien 2, rumah Tn. J terdiri dari ruang tamu, ruang keluarga, 2 kamar tidur, ruang dapur, kamar mandi, gudang. Cara pengaturan perabot rumah tangga

kurang tertata karena keterbatasan tempat, kebiasaan merawat rumah di sapu 1 kali sehari, keluarga jarang membuka pintu untuk masuknya cahaya matahari, ventilasi dibersihkan jika terlihat kotor, ukuran rumah 4x6 m, tipe rumah semi permanen, atap terbuat dari seng, lantai terbuat dari papan, ventilasi hanya di depan ruang tamu, cahaya matahari jarang masuk kedalam rumah. Keluarga mandi memakai air PDAM, keluarga jarang menjemur bantal dan guling kalau terlihat kotor saja baru dijemur.

Denah Rumah Klien 2



(2) Karakteristik Lingkungan Sekitar

Klien 1, Keluarga tinggal di lingkungan dengan beragam suku (Jawa, Banjar, Bugis dll). Tn. R mengatakan jarang berkumpul dengan tetangga karena memiliki kesibukan.

Klien 2, keluarga tinggal di lingkungan dengan beragam suku (Jawa, Banjar, Bugis, dll). Nn. S mengatakan tetangganya ramah, biasanya setiap sore suka mengobrol kadang di ajak mengobrol kerumah.

(3) Mobilitas Geografis Keluarga

Keluarga klien 1 menempati rumah tersebut sejak 20 tahun yang lalu.

Keluarga klien 2 menempati rumah tersebut sejak 7 tahun setelah berpindah pindah sebelumnya.

(4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Klien 1, keluarga Ny. T jarang berinteraksi dengan tetangga karena memiliki kesibukan masing-masing, tetapi bila ada kesempatan keluarga Ny. T saling berkumpul dengan tetangga untuk saling mengobrol.

Klien 2, keluarga Tn. J terkadang berkumpul dengan tetangga untuk mengobrol ringan, setiap 2 bulan sekali diadakan arisan diadakan di dekat rumah Tn. J.

(5) Sistem Pendukung Keluarga

Klien 1, semua anggota keluarga dalam kondisi sehat antara anggota keluarga saling menyayangi dan membantu satu sama lain. Keluarga memiliki televisi, tempat tidur yang nyaman, ruang keluarga yang nyaman, motor dan mobil sebagai sarana transportasi. Keluarga Tn. R juga memiliki BPJS untuk membantu biaya pengobatan.

Klien 2, semua anggota keluarga dalam kondisi sehat antara anggota keluarga saling menyayangi dan membantu satu sama lain. Keluarga memiliki televisi, tempat tidur cukup nyaman, ruang keluarga cukup nyaman, motor sebagai

sarana transportasi. Keluarga Nn. S juga memiliki BPJS untuk membantu biaya pengobatan.

j) Struktur Keluarga

(1) Pola Komunikasi Keluarga

Keluarga Ny. T berkomunikasi sehari-harinya menggunakan bahasa Indonesia. Dalam keadaan emosi keluarga Ny.T menggunakan kalimat positif, setiap masalah dalam keluarga selalu dirembukkan dan mencari jalan keluarnya dengan cara musyawarah keluarga.

Keluarga Nn. S berkomunikasi sehari-harinya menggunakan bahasa Indonesia diselingi dengan bahasa Jawa. Dalam keadaan emosi keluarga Nn. S menggunakan kalimat positif, setiap masalah dalam keluarga selalu dirembukkan dan mencari jalan keluarnya dengan cara musyawarah keluarga.

(2) Struktur Peran Keluarga

Ny. T melakukan peran keluarga dengan baik, sebagai kepala rumah tangga dan ibu rumah tangga, beliau selalu membantu dan mendukung anak-anaknya.

Tn. J melakukan peran keluarga dengan sangat baik, sebagai kepala keluarga, beliau selalu membantu dan mendukung anak dan istrinya.

(3) Nilai & Norma Keluarga

Semua anggota keluarga klien 1 dan 2 meyakini bahwa kesehatan sangat penting dan harus dijaga, sehingga keluarga membiasakan mencuci tangan sebelum makan dan memperhatikan kecukupan gizi. Keluarga Ny. T dan Tn. J juga memegang norma-norma yang berlaku di masyarakat, jika ada anggota keluarga yang agak menyimpang anggota keluarga lain mengingatkan

k) Fungsi Keluarga

(1) Fungsi Afektif

Setiap anggota keluarga klien 1 dan 2 saling menyayangi, menghormati, memberikan perhatian dan kasih sayang antar anggota keluarga yang lain.

(2) Fungsi Sosial

Interaksi keluarga klien satu Ny. T dengan anaknya terjalin dengan baik, saling mendukung, bahu membahu bila terjadi masalah. Dalam mengambil keputusan keluarga Ny. T melakukan musyawarah dalam menyelesaikan masalah. Ny. T cukup aktif dalam kegiatan kemasyarakatan salah satunya arisan.

Interaksi keluarga klien kedua Tn. J dan Ny. A dengan anaknya terjalin sangat baik dan terlihat harmonis. Dalam mengambil keputusan Tn. J memiliki peran yang besar namun selalu adil kepada keluarganya. Tn. J dan Ny. A aktif dalam kegiatan kemasyarakatan seperti arisan, pengajian dan siskamling.

(3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga Ny. T mengatakan tahu tentang penyakit pada Tn. R tetapi tidak terlalu rinci hanya sekedar tahu. Keluarga mampu mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi bila ada anggota keluarga yang sakit. Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat jika ada anggota keluarga yang sakit dengan membawanya ke rumah sakit. Keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga belum mampu memodifikasi lingkungan yang tepat untuk menunjang kesehatan keluarga. Keluarga mampu memanfaatkan layanan fasilitas dengan tepat.

Keluarga Tn. J mengatakan tidak tahu/tidak mengerti tentang penyakit pada Nn.S. Keluarga belum mampu mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi bila ada anggota keluarga yang sakit. Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat jika ada anggota keluarga yang sakit dengan membawanya ke puskesmas. Keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga belum mampu memodifikasi lingkungan yang tepat untuk menunjang kesehatan keluarga. Keluarga mampu memanfaatkan layanan fasilitas dengan tepat.

1) Stress dan Koping Keluarga

Tn. R mengatakan tidak terlalu stress dengan penyakitnya karena yang dia tahu kalau di obati dengan teratur penyakitnya bisa sembuh. Respon keluarga terhadap stressor yaitu keluarga berusaha berobat rutin ke Puskesmas. Sedangkan strategi koping bila ada permasalahan Ny. T dan Tn. R selalu menyelesaikannya dengan musyawarah dan tenang dalam mengambil keputusan.

Nn. S mengatakan khawatir dengan penyakitnya karena menurut informasi bahwa penyakit yang dideritanya dapat menular melalui udara. Respon keluarga terhadap stressor yaitu keluarga berusaha berobat rutin ke Puskesmas. Sedangkan bila ada permasalahan Tn. J dan Nn. S beserta anggota yang lain menyelesaikan masalah dengan musyawarah dan tenang dalam berpikir dan mengambil keputusan.

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik Klien 1

No	Komponen	Klien 1 Ny. T	Klien 1 Tn. A	Klien 1 Tn. R	Klien 1 Ny. R
1	Kepala	Rambut panjang Warna hitam beruban Tidak ada bekas luka	Rambut pendek Warna hitam Tidak ada bekas luka	Rambut pendek Warna hitam Tidak ada bekas luka	Rambut panjang Warna hitam Tidak ada bekas luka
2	Mata	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan
3	Telinga	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka
4	Hidung	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan
5	Mulut	Terdapat karang gigi Graham kiri atas caries Graham kanan bawah tanggal	Terdapat karang gigi Graham kiri bawah tanggal	Terdapat karang gigi Graham kanan atas caries	Tidak terdapat karang gigi Gigi lengkap
6	Leher dan Tenggorokan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan

		menelan Tidak ada pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	menelan Tidak ada pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	menelan Tidak ada pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	menelan Tidak ada pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe
7	Dada dan Paru	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada ronkhi Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada ronkhi Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada ronkhi Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada ronkhi Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan
8	Jantung	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan
9	Abdomen	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan

		Tidak ada massa	Tidak ada massa	Tidak ada massa	Tidak ada massa
10	Ekstremitas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas
11	Kulit	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi
12	Kuku	Pendek dan bersih CRT < 2 detik	Pendek dan bersih CRT < 2 detik	Pendek dan bersih CRT < 2 detik	Pendek dan bersih CRT < 2 detik
13	Berat badan	50 kg	60 kg	85 kg	50 kg
14	Tinggi badan	155 cm	160 cm	165 cm	160 cm
15	Tanda-tanda Vital	TD : 140/90 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu: 36,5 C RR : 20 x/ menit	TD : 120/90 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu: 36,5 C RR : 20 x/ menit	TD : 120/80 mmHg Nadi : 84x/menit Suhu: 36,5 C RR : 20x/ menit	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu: 36,5 C RR : 20 x/ menit

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik Klien 2

No	Komponen	Klien 2 Tn. J	Klien 2 Ny. A	Klien 2 Nn. S	Klien 2 Nn.A
1	Kepala	Rambut pendek Warna hitam Tidak ada bekas luka	Rambut panjang Warna hitam Tidak ada bekas luka	Rambut panjang Warna hitam Tidak ada bekas luka	Rambut panjang Warna hitam Tidak ada bekas luka
2	Mata	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada peradangan
3	Telinga	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka
4	Hidung	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan
5	Mulut	Terdapat karang gigi Graham kiri atas caries Graham kanan bawah tanggal	Terdapat karang gigi Graham kanan bawah tanggal	Tidak terdapat karang gigi Graham kiri atas caries	Tidak terdapat karang gigi Gigi lengkap
6	Leher dan Tenggorokan	Tidak ada kesulitan menelan Tidak ada	Tidak ada kesulitan menelan Tidak ada	Tidak ada kesulitan menelan Tidak ada	Tidak ada kesulitan menelan Tidak ada

		pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe	pembesaran tiroid Tidak ada pembesaran kelenjar limfe
7	Dada dan Paru	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada ronkhi Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada ronkhi Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Ada ronkhi Dada bagian kanan lobus inferior Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada ronkhi Tidak ada stridor Tidak ada wheezing Tidak ada suara tambahan
8	Jantung	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ 1 dan 2: tunggal Intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan
9	Abdomen	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan

		Tidak ada massa	Tidak ada massa	Tidak ada massa	Tidak ada massa
10	Ekstremitas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan bebas
11	Kulit	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi
12	Kuku	Pendek dan bersih CRT < 2 detik	Pendek dan bersih CRT < 2 detik	Pendek dan bersih CRT < 2 detik	Pendek dan bersih CRT < 2 detik
13	Berat badan	70kg	45 kg	45 kg	35 kg
14	Tinggi badan	165 cm	160 cm	155cm	140 cm
15	Tanda-tanda Vital	TD : 140/90 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu: 36, 5 C RR : 20 x/ menit	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu: 36, 5 C RR : 20 x/ menit	TD : 120/80 mmHg Nadi : 84x/menit Suhu: 36, 5 C RR : 23 x/ menit	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu: 36, 5 C RR : 20 x/ menit

3) Harapan Keluarga

Klien 1, Tn. R dan keluarga berharap selalu sehat dan petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik, tepat dan cepat kepada siapa saja yang membutuhkan.

Klien 2, Nn.S dan keluarga berharap selalu sehat dan petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik, tepat dan cepat kepada siapa saja yang membutuhkan.

4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan pada klien 1:

- 1) Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.
- 2) Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Ny.T khususnya Tn. R b/d ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Diagnosa Keperawatan pada klien 2:

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga Tn. J terutama pada Nn. S b/d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.
- 2) Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.
- 3) Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. J khususnya Nn.S b/d ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4) Defisit Nutrisi b/d faktor psikologis.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Pada Keluarga Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit Tuberkulosis Paru

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang jalan nafas pada klien 1 dapat diketahui adanya bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien 1 yang ditandai dengan batuk berdahak. Pada pasien 1 jalan nafas tidak efektif disebabkan oleh eksudat didalam jalan Alveoli.

Pada pasien 1 mengatakan mengeluh batuk dan sulit mengeluarkan dahak, pasien batuk produktif dan adanya sekret sedikit kekuningan, pada intervensi akan melakukan diskusi dengan keluarga cara yang tepat, ajarkan cara batuk efektif yang benar dan membuang dahak pada tempatnya. Pada implementasi dilakukan yaitu melakukan cara batuk efektif dengan benar, memposisikan klien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi, dan memonitor frekuensi pernafasan.

Evaluasi masalah keperawatan keluarga klien 1 teratasi sebagian dengan frekuensi nafas rentang normal, kemampuan untuk mengeluarkan sekret baik (batuk efektif), keluarga klien diajarkan untuk memberikan posisi semi fowler kepada klien untuk mempermudah mengeluarkan dahak saat batuk.

Menurut penulis data dari kedua pasien menunjukkan gejala yang sama tentang bersihan jalan nafas , yaitu keluhan batuk, hal ini sesuai dengan teori Muttaqin

(2008), menjelaskan bahwa gejala respiratorik TB Paru yaitu: Keluhan batuk, timbul paling awal dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan, sesak nafas biasanya keluhan ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dan lain-lain.

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada klien 2 meliputi klien mengatakan mengeluh batuk dan merasa sesak karena ada dahak yang menghambat jalan nafas sehingga mengakibatkan gangguan pada jalan nafas.

4.2.2 Kurang Pengetahuan Tentang Penyakit Tuberkulosis Paru b/d Ketidakmampuan Keluarga Dalam Mengenal Masalah Kesehatan Tuberkulosis Paru

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang kurang pengetahuan pada kedua klien diketahui adanya kurangnya pengetahuan tentang Tuberkulosis Paru pada kedua klien dan keluarga ditandai dengan klien dan keluarga mengatakan tidak tahu secara rinci apa itu penyakit Tuberkulosis Paru. Kurang pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis Paru dari kedua klien disebabkan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan Tuberkulosis Paru.

Pada klien 1 mengatakan tidak tahu secara rinci apa itu penyakit Tuberkulosis Paru hanya tahu penyebarannya melalui udara sedangkan klien 2 mengatakan tidak tahu apa itu penyakit Tuberkulosis Paru, intervensi yang akan dilakukan

pada klien 1 dan 2 yaitu jelaskan pada klien dan keluarga tentang apa itu penyakit Tuberkulosis Paru, tanda gejala serta komplikasinya, implementasi yang dilakukan menjelaskan kepada klien dan keluarga dengan media leaflet dan lembar balik apa itu penyakit Tuberkulosis Paru disertai komplikasi, tanda dan gejalanya.

Evaluasi masalah keperawatan keluarga klien 1 dan 2 teratasi pada hari ke 4 dan 6 dengan klien dan keluarga dapat memahami apa itu penyakit Tuberkulosis Paru beserta tanda, gejala dan komplikasi.

Menurut penulis hal ini sesuai dengan teori Penelitian terkait juga disampaikan oleh Sulistyana dan Susanti (2017) yang menyatakan pengetahuan dan sikap keluarga penderita TB berpengaruh terhadap upaya pencegahan TB. Ada kecenderungan Jika keluarga pasien memiliki pengetahuan baik terkait TB maka akan melakukan upaya pencegahan sebesar 9,6 kali lipat. Sehingga upaya pencegahan Tuberkulosis dapat dilakukan di tingkat terkecil yaitu keluarga dalam hal ini kepala keluarga yang memegang peranan penting dalam upaya pencegahan Tuberkulosis.

Menurut asumsi penulis tentang masalah kurang pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis Paru mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada klien 1 dan 2 meliputi klien dan keluarga mengatakan tidak mengerti secara rinci mengenai penyakit Tuberkulosis Paru dan tingkat pendidikan dari klien 1 dan 2 yang masih cukup rendah.

4.2.3 Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko Pada Keluarga Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Keluarga Dalam Memodifikasi Lingkungan Yang Dapat Mempengaruhi Kesehatan

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang perilaku kesehatan pada kedua klien dapat diketahui adanya risiko perilaku kesehatan pada keluarga yang ditandai dengan klien dan keluarga mengatakan kesulitan untuk memodifikasi lingkungan tempat tinggalnya. Perilaku kesehatan yang berisiko pada keluarga disebabkan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Pada kedua klien dan keluarga mengatakan bingung bagaimana cara memodifikasi lingkungan rumah yang baik untuk kesehatan, intervensi yang akan dilakukan identifikasi kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, membantu keluarga menemukan kemampuan yang sesuai dengan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan berikan pendidikan kesehatan terkait memodifikasi lingkungan dengan baik.

Evaluasi masalah keperawatan keluarga klien 1 dan 2 teratasi pada hari ke 5 dan 5 klien dan keluarga diberikan intervensi seperti mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, menemukan kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan pendidikan kesehatan terkait memodifikasi lingkungan dengan baik.

Menurut penulis hal ini sesuai dengan penelitian Hidayat (2017) ventilasi kamar yang memenuhi syarat memungkinkan adanya pergantian udara dalam kamar,

sehingga dapat mengurangi kemungkinan penularan pada orang lain seiring dengan menurunnya konsentrasi kuman. Kamar dengan luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat menyebabkan kuman selalu dalam konsentrasi tinggi sehingga memperbesar kemungkinan penularan kepada orang lain. Ventilasi rumah yang tidak cukup menyebabkan aliran udara tidak terjaga sehingga kelembaban udara di dalam ruangan naik dan kondisi ini menjadi media yang baik bagi perkembangan pathogen. Sinar matahari terutama ultraviolet bisa membunuh bakteri, termasuk bakteri Tuberkulosis yang tidak mampu bertahan di bawah sinar matahari langsung (Kemenkes, 2014).

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada klien 1 dan 2 meliputi klien mengatakan jarang membuka jendela dan cahaya matahari jarang masuk ke dalam rumah sehingga berisiko terjadi penularan.

4.2.4 Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Faktor Psikologis

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang nutrisi pada klien 2 adanya kekurangan kebutuhan nutrisi pada klien yang ditandai dengan klien mengalami penurunan nafsu makan. Pada klien 2 kekurangan kebutuhan nutrisi disebabkan ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Pada klien 2 mengatakan nafsu makan menurun, hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi, keluarga mengatakan klien jarang menghabiskan makanannya dan keluarga belum mampu menyediakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi. Intervensi yang

akan dilakukukan yaitu identifikasi klien dan keluarga mengenai pengetahuan tentang pentingnya pemenuhan nutrisi, berikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi klien dan keluarga sudah paham terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi dan menjelaskan kepada klien dan keluarga pentingnya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Evaluasi masalah keperawatan keluarga klien 2 masih belum teratasi klien dan keluarga diberikan intervensi identifikasi klien dan keluarga mengenai pengetahuan tentang pentingnya pemenuhan nutrisi, berikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi. Hal ini sudah tercapai yaitu klien dan keluarga tahu komponen-komponen makanan apa saja yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarganya.

Menurut penulis hal ini sesuai dengan teori Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Ristyو Sari P, dkk (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara penghasilan dengan kejadian Tuberkulosis Paru. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Seseorang dengan tingkat sosial ekonomi yang baik akan memiliki tingkat kesehatan yang baik pula. Tingkat sosial ekonomi yang rendah mengakibatkan rendahnya pengetahuan mengenai penyakit Tuberkulosis Paru BTA positif serta sulitnya mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan Fariz Muaz (2014) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status gizi dengan kejadian Tuberkulosis Paru. Karena secara umum kekurangan gizi akan menyebabkan melemahnya sistem imun (kekebalan tubuh) terhadap serangan penyakit.

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan kesiapan peningkatan mungkin dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang terjadi pada klien 2 meliputi klien mengatakan nafsu makan turun dan keluarga klien mengatakan tidak mampu membelikan makanan yang tinggi nutrisi karena dana yang tidak mencukupi sehingga menyebabkan berat badan klien bisa menurun.

4.3 Keterbatasan Penelitian.

Keterbatasan dalam studi kasus ini adalah:

- 1) Waktu yang tersedia untuk menyelesaikan studi ini relatif singkat.
- 2) Perbedaan waktu melakukan penelitian antara klien 1 dan 2.
- 3) Banyaknya faktor yang dapat mempengaruhi penularan pada Tuberkulosis Paru antara lain pendidikan yang kurang, perilaku kesehatan yang tidak baik, dan aktifitas yang berisiko yang dapat memicu.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan uraian bab terdahulu, maka penulis mengambil suatu kesimpulan dan saran yang erat kaitannya dengan pengelolaan pada pemberian asuhan keperawatan pada keluarga.

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada subjek 1 dan subjek 2 Tuberkulosis Paru di wilayah Puskesmas sempaja, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1. Proses pengkajian dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga memerlukan terbinanya hubungan “*trust*” antara keluarga dengan mahasiswa sehingga pada proses pengkajian dapat diperoleh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan masalah yang terjadi dalam keluarga subjek 1 dan subjek 2, Informasi diperoleh melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi secara langsung pada lingkungan keluarga dan membandingkan dengan keadaan normal untuk menentukan adanya data senjang yang menimbulkan masalah kesehatan yang muncul.

5.1.2 Penentuan diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga dilakukan melalui penentuan data senjang yang diperoleh. Kemudian prioritas masalah ditentukan bersama-sama keluarga. Adapun diagnosa keperawatan yang timbul pada subjek 1 ketidakefektifan bersihan jalan napas, resiko terjadinya penularan Tuberkulosis Paru, kurangnya pengetahuan pada keluarga dan kesiapan

meningkatkan nutrisi pada keluarga. Kemudian pada subjek 2 yaitu resiko terjadinya penularan Tuberkulosis Paru, kurangnya pengetahuan pada keluarga dan kesiapan meningkatkan nutrisi pada keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa, kedua subjek memiliki masalah keperawatan yang sebagian besar sama.

5.1.3 Intervensi ditentukan secara bersama-sama dengan keluarga, sehingga keluarga memahami benar masalah yang terjadi pada keluarga itu sendiri. Perencanaan berupa tindakan yang akan dilakukan untuk mencegah masalah yang belum terjadi dan mengurangi akibat yang ditimbulkan dari masalah yang sudah terjadi. Intervensi yang dilakukan oleh penulis yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri tidak ada perbedaan dan dapat diterapkan pada kedua klien.

5.1.4 Implementasi dilakukan sejak tanggal 08 April s/d 13 Mei 2019 berupa melakukan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, menghitung skoring bersama keluarga, pendidikan kesehatan, melakukan terapi nonfarmakologi sesuai dengan rencana tindakan yang telah penulis susun serta mengevaluasi secara langsung pada saat proses berlangsung sehingga keluarga mampu memahami masalah kesehatan yang ada sekaligus mulai mengenal masalah dan cara penanggulangannya. Keluarga secara antusias mengikuti tahapan implementasi yang dilakukan.

5.1.5 Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua subjek dilakukan selama 6 hari kunjungan oleh penulis dan dibuat dalam bentuk SOAP, dengan cara mengulang kembali penjelasan yang diberikan pada proses implementasi dan mengobsevasi perubahan perilaku yang terjadi dari tidak patuh menjadi patuh,

sehingga penulis dapat menilai berdasarkan kemampuan pada proses belajar yang menghasilkan perubahan perilaku pada keluarga.

5.2. Saran

5.2.1. Untuk Keluarga

- 1) Agar kedua responden rutin memeriksakan diri ke Puskesmas dan mengambil obat antituberkulosis jika habis
- 2) Agar keluarga kedua responden dapat membantu mengingatkan serta memotivasi klien untuk meminum obat secara teratur dan tidak putus obat.
- 3) Agar keluarga dapat mengambil keputusan atau tindakan untuk mengatasi masalah serta dapat melanjutkan perawatan terhadap anggota keluarga.

5.2.2. Institusi Pendidikan (poltekkes)

Hasil asuhan keperawatan diharapkan dapat menjadi bahan referensi mengajar serta pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan topic asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan Tuberkulosis Paru bagi dosen dan mahasiswa di lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.

5.2.3. Bagi Pengembangan dan Studi Kasus Selanjutnya

- 1) Untuk dapat melakukan pengkajian pada lingkup keluarga agar memperoleh data yang akurat sebaiknya perawat mampu meningkatkan kemampuan interpersonal serta sarana prasarana yang menunjang untuk melakukan pengkajian dan menentukan diagnose yang muncul dari pengkajian yang dilakukan.

- 2) Dalam memprioritaskan diagnosa keperawatan, sebaiknya perawat melibatkan secara langsung keluarga sehingga mampu memberikan informasi yang akurat mengenai tujuan yang dilakukannya kegiatan tersebut dan keluarga memiliki pemahaman yang baik pada proses yang berlangsung.
- 3) Dalam membuat perencanaan keperawatan, perawat harus menyesuaikan dengan diagnose keperawatan dan ditentukan bersama-sama dengan keluarga sehingga tindakan keperawatan yang direncanakan benar-benar sesuai dengan kebutuhan keluarga.
- 4) Pada proses implementasi perawat sebagai Health educator sebaiknya memberikan pendidikan kesehatan disesuaikan dengan tingkat pengetahuan keluarga yang dikelola, sehingga memudahkan proses yang berlangsung.
- 5) Pada saat melakukan evaluasi, perawat harus benar-benar memperhatikan pencapaian tujuan dalam perencanaan dan tanggapan atau respon dari keluarga sehingga pemberi asuhan keperawatan lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Agyemen, A., & Oferi, A.R. 2017. *Tuberculosis an Overview. Journal of Public Health and Emergency*, (1-11).
- Depkes Republik Indonesia. 2001. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Cetakan ke 6*. Jakarta: Depkes Republik Indonesia.
- Dinas Kesehatan Kota Samarinda. 2017. *Profil Kesehatan Kota Samarinda Tahun 2016*. Samarinda: Dinas Kesehatan Kota Samarinda.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur 2016*. Samarinda: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur.
- Fred, C.P., & Patrick, M.K. 2010. *Socioeconomic Disparities in Health Behaviours. Annu Rev Sociol*, (349-370).
- Friedman, M.M. 2014. *Keperawatan Keluarga Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Gannika, L. 2016. *Tingkat pengetahuan keteraturan berobat dan sikap klien terhadap terjadinya penyakit TBC Paru di ruang perawatan I dan II Rumah Sakit Islam Faisal Makassar*. *Jurnal keperawatan Volume 1 Nomor 1*, (909-916).
- Harmoko. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jogjakarta: Pustaka Pelajar.
- Hidayat, R., Bahar, H., & Ismail, C. S. 2017. *Skrining dan Studi Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis Paru di Lembaga Pemasarakatan Kelas II A Kendari Tahun 2017*. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian TB*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Info Data Infomasi Tuberkulosis 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kundi, F. 2012. *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: CV. Trans Info Media, hal 25-36.

- Maglaya, A.S. 2009. *Nursing Practice In The Community, (5th ed)*. Philadelphia: Argonaut Corporation.
- Mubarak, W. I., Chayatin, N., & Santoso, B.A. 2011. *Ilmu Keperawatan Komunitas "Konsep dan Aplikasi"*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer, A. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 3 Jilid 1*. Jakarta: Media Aesculapis.
- Manurung, S, dkk. 2008. *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta-Timur: CV. Trans Info Media, hal 106-117.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA. 2009. *Nursing Diagnoses NANDA: Definition and Classification 2009-2011*.
- NANDA. 2012. *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Buku Kedokteran: EGC.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurarif, A.H., & Kusuma, H. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC*. Jogjakarta: Mediacion.
- Nurarif, A.H., & Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC Jilid 3*. Jogjakarta: Mediacion.
- P, Risty Sari, dkk. 2012. *Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi dengan Angka Kejadian Tuberkulosis Paru BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Peterongan Jombang Tahun 2012*. Skripsi. Jombang Stikes PEMKAB Jombang.
- Riasmani, N.M. 2017. *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas Dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta: Universitas Indonesia(UI-Press).
- Rikha N P, M. Arie, Dwi S. 2012. *Hubungan Antara Karakteristik Individu, Praktik Hygiene dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Tuberculosis Di Kecamatan Semarang Utara tahun 2011*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Volume 1 Nomor 2 tahun 2012, (435-445).

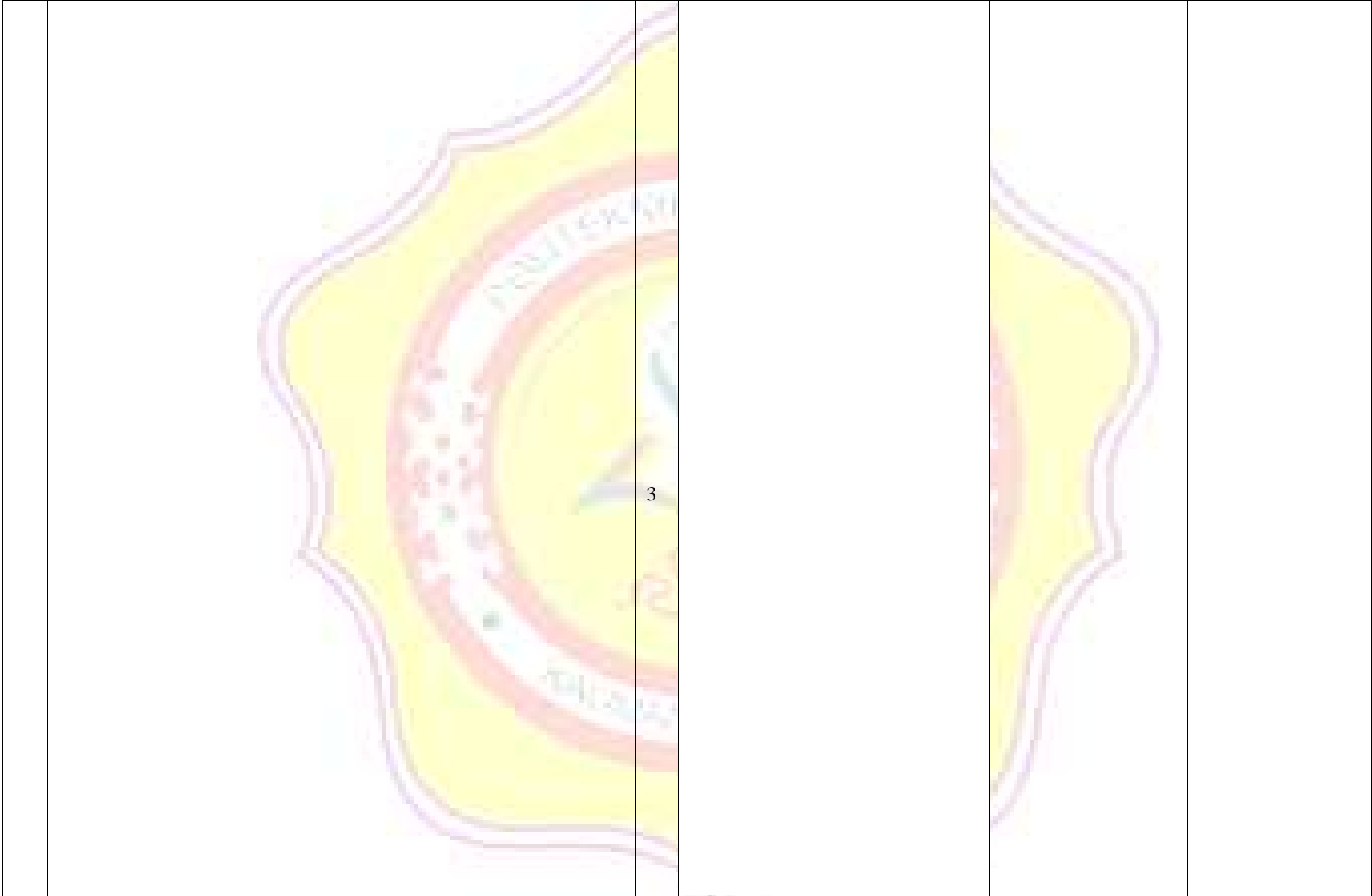
- Sejati, A. 2015. *Faktor-faktor terjadinya Tuberkulosis*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, (122-128).
- Setyawan, D.A. 2012 *Konsep dasar Keluarga*. Politeknik Kesehatan Surakarta. Halaman 1-10.
- Soemantri, I. 2009. *Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistiyana C, Susanti S. 2015. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Pasien Tuberkulosis Paru dengan Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kesunean dan Pegambiran Kota Cirebon*. Tunas Medika Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Vol.2 No.3 Tahun 2015.
- Supriyo, dkk. 2013. *Pengaruh Perilaku dan Status Gizi terhadap Kejadian TB Paru di Kota Pekalongan*. Semarang: Poltekkes Semarang.
- Susanto, T. 2012. *Keperawatan Keluarga “Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga”*. Jakarta: Trans Info Media.
- WHO. 2015. *Health Topics: Tuberculosis*.
- WHO. 2017. *Global Tuberculosis Report 2017*. Jenewa.
- WHO. 2018. *Health Topics : Tuberculosis*.
- Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasan*. Jakarta: Erlangga.

Tabel 4.5 Analisa Data Klien 1 dan 2

Klien 1

Klien 2

no	data	Etiologi	Masalah	no	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tn. R mengatakan hanya tahu ini penyakit apa tetapi tidak mengetahui secara rinci. - Tn. R mengatakan penyakit yang dideritanya ini menular melalui udara. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mmHg. - N: 75 x/menit. - Kesadaran compos mentis. - Keluarga sering bertanya mengenai penyebab, tanda gejala serta akibat dari penyakit TB Paru. 	Ketidakmampuan keluarga Ny. T khususnya Tn.R dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru. (00126) Domain 5	1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nn. S mengatakan tidak tahu tentang penyakit apa tetapi yang dideritanya ini. - Tn. R mengatakan penyakit yang dideritanya ini menular melalui udara. -Nn. S mengatakan mendengar informasi jika penyakitnya sangat berbahaya dan dapat menyebabkan kematian. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mmHg. - N: 70 x/menit. - Kesadaran compos mentis. - Keluarga sering bertanya mengenai penyebab, tanda gejala serta akibat dari penyakit TB Paru 	Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru. (00126) Domain 5
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R mengatakan mengeluh batuk kurang lebih 2 bulan namun sekarang sudah mendingan. - keluarga Tn. R mengatakan batuknya yang 2 bulan lamanya membuat curiga. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tn. R dan keluarga sering bertanya tentang penularan penyakit ini. - keluarga Tn. R tampak bingung dan cemas. 	Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan Tn.R.	Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. S khususnya Ny. N. (00188) Domain 1	2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nn.S mengatakan mengeluh batuk kurang lebih 3 bulan dan terasa sesak. - keluarga Nn.S sering bertanya bagaimana penularan penyakit yang diderita Nn. S. - Keluarga mengatakan khawatir jika penyakit ini menular ke anggota keluarga yang lain. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nn. S dan keluarga sering bertanya tentang penularan penyakit ini. 	Ketidak mampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan Ny. N.	Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. S khususnya Ny. N. (00188) Domain 1



				4			
--	--	--	--	---	--	--	--



Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
Ketidakmampuan Koping Keluarga	<p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan ke rumah selama 6 hari diharapkan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan.</p> <p>Tujuan khusus: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x60 menit keluarga mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui masalah kesehatan. 2. Mengambil keputusan. 3. Merawat anggota keluarga yang sakit. 4. Memodifikasi lingkungan. 5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. 	Respon verbal	<p>Keluarga mampu mengenal masalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan: Proses penyakit. 2. Gaya hidup sehat. 3. Manajemen stres. <p>Keluarga mampu mengambil keputusan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam membuat keputusan tentang pemeliharaan kesehatan. 2. Dukungan keluarga selama pengobatan. <p>Keluarga mampu merawat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan dalam perawatan pasien. 2. Penampilan <i>Caregiver</i>: Perawatan langsung. 3. Penampilan <i>Caregiver</i>: Perawatan tidak langsung koping keluarga. 	<p>Keluarga mampu mengenal masalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan kesehatan. 2. Pengejaran proses penyakit. 3. Fasilitasi pembelajaran. <p>Keluarga mampu mengambil keputusan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan dalam membuat keputusan. 2. Dukungan <i>caregiver</i>. 3. Dukungan keluarga. <p>Keluarga mampu merawat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan koping. 2. Konseling. 3. Dukungan emosional. 4. Dukungan kelompok. 5. Dukungan <i>caregiver</i>. 6. Peningkatan keterlibatan keluarga. 7. Mobilisasi keluarga.

		<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan peranannya. 2. Keterampilan interaksi sosial. 3. Manajemen lingkungan: Kenyamanan. <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan klien: akses ke sumber. 2. Kepuasan klien: klien perawatan berlanjut. 	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan terhadap pemberi perawatan. 2. Pemeliharaan proses keluarga. 3. Dukungan keluarga. 4. Terapi keluarga. 5. <i>Role and enhancement.</i> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi. 2. Rujukan. 3. Pertukaran informasi pemeliharaan kesehatan. 4. Pedoman kesehatan.
--	--	--	---

<p>Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan</p>	<p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan ke rumah selama 6 hari diharapkan keluarga mampu melakukan pemeliharaan kesehatan yang efektif.</p> <p>Tujuan khusus: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x60 menit keluarga mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenal masalah kesehatan. 2. Mengambil keputusan. 3. Merawat anggota keluarga yang sakit. 4. Memodifikasi lingkungan. 5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. 	<p>Respon verbal</p>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan: manajemen penyakit kronis. 2. Pengetahuan tentang proses penyakit. 3. Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan. <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami TBC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status kardiopulmonal. 2. Status sirkulasi. 3. Status respirasi: kepatenan jalan nafas. 4. Status respirasi: pertukaran gas. 5. <i>Vital sign</i>. 6. Perilaku kepatuhan. 7. Perilaku meningkatkan kesehatan. 8. Perilaku kepatuhan: penggunaan obat. 9. Penampilan keluarga dalam memberikan 	<p>Keluarga mampu mengenal masalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan Kesehatan: proses penyakit. 2. Restrukturisasi kognitif. 3. Dukungan membuat keputusan. 4. Membangun harapan. <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami TBC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen jalan nafas. 2. Fisioterapi dada. 3. Latihan batuk. 4. Terapi oksigen. 5. <i>Monitoring</i> pernafasan. 6. Terapi relaksasi. 7. Manajemen pengobatan.
--	--	----------------------	--	--

			<p>perawatan langsung.</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengendalian faktor risiko. 2. Lingkungan rumah yang aman. <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan klien: akses menuju sumber pelayanan. 2. Kepuasan klien: bantuan fungsional. 	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko. 2. Pencegahan infeksi 3. Manajemen lingkungan: keamanan. <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi. 2. Rujukan. 3. Panduan Sistem Kesehatan.
Gangguan proses keluarga	<p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan ke rumah selama 6 hari diharapkan setiap anggota keluarga menjalankan fungsinya dalam keluarga.</p> <p>Tujuan khusus: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x60 menit keluarga mampu:</p>	Respon verbal	<p>Keluarga mampu mengenal masalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi keluarga. 2. Normalisasi keluarga. 3. Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional. <p>Keluarga mampu mengambil keputusan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam 	<p>Keluarga mampu mengenal masalah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi proses belajar. 2. Pengajaran: individu. 3. Pengajaran: kelompok membangun harapan. <p>Keluarga mampu mengambil keputusan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan membuat

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui masalah kesehatan. 2. Mengambil keputusan. 3. Merawat anggota keluarga yang sakit. 4. Memodifikasi lingkungan. 5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. 		<p>memutuskan perawatan kesehatan.</p> <p>Keluarga mampu melakukan perawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi keluarga. 2. Integritas keluarga. 3. Normalisasi keluarga. 4. Performa peran. <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status kenyamanan lingkungan. 2. Menunjukkan peranannya. 3. Kemampuan komunikasi. 	<p>keputusan membangun harapan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menetapkan tujuan bersama. <p>Keluarga mampu melakukan perawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mediasi konflik. 2. Modifikasi lingkungan. 3. Peningkatan integritas keluarga. 4. Mempertahankan proses keluarga. 5. Dukungan keluarga. 6. Terapi keluarga. 7. Peningkatan peran. <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen perilaku. 2. Dukungan emosional 3. latihan kontrol impuls.
--	---	--	--	--

			Kemampuan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan klien: akses menuju sumber pelayanan. 	Kemampuan pemanfaatan pelayanan kesehatan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi tanggung jawab diri. 2. Rujukan.
--	--	--	---	---

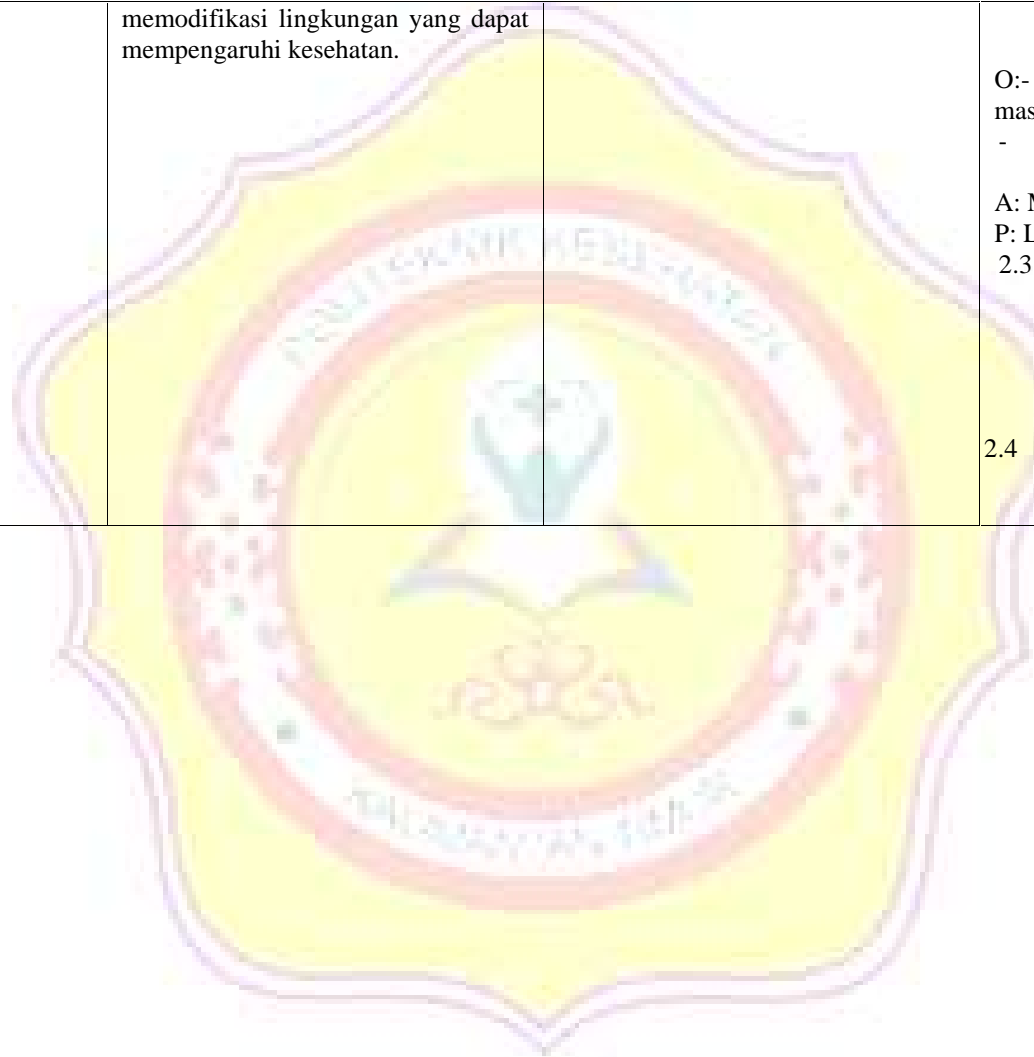
Tabel 2.2 Tabel rencana asuhan keperawatan (Riasmani, 2017).



Tabel 4. 9 Implementasi Keperawatan Klien 1

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 08 April 2019	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.	1.1 Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. 1.2 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang Tuberkulosis Paru .	S: - Klien mengatakan hanya tahu Tuberkulosis Paru penyebarannya melalui udara. - klien tidak tahu terlalu rinci dan lupa tanda gejala nya. O: Klien kebingungan menjawab tanda gejala Tuberkulosis Paru. A: Masalah belum teratasi. P :Lanjutkan intervensi. 1.3 Jelaskan pada klien dan keluarga tanda dan gejala serta komplikasi Tuberkulosis Paru.
Selasa, 09 April 2019	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.	1.3 Menjelaskan tentang masalah penyakit Tuberkulosis Paru.	S: - Klien mengatakan belum mengerti kenapa dia bisa terkena Tuberkulosis Paru Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu kalau tidak segera diobati akan menimbulkan masalah lebih serius. O :- Klien dan keluarga terlihat bingung tentang masalah Tuberkulosis Paru. A: Masalah belum teratasi. P:Lanjutkan intervensi. 1.4 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.
	Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Ny. T khususnya Tn. R b/d Ketidakmampuan keluarga dalam	2.1 Mengkaji bersama keluarga mengenai pemahaman penyebab timbulnya masalah Tuberkulosis Paru.	S: - klien mengatakan jarang jendelanya dibuka karena ruangnya ber AC. - Klien mengatakan tidak pernah

	<p>memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.</p>	<p>berjemur dibawah sinar matahari kalau pagi. O:- Ruang rumah sedikit cahaya masuk. - Ventilasi dirumah hanya terdapat diruang tengah. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi. 2.3 Berikan informasi kepada keluarga tentang penyebab Tuberkulosis dengan menggunakan lembar balik, yaitu kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. 2.4 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang disampaikan.</p>
--	---	--



<p>Rabu, 10 April 2019</p>	<p>Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Ny. T khususnya Tn. R b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.</p>	<p>2.3 Memberikan pendidikan kesehatan terkait penyebab Tuberkulosis khususnya untuk memodifikasi lingkungan. 2.4 Memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk bertanya terkait penyebab Tuberkulosis Paru.</p>	<p>S: - klien mengatakan mulai paham cara memodifikasi lingkungan dengan membuka jendela setiap pagi. - Klien mengatakan mulai coba untuk berjemur pada pagi hari kalau bisa bangun pagi. - Klien mengatakan kenapa Tuberkulosis bisa terjadi kepada saya. O :- klien dan keluarga masih bingung tentang penyebab Tuberkulosis itu sendiri. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi. 2.2 Berikan pujian kepada keluarga tentang pemahaman keluarga yang benar. 2.4 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang disampaikan. 2.5 Berikan penjelasan ulang terhadap materi yang belum dimengerti.</p>
<p>Kamis, 11 April 2019</p>	<p>Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.</p>	<p>1.4 Menganjurkan kepada klien dan keluarga untuk minum teratur OAT yang sudah diberikan Puskesmas.</p>	<p>S :-Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti jam berapa pemberian OAT yaitu jam 7 pagi. O: - Klien dan keluarga terlihat memahami cara memberikan OAT dengan benar. A: Masalah teratasi.</p>

			<p>P: Pertahankan intervensi.</p> <p>1.2 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang Tuberkulosis Paru.</p> <p>S:- klien dan keluarga mulai terbiasa membuka jendela setiap pagi dan membersihkan ruangan.</p> <p>- Klien mengatakan mulai membiasakan diri untuk berjemur di pagi hari kurang lebih 10 menit.</p> <p>O: - klien dan keluarga dapat menjawab bagaimana cara untuk menjadikan lingkungan rumah menjadi sehat.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>2.2 Berikan pujian kepada keluarga tentang pemahaman keluarga yang benar.</p> <p>2.4 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang disampaikan.</p>
	<p>Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Ny. T khususnya Tn. R b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.</p>	<p>2.5 memberikan penjelasan kembali terkait dengan masalah yang belum dimengerti.</p> <p>2.4 Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk kembali bertanya jika ada yang masih belum dimengerti.</p> <p>2.2 Memberikan pujian yang positif kepada klien dan keluarga atas jawaban dan keputusan yang telah diambil.</p>	
Jumat, 12 April 2019	<p>Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Ny. T khususnya Tn. R b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.</p>	<p>2.4 Memberikan Kesempatan kepada keluarga untuk bertanya kembali yang masih belum di mengerti.</p>	<p>S: Klien mengatakan sudah mulai mengerti pentingnya menjaga lingkungan.</p> <p>O: klien dan keluarga terlihat mulai paham pentingnya menjaga lingkungan.</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Pertahankan intervensi.</p>

<p>Sabtu, 13 April 2019</p>	<p>Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.</p>	<p>1.2 Mendiskusikan dengan klien dan keluarga apa yang sudah diketahui tentang Tuberkulosis Paru dan tindakan kedepannya.</p>	<p>S – klien mengatakan sudah paham bagaimana Tuberkulosis Paru bisa mengenai saya dan tanda gejalanya bagaimana. -Keluarga klien mengatakan akan merawat klien dengan baik, sesuai diperintahkan petugas kesehatan. O:- Klien terlihat senang karena keluarga mau merawatnya dengan baik. A: Masalah teratasi. P: Pertahankan intervensi.</p>
-----------------------------	--	--	--



Tabel 4. 10 Implementasi Keperawatan Klien 2

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 15 April 2019	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru .	1.1 Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. 1.4 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang Tuberkulosis Paru.	S: - Klien mengatakan tidak tahu Tuberkulosis Paru penyebarannya - klien mengatakan tidak tahu tanda gejalanya. O: Klien kebingungan menjawab tanda gejala Tuberkulosis Paru. A: Masalah belum teratasi. P :Lanjutkan intervensi. 1.3 Jelaskan pada klien dan keluarga tanda dan gejala serta komplikasi Tuberkulosis Paru.
Selasa, 16 April 2019	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru .	1.3 Menjelaskan tentang masalah penyakit Tuberkulosis Paru.	S: - Klien mengatakan bingung kenapa Tuberkulosis ini bisa menular ke dirinya. O :- Klien dan keluarga terlihat bingung tentang masalah Tuberkulosis Paru. A: Masalah belum teratasi. P:Lanjutkan intervensi. 1.4 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.
	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga Tn. J terutama pada Nn. S b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.	3.1 Menjelaskan pada keluarga cara mencegah penyebaran penyakit Tuberkulosis Paru.	S:- Klien mengatakan jika terasa dahak dia langsung membatukkannya dan meludah ke dalam tempat sampah langsung. O: - Klien terlihat bingung. - Keluarga klien mulai bertanya cara mencegahnya. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi. 3.1 Ajarkan klien cara batuk efektif dan membuang dahak yang benar.

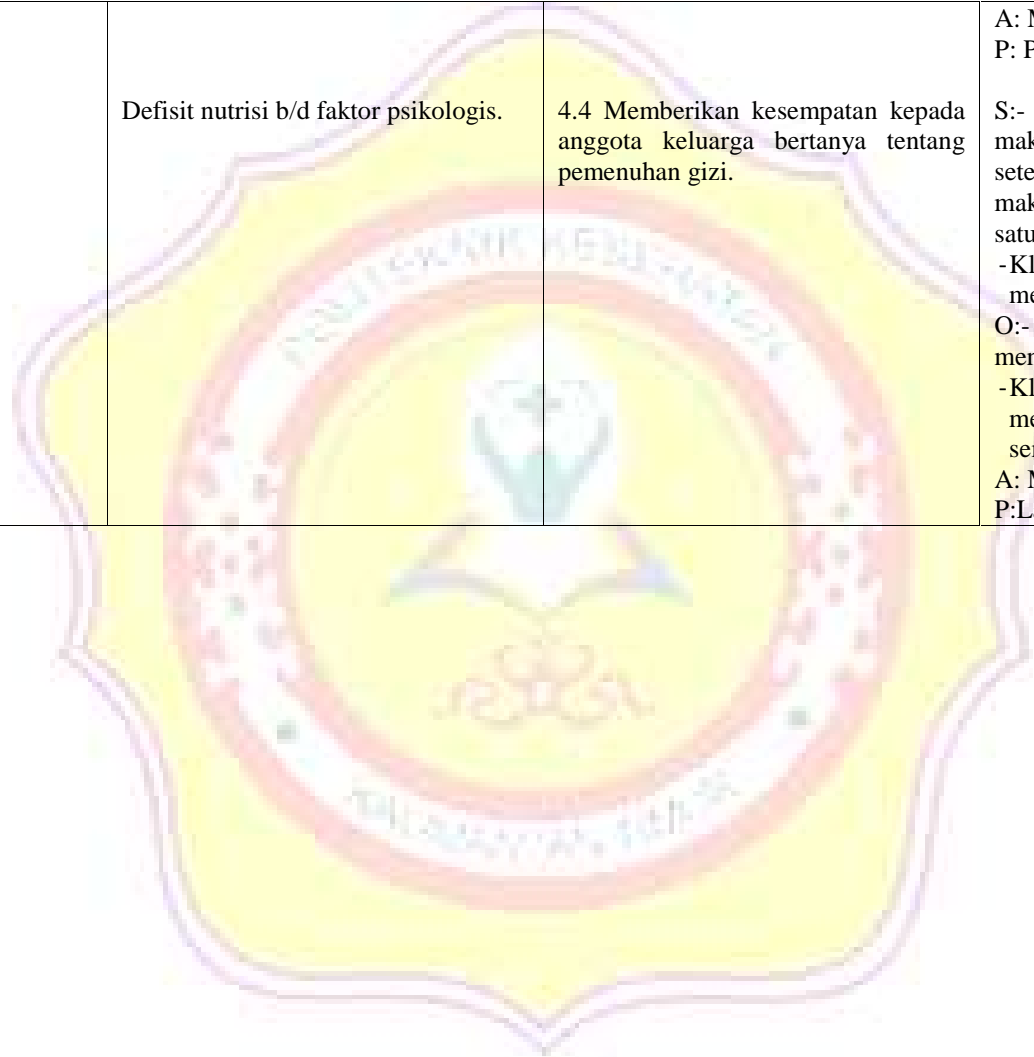
	<p>Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. S khususnya Ny. N b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan Ny. N.</p>	<p>2.1 Mengkaji bersama keluarga mengenai pemahaman penyebab timbulnya masalah Tuberkulosis.</p>	<p>3.3 Tanyakan kepada klien dan keluarga cara perawatan, pencegahan penyakit Tuberkulosis Paru. S:- Klien mengatakan jarang membersihkan rumah karena tidak ada waktu. - Klien mengatakan jarang berjemur saat pagi hari. O:-Lingkungan terlihat agak kotor. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi. 2.3 Berikan informasi kepada keluarga tentang penyebab Tuberkulosis dengan menggunakan lembar balik, yaitu kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. 2.4 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang disampaikan.</p>
<p>Rabu, 17 April 2019</p>	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga Tn. J terutama pada Nn. S b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.</p>	<p>3.2 Mengajarkan kepada klien cara batuk efektif dan membuang dahak yang benar. 3.3 Mendiskusikan dengan keluarga cara perawatan keluarga dalam mencegah penyakit Tuberkulosis Paru.</p>	<p>S:- Klien mengatakan mulai paham cara batuk yang benar dan harus membuang dahak tidak di sembarang tempat. O: - Klien dan keluarga terlihat masih bingung. - Keluarga masih banyak bertanya terkait perawatan klien untuk mencegah Tuberkulosis Paru. - RR: 23x/menit A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi. 3.4 Anjurkan klien untuk</p>

			mempraktikkan kembali cara batuk efektif dan membuang dahak di tempatnya.
	Defisit nutrisi b/d faktor psikologis.	4.1 berdiskusi dengan keluarga yang diketahui mengenai gizi.	<p>S: - klien mengatakan tidak tahu gizi yang bagus dan seimbang itu bagaimana.</p> <p>-Keluarga mengatakan tidak paham bagaimana memberikan gizi yang baik.</p> <p>O: - klien dan keluarga masih terlihat bingung untuk memenuhi kebutuhan gizi.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>4.1 memberikan penjelasan terkait gizi yang baik untuk memenuhi kebutuhan tubuh.</p> <p>4.4 Memberikan kesempatan kepada anggota keluarga bertanya tentang pemenuhan gizi.</p>
Kamis. 18 April 2019	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru .	1.3 Menjelaskan tentang masalah penyakit Tuberkulosis Paru.	<p>S: - klien mengatakan sudah mulai sedikit paham tentang penyakit Tuberkulosis Paru.</p> <p>O:- Klien dan keluarga masih bertanya tentang penyakit Tuberkulosis.</p> <p>- Klien dan keluarga masih terlihat bingung.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>1.4 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.</p>

	<p>Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. S khususnya Ny. N b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan Ny. N.</p>	<p>2.3 Memberikan pendidikan kesehatan terkait penyebab Tuberkulosis. 2.4 Memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk bertanya terkait penyebab Tuberkulosis.</p>	<p>S:- klien mengatakan sudah mulai membersihkan lingkungan setiap pagi. -Klien mengatakan sudah mencoba untuk berjemur setiap pagi selama kurang lebih 10 menit. O:- Klien dan keluarga tidak terlalu banyak bertanya terkait memodifikasi lingkungan. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi. 2.2 Berikan pujian kepada keluarga tentang pemahaman keluarga yang benar.</p>
	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga Tn. J terutama pada Nn. S b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.</p>	<p>3.4 Perintahkan klien untuk batuk efektif dan membuang dahak dengan benar.</p>	<p>S:- Klien mengatakan sudah bisa melakukan batuk efektif mandiri dan membuang dahak di tempat yang sudah disediakan. - Klien dan keluarga masih kurang paham bagaimana membuang dahak dengan benar. O: Klien terlihat senang karena keluarganya selalu mengingatkan untuk buang dahak ditempatnya. - RR: 21x/menit A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi. 3.4 Anjurkan klien untuk mempraktikkan kembali cara batuk efektif dan membuang dahak di tempatnya.</p>

<p>Jumat, 19 April 2019</p>	<p>Defisiti nutrisi b/d faktor psikologis.</p>	<p>4.3 memberikan penjelasan terkait gizi yang baik untuk memenuhi kebutuhan tubuh.</p>	<p>S:- Klien mengatakan nafsu makannya menurun dan makan setengah porsi sudah kenyang.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan jika klien jarang menghabiskan makanannya. - Keluarga klien mangatakan akan berusaha untuk memenuhi kebutuhan gizi. <p>O: - Klien terlihat sedikit kurus. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>4.2 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang disampaikan.</p>
<p>Sabtu, 20 April 2019</p>	<p>Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. S khususnya Ny. N b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan Ny. N.</p>	<p>2.4 Memberikan Kesempatan kepada keluarga untuk bertanya kembali yang masih belum di mengerti.</p>	<p>S: -Klien mengatakan tiap hari rumah di bersihkan, jendela di buka setiap pagi dan setiap pagi berjemur kurang lebih 15 menit.</p> <p>O: -klien dan keluarga terlihat sudah mengerti dan tidak banyak bertanya lagi.</p> <p>A:Masalah teratasi. P: Pertahankan intervensi.</p>
	<p>Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.</p>	<p>1.2 Mendiskusikan dengan klien dan keluarga apa yang sudah diketahui tentang Tuberkulosis Paru dan tindakan kedepannya.</p>	<p>S:- Klien mengatakan sudah memahami apa itu penyakit Tuberkulosis Paru.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga mengatakan sudah tahu tanda gejala dari penyakit Tuberkulosis Paru. <p>O: Klien dan keluarga terlihat senang karena paham mengenai penyakit Tuberkulosis.</p>

	<p>Defisit nutrisi b/d faktor psikologis.</p>	<p>4.4 Memberikan kesempatan kepada anggota keluarga bertanya tentang pemenuhan gizi.</p>	<p>A: Masalah teratasi. P: Pertahankan intervensi.</p> <p>S:- Klien mengatakan kalau pagi makannya habis, makan siang cuman setengah porsi karena tidak nafsu makan dan malamnya menghabiskan satu porsi. -Klien mengatakan mulai mengkonsumsi buah. O:- Tn. J menyediakan buah pada menu makanan dirumah -Klien dan keluarga terlihat mulai mengkonsumsi buah pisang, semangka.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian. P:Lanjutkan intervensi pada keluarga.</p>
--	---	---	--



Tabel 4.8 Perencanaan Keperawatan Keluarga Tn. R dan Nn. S

No dx	Tujuan		Kriteria Hasil		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari diharapkan keluarga Ny. T dan Tn. J khususnya Tn. R dan Nn. S dapat mengerti tentang penularan penyakit Tuberkulosis Paru dan tidak terjadi penularan lebih lanjut.	Setelah dilakukan kunjungan keluarga selama 6 x 20 menit diharapkan keluarga mampu mengenal penularan Tuberkulosis.	Verbal	Klien dengan keluarga dapat: <ul style="list-style-type: none"> - Menyebutkan pengertian Tuberkulosis Paru. - Menyebutkan penyebab Tuberkulosis Paru. - Menyebutkan tanda dan gejala Tuberkulosis Paru. - Menyebutkan komplikasi atau akibat lanjut dari Tuberkulosis Paru. 	<p>1.1 Bina Hubungan Saling Percaya.</p> <p>1.2 Jelaskan pada klien dan keluarga lembar balik dan leaflet.</p> <p>1.3 Jelaskan pada klien dan keluarga tanda dan gejala serta komplikasi Tuberkulosis Paru.</p> <p>1.4 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.</p>
2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari diharapkan keluarga Ny. T dan Tn. J khususnya Tn. R dan Nn. S dapat mengerti dan memahami atas informasi yang sudah diberikan tentang penyakit	Setelah dilakukan kunjungan keluarga selama 6 x 20 menit diharapkan keluarga mampu mengenal masalah Tuberkulosis.	Verbal	Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 cara mencegah TBC: <ul style="list-style-type: none"> - Menutup hidung dan mulut saat batuk atau bersin atau menggunakan masker. - Tidak meludah atau membuang dahak disembarang tempat. - Makan-makanan yang bergizi. - Imunisasi BCG pada bayi. - Buka jendela agar sinar matahari masuk. 	<p>2.1 Diskusikan bersama keluarga apa yang diketahui keluarga mengenai penyebab timbulnya masalah Tuberkulosis.</p> <p>2.2 Berikan pujian kepada keluarga tentang pemahaman keluarga yang benar.</p> <p>2.3 Berikan informasi kepada keluarga tentang penyebab Tuberkulosis dengan menggunakan lembar balik, yaitu kuman <i>Mycobacterium</i></p>

	Tuberkulosis Paru.			<ul style="list-style-type: none"> - Jemur kasur paling sedikit seminggu sekali. 	<p><i>tuberculosis.</i></p> <p>2.4 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang disampaikan.</p> <p>2.5 Berikan penjelasan ulang terhadap materi yang belum dimengerti.</p> <p>2.6 Berikan reinforcement positif atas usaha keluarga.</p>
3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari diharapkan keluarga Tn. J dapat mampu membantu Nn. S dalam mempertahankan jalan nafas yang efektif.	Setelah dilakukan kunjungan keluarga selama 4 x 20 menit diharapkan keluarga mampu mengenal masalah Tuberkulosis.	Verbal	<p>Klien dengan keluarga dapat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan cara mengatasi tidak efektifnya bersihan jalan nafas. - Menyebutkan alternatif-alternatif untuk mengatasi tidak efektifnya bersihan jalan nafas. - Mengambil keputusan yang tepat pada anggota keluarga dengan tidak efektifnya jalan nafas. - Klien dan keluarga mengetahui cara membuang sekret dengan benar. 	<p>3.1 Diskusikan bersama keluarga apa yang diketahui keluarga mengenai cara mencegah penyakit Tuberkulosis.</p> <p>3.2 Ajarkan klien cara batuk efektif dan membuang dahak yang benar.</p> <p>3.3 Tanyakan kepada klien dan keluarga cara perawatan, pencegahan penyakit Tuberkulosis Paru.</p> <p>3.4 Anjurkan klien untuk mempraktikkan kembali cara batuk efektif dan membuang dahak di tempatnya.</p> <p>3.5 Berikan reinforcement positif atas usaha keluarga.</p>

4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari diharapkan keluarga Tn. S dan Tn. J khususnya Nn. S dapat meningkatkan nutrisi pada klien.	Setelah 4 x 20 menit pertemuan, keluarga mampu mengenal masalah gizi kurang.	Verbal	Klien dan Keluarga dapat menyebutkan gizi yaitu zat-zat yang ada di dalam makanan yang diperlukan tubuh untuk kelangsungan kehidupan.	<p>4.1 Diskusikan bersama keluarga apa yang diketahui keluarga mengenai pengertian gizi.</p> <p>4.2 Berikan pujian kepada keluarga tentang pemahaman keluarga mengenai pengertian gizi yang benar.</p> <p>4.3 Berikan informasi kepada keluarga mengenai pengertian gizi dengan menggunakan media leaflet dan lembar balik.</p> <p>4.4 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang disampaikan.</p> <p>4.5 Berikan penjelasan ulang terhadap materi yang belum dimengerti.</p> <p>4.6 Motivasi keluarga untuk mengulang materi yang telah dijelaskan.</p> <p>4.7 Berikan reinforcement positif atas usaha keluarga.</p>
---	---	--	---------------	---	---



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM
PRODI D-III KEPERAWATAN







LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Gilang Wahyudianto
NIM : P07220116050
NAMA PEMBIMBING : 1. Ns. Lukman Nulhakim, M.Kep
2. Edi Purwanto, SST., M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1	27-11-2018	BAB 1	<ul style="list-style-type: none">- Buat dir letak bilag dan umum ke khusus- Perhatikan hub antan paragraf- Cari cara pengumpulan data- Tambahar data/angle keluarga dan rata?- Perbaiki pengetikan yg salah		
2	29-11-2018	BAB 1			
3	8-12-2018	BAB 2			

4	9-12-2018	BAB 2			
5	10-12-2018	BAB 2			
6	12-12-2018	BAB 1 2 3			
7	Rabu 5 Des 2018	Bab I Bab III	<ul style="list-style-type: none"> - Uraian Kody. peraktiva - karena filus pd pengalihan Mky. Rem. vana. - peraktiva. Sama. Reaktor. Samsi. uraian → Tdih filus pd uraian terdah. tpa pengalihan Mky. nanyeloh. - peraktiva. Pmilton & FdL 		



	20-05-2019	Bd III	Problema penulisan Planning & penulisan Model		
	24-05-2019	Bd 1-2	Acc kerja Habi?		
	29-05-2019				
	31-05-2019		Acc Seminar Hant!		

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan. Studi kasus ini akan dilakukan oleh Gilang Wahyudianto dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi



.....

Samarinda,

Yang memberikan persetujuan



.....

Penulis



Gilang Wahyudianto

NIM : P07220116050



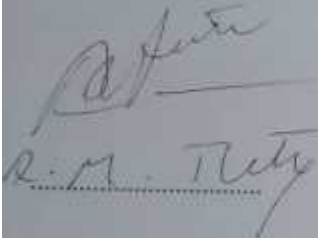
INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan. Studi kasus ini akan dilakukan oleh Gilang Wahyudianto dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi


R. M. Nety

Samarinda,

Yang memberikan persetujuan


W. S. T. B.

Penulis


Gilang Wahyudianto
NIM : P07220116050





PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
UPT PUSKESMAS SEMPAJA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
Jln. KH. Wahid Hasyim Telp. (0541) 220347
SAMARINDA 75119



SURAT TUGAS

No : 440 / 283 / 100.02.015

Nama Pembimbing : Muhajirah, AMK
**Sebagai pendamping mahasiswa DIII Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kaltim :**

Nama Mahasiswa : Gilang Wahyudianto

Nama Pasien : Yustinus Roby
Alamat Pasien : Jl. Pinang Mas Blok E No. 4 RT 06
: Jousje Adam
: Jl. AW Syahrani No. 63 5B RT 02
: Seftiana
: Jl. Rapak Benuang 2 RT 26

Keperluan : Riset Keperawatan Keluarga dengan Kasus Tuberkulosis Paru

Tanggal Berangkat : 8 April 2019
Tanggal Kembali : 22 April 2019

Samarinda, 8 April 2019
Kepala Puskesmas Sempaja

Dr. Aprilia Lailati
NIP. 19600412 199903 2 004





PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
UPT PUSKESMAS SEMPAJA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
Jalan KH. Wahid Hasyim, Telp. (0541) 220347
SAMARINDA 75119

SURAT KETERANGAN

Nomor : 440 / 398 / 100.02.015

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ida, SKM
NIP : 19660930 198703 2 007
Jabatan : Kepala Tata Usaha Puskesmas Sempaja

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Gilang Wahyudianto
NIM : PG7220116050
Perguruan Tinggi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
Jurusan : DIII Keperawatan

Nama tersebut diatas benar telah melakukan penelitian pada tanggal 08 April 2019 - 22 April 2019 di Puskesmas Sempaja dengan mengambil judul "*Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda*".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 23 Mei 2019

Kepala Tata Usaha Puskesmas Sempaja



Scanned with
CamScanner

SATUAN ACARA PRESENTASI TUBERCULOSIS (TBC)

Pokok bahasan / judul : Pencegahan dan Pengobatan TBC

Sasaran :

Tempat :

Hari / Tgl :

Waktu :

Pelaksana :

Pendahuluan

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh mikobakterium tuberkulosis (Depkes, RI. 2001). Kuman ini sangat kecil tidak mungkin dilihat dengan mata telanjang sehingga hanya dapat dilihat dengan mikroskop. TBC bukan merupakan penyakit keturunan. TBC dapat menyerang paru-paru maupun bagian lain dari tubuh manusia seperti tulang, sendi, kelenjar limpa, selaput otak dan lainnya.

Menurut Mansjoer (2000) *Tuberculosis Paru* adalah penyakit akibat infeksi kuman *Mycobacterium Tuberculosis sistemis* sehingga dapat mengenai semua organ tubuh, dengan lokasi terbanyak di paru-paru yang biasanya lokasi infeksi primer.

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah di lakukan penyuluhan (Health Education) di harapkan Keluarga Tn R mampu memahami dan mengetahui cara pencegahan dan Pengobatan TBC.

2. Tujuan Intstruksional Khusus (TIK)

- a. Menjelaskan pengertian TBC.
- b. Menyebutkan tanda-tanda penyakit TBC.
- c. Menyebutkan cara penularan TBC.
- d. Menyebutkan cara pencegahan TBC.

e. Menyebutkan cara pengobatan TBC

B. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

C. Media

1. Leaflet, lembar balik

D. Kegiatan Belajar Mengajar

NO	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan	05 Menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam pembukaan 2. Menyampaikan topik dan tujuan yang akan dicapai 	<p>Menjawab salam</p> <p>Mendengar/ memperhatikan</p>
2	pengembangan	15 Menit	<ol style="list-style-type: none"> 3. Menanyakan pendapat peserta tentang apa itu TBC / TB Paru 4. Memberi reward pada peserta 5. Menjelaskan pengertian TBC/TB paru 6. Menjelaskan tanda – tanda penyakit TBC 7. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya 	<p>Menjawab/ merespon</p> <p>Merespon</p> <p>Mendengar/ memperhatikan</p> <p>Mendengar</p> <p>Menjawab/ merespon</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Mendengar/ memperhatikan</p> <p>Mendengarkan/</p>

			8. Memberikan reward positif 9. Menjelaskan cara penularan TBC 10. Menjelaskan cara pencegahan TBC 11. cara pengobatan TBC	memperhatikan
3	Penutup	03 menit	12. Menyampaikan kesimpulan tentang materi yang disampaikan. 13. Memberi kesempatan kembali kepada peserta untuk bertanya. 14. Memberi reward 15. Ucapan terima kasih dan salam penutup.	Memperhatikan Bertanya Merespon Menjawab ucapan salam

E. KRITERIA EVALUASI

1. Masyarakat mampu menjelaskan dan memahami pengertian TBC.
2. Masyarakat mahami dan mengetahui bagaimana tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit TBC
3. Masyarakat mengetahui dan memahami bagaimana proses penularan TBC.

4. . Masyarakat mengetahui cara pencegahan yang tepat dan benar terhadap penyakit TBC
5. Masyarakat mengetahui cara pengobatan yang tepat dan benar terhadap penyakit TBC



BAB I

TUBERCULOSIS /TB PARU

A. PENGERTIAN

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh mikobakterium tuberkulosis (Depkes, RI. 2001). Kuman ini sangat kecil tidak mungkin dilihat dengan mata telanjang sehingga hanya dapat dilihat dengan mikroskop. TBC bukan merupakan penyakit keturunan. TBC dapat menyerang paru-paru maupun bagian lain dari tubuh manusia seperti tulang, sendi, kelenjar limpa, selaput otak dan lainnya.

Menurut Mansjoer (2000) *Tuberculosis Paru* adalah penyakit akibat infeksi kuman *Mycobacterium Tuberculosis sistemis* sehingga dapat mengenai semua organ tubuh, dengan lokasi terbanyak di paru-paru yang biasanya lokasi infeksi primer

B. TANDA-TANDA PENYAKIT TBC

1. Batuk berdahak lebih dari 3 minggu secara terus menerus atau lebih dan dahak yang keluar bisa bercampur dengan darah.
2. Nafas terasa sesak dan dada terasa nyeri.
3. Demam lebih dari sebulan dan berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan apapun.
4. Selera makan berkurang dan berat badan menurun.

C. CARA PENULARAN TBC

Cara penyebaran atau penularan kuman TBC dari satu orang ke orang lain adalah melalui udara yang kita hirup. Jika ada seorang penderita TBC batuk atau bersin, maka kuman TBC yang berada dalam paru-parunya akan keluar dalam bentuk percikan dahak di udara, percikan dahak yang mengandung kuman TBC bila terhirup oleh orang, maka orang tersebut kemungkinan dapat tertular. TBC tidak menular melalui serangga, transfusi darah ataupun air minum.

Umumnya penyakit TBC menyerang paru-paru ,tetapi bisa juga menyerang bagian tubuh lain (tulang,sendi,usus,kelenjar limfe dan selaput otak).

D. CARA PENCEGAHAN PENYAKIT TBC

1. Perhatikan pergantian udara dalam ruangan di rumah maupun ditempat kerja.
2. Usahakan agar sinar matahari masuk ke dalam ruangan.
3. Hindari orang yang batuk di dekat kita dengan cara menutup hidung dan mulut kita.
4. Usahakan tubuh dalam keadaan sehat agar tidak mudah tertular penyakit.

🚩 Apa yang perlu diwaspadai jika dalam keluarga ada yang menderita TBC ?

- a. Ajak penderita memeriksakan keadaannya secara seksama ke tempat pelayanan kesehatan untuk kepastian diagnose TBC dengan pemeriksaan foto dada dan pemeriksaan dahak.
- b. Jika penyakit sudah pasti ikuti program pemberantasan TBC dengan obat yang telah disediakan oleh pemerintah melalui Puskesmas.
- c. Jangan sekali-kali memutuskan obat sebelum dianjurkan oleh petugas Puskesmas karena akan menyebabkan penyakit semakin berat.
- d. Jaga kebersihan kamar dan rumah secara keseluruhan.
- e. Perhatikan ventilasi kamar cukup untuk pertukaran udara dan cahaya.
- f. Perhatikan setiap batuk penderita menutup mulutnya dengan masker tau sapu tangan.
- g. Jaqnganm sekali-kali penderita bersama dengan anggota keluarga yang sehat terlebih lebih anak-anak.
- h. Pastikan penderita mengkonsumsi makanan yang cukup mengandung gizi.

E. CARA PENGOBATAN PENYAKIT TBC

1. Obat anti TB (OAT)

Karena pemakaian obat tunggal banyak terjadi resistensi karena sebagian besar kuman TB memang dapat dibinasakan tetapi sebagian kecil tidak maka terapi TB dilakukan dengan memakai paduan obat Jenis Obat :

🚩 Obat primer

- isoniazid = INH
- Streptomisin = SM
- Rifampisin = RMP
- Etambutol
- Pirazinamid

🚩 Obat sekunder

- Etionamid
- P.A.S (Para Amine Salicylic Acid)
- Proionamid
- Tiasetazon
- Sikloseren
- Viomysin
- Kanamisin – Kapremisyn

2. Pencegahan pada TB Paru

3. DOTS

4. Pencegahan

🚩 Kemaprofilaksi

🚩 Vaksinasi BCG

🚩 Program kontrol.

F. PMO (Pengawas Minum Obat)

1. Persyaratan

- 🚩 Seseorang yg dikenal, dipercaya, disetujui, baik oleh petugas kes maupun penderita hrs disegani/dihormati pend.
- 🚩 Seseorang yg tinggal dekat dg penderita

- Bersedia membantu penderita dgn sukarela
- Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dgn penderita

2. Siapa yg bisa menjadi PMO

- Petugas kesehatan
- Kader kesehehatan
- Anggota keluarga

3. Tugas

- Mengawasi pend menelan obatscr teratur sampai selesai pengobatan
- Memberi dorongan kepada pend agar mau minum obat
- Mengingatkan pend u/ periksa ulang dahak pada waktu-waktu yg telah ditentukan
- Memberi penyuluhan anggota keluarga TB yang mempunyai gejala2 tersangka TB u/ segera periksa ke UPK

4. Informasi penting yg perlu dipahami PMO pend u/ disampaikan

- Tuberkulosis bukan peny keturunan
- Tuberkulosis dapat dsembuhkan dgn berobat teratur
- Tatalaksana pengobatan TB tdd tahap intensif dan lanjutan
- Pentingnya berobat scr teratur à perlu diawasi
- Efek samping obat dan tindakan yg harus dilakukan
- Cara penularan dan mencegah penularan

G. Kesimpulan

Dengan mengenal penyakit TBC baik cara penularannya, pencegahannya, maupun pengobatannya, serta yang berisiko terkena TBC di harapkan dapat merubah perilaku masyarakat menjadi lebih waspada dan dapat menghindari dengan tidak

takut terhadap penyakit Hepatitis dan dapat bersikap rasional dan bijaksana dalam menghadapi penyakit TBC.



Tabel 4.6 Skoring Prioritas Masalah klien 1 dan 2

Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d
Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah
kesehatan TB Paru.

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1$ $= \frac{2}{3}$	Masalah beresiko tinggi dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak menimbulkan masalah lebih lanjut.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2$ $= 2$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah dapat dijangkau oleh keluarga.
3	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1$ $= 1$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat dan berpotensi untuk dicegah ke arah yang tidak diinginkan selama keluarga dan petugas dapat bekerja sama dalam menanggulangnya.
4	Menonjolnya masalah: Segera diatasi (2) Tidak segera diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1$ $= 1$	Masalah harus segera ditangani karena jika tidak akan menimbulkan masalah lain.
				Total 4 2/3	

Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d
Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah
kesehatan TB Paru.

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1$ $= 1$	Masalah sudah aktual dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak terjadi masalah lebih lanjut.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	1	2	$\frac{1}{2} \times 2$ $= 1$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah memiliki kendala dalam segi pendanaan.
3	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1$ $= 1$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat dan berpotensi untuk dicegah ke arah yang tidak diinginkan selama keluarga dan petugas dapat bekerja sama dalam menanggulangnya.
4	Menonjolnya masalah: Segera diatasi (2) Tidak segera diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1$ $= 1$	Masalah harus segera ditangani karena jika tidak akan menimbulkan masalah lain.
				total 4	

Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Ny. T khususnya Tn. R b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat Masalah Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah aktual dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak terjadi masalah lebih lanjut.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah dapat dijangkau oleh keluarga.
3	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat dan berpotensi untuk dicegah ke arah yang tidak diinginkan selama keluarga dan petugas dapat bekerja sama dalam menanggulangnya.
4	Menonjolnya masalah: Segera diatasi (2) Tidak segera diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	1	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Masalah tidak harus segera diatasi karena tidak menimbulkan masalah serius lain.
				Total 4 1/2	

Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. J khususnya Nn. S b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat Masalah Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah aktual dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak terjadi masalah lebih lanjut.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah memiliki hambatan oleh keluarga.
3	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat dan sudah lama terjadi di keluarga sehingga keluarga berkeinginan untuk memodifikasinya.
4	Menonjolnya masalah: Segera diatasi (2) Tidak segera diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah harus segera ditangani karena jika tidak akan menimbulkan masalah lain.
				Total 3 2/3	

Defisit nutrisi b/d faktor psikologis.

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat Masalah Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1$ $= \frac{2}{3}$	Masalah beresiko tinggi dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak menimbulkan masalah lebih lanjut.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	1	2	$\frac{1}{2} \times 2$ $= 1$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah memiliki hambatan oleh keluarga.
3	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1$ $= \frac{2}{3}$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat karena keluarga sudah mengetahui namun terkendala dengan dana.
4	Menonjolnya masalah: Segera diatasi (2) Tidak segera diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	1	1	$\frac{1}{2} \times 1$ $= \frac{1}{2}$	Masalah tidak segera ditangani karena menurut keluarga jika tidak menimbulkan masalah lain.
				Total $\frac{2}{3} + 1 + \frac{2}{3} + \frac{1}{2}$	

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga Tn. J terutama pada Nn. S b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat Masalah Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah aktual dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak terjadi masalah lebih lanjut.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah dapat dijangkau oleh keluarga.
3	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat dan berpotensi untuk dicegah ke arah yang tidak diinginkan selama keluarga dan petugas dapat bekerja sama dalam menanggulangnya.
4	Menonjolnya masalah: Segera diatasi (2) Tidak segera diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah harus segera ditangani karena jika tidak akan menimbulkan masalah lain.
				Total 5	

Tabel 4.7 PRIORITAS MASALAH

No	Klien 1		No	Klien 2	
	Diagnosa Keperawatan	Skor		Diagnosa Keperawatan	Skor
1	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.	$4\frac{2}{3}$	1	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga Tn. J terutama pada Nn. S b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.	5
2	Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Ny. T khususnya Tn. R b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.	$4\frac{1}{2}$	2	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB Paru b/d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru.	4
-	-	-	3	Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. J khususnya Nn. S b/d Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.	$3\frac{2}{3}$
-	-	-	4	Defisit nutrisi b/d faktor psikologis.	$2\frac{5}{6}$

Bagaimana Mencegahnya ?

Bagi penderita TB:

- Ø Berobat secara teratur dan tuntas
- Ø Bila Anda batuk, tutuplah mulut Anda agar keluarga dan orang disekitar tidak tertular
- Ø Jangan meludah dan buang dahak disembarang tempat
- Ø Gunakan kaleng berisi air sabun/lisol tertutup untuk menampung dahak Anda (Kuman TB Mudah Mati)



Bagi yang sehat tetap mempertahankan perilaku hidup sehat, seperti :

- Ø Jangan merokok
- Ø Makan makanan yang bergizi (BUKAN YANG MAHAL)
- Ø Istirahat cukup
- Ø Jangan tidur terlalu larut
- Ø Jemur kasur atau tikar (2X Seminggu)
- Ø Buka jendela rumah untuk mendapat udara yang cukup dan cahaya matahari.



SITUASI TB

Di Indonesia

- NO. 5 **Terbanyak** di DUNIA
- NO. 3 **Penyebab** kematian pada manusia
- NO. 1 **Penyakit infeksi** yang menyebabkan kematian pada manusia
- **Satu penderita BTA** positif dalam satu tahun akan menulari 10-15 orang terdekat.

Di Jawa Barat

- **Tiap 15 menit** 1 orang penderita TB
- **Setiap minggu** 4 orang meninggal
- Provinsi **peringkat 1** untuk penderita TB terbanyak.

Efek Samping Ringan Minum Obat TB

- ☞ Warna air kencing menjadi merah seperti air teh
- ☞ Terasa mual-mual
- ☞ Tidak ada nafsu makan
- ☞ Sakit perut
- ☞ Sakit kepala
- ☞ Sendi-sendi terasa ngilu dan sakit
- ☞ kesemutan di daerah kaki

↑

JANGAN TAKUT, ITU GEJALA SEMENTARA. JIKA KEADAAN BERTAMBAH BERAT/PARAH HUBUNGI PETUGAS KESEHATAN DI PUSKESMAS/RUMAH SAKIT TERDEKAT

Kerugian Bila Minum Obat TB Tidak Tuntas

- v **TB KAMBUH**
- v Sulit disembuhkan (MDR - Multi Drugs Resistant)
- v Minum **OBAT DIULANG & di SUNTIK 2 Bulan**
- v Penderita **MENULARKAN** kuman TB yang kebal
- v TB **MENYEBARKAN** ke bagian tubuh lain
- v Butuh waktu lama & **BOSAN**

INGAT BEROBAT HARUS Sampai TUNTAS



STOP TUBERKULOSIS

Sekarang Juga!!!!!!



- INGAT 4M :**
1. **MENGETAHUI**
 2. **MENCEGAH**
 3. **MENGOBATI**
 4. **MEMBERANTAS**



Apa Itu TB ?

- TB (Tuberkulosis) atau yang dikenal dengan TBC adalah suatu penyakit infeksi **Menular** yang sangat berbahaya yang disebabkan kuman **Mycobacterium Tuberculosis**
- TB **bukan** penyakit keturunan, bukan penyakit kutukan, dan bukan penyakit memalukan.

Bagaimana Kuman TB Menular ?

Kuman TB masuk ke dalam tubuh kita melalui saluran nafas. Kuman TB dapat menyerang semua bagian tubuh seperti tulang, usus, kelenjar, kulit dan paling berbahaya bila menyerang bagian otak. Paling sering terkena adalah bagian **Paru-Paru** dengan cara :

- Penderita TB yang belum berobat, apabila batuk/bersin akan menyebabkan kuman TB menyebar ke udara dan terhirup oleh orang sekitarnya (±2 meter)
- Penderita TB yang membuang dahak di sembarang tempat, kuman TB akan mengering dan terbang terbawa udara dan terhirup orang disekitarnya

Siapa yang bisa tertular?
Kita dan Semua Orang

TB BERBAHAYA DAN BISA MENYEBABKAN KEMATIAN JIKA TIDAK DIOBATI

Kenali Gejalanya !

Bila Anda



↳ Batuk berdahak terus menerus selama 2 minggu atau lebih (Bukan Batuk Biasa : 3B)

Disertai dengan



Bagaimana Mengetahui Ada TB?

- 1. Periksa dahak**
Mengapa harus periksa dahak?
 - Memastikan TB atau bukan
 - Kuman TB terlihat dalam dahak melalui mikroskop
 - Jika terdapat kuman TB maka **segera diobati**
 - Memantau keberhasilan minum obat (Bulan ke-2, ke-5, ke-6/8)
- 2. Pemeriksaan tambahan**
 - RONTGEN/foto dada
 - Laboratorium (darah) & tes tuberkulin

Ini dilakukan apabila hasil dahak negatif dan masih ada gejala

SEGERA PERIKSAKAN DIRI ANDA KE PUSKESMAS ATAU RUMAH SAKIT TERDEKAT JIKA MENGALAMI GEJALA DI ATAS

Hubungan HIV-AIDS dengan TB ?

- Bila terinfeksi HIV, sistem kekebalan tubuh menurun sehingga mudah terinfeksi TB.
- Infeksi TB lebih mudah berkembang menjadi penyakit pada orang yang HIV positif.
- Penyakit TB pada orang yang HIV positif dapat memperburuk kondisi kesehatannya.
- TB adalah penyebab kematian tertinggi pada orang dengan HIV dan AIDS.

Hubungan ROKOK dan TB ?

- ★ Faktanya, tembakau penyebab kematian Nomor 5 terbesar di dunia. Satu diantara 10 kematian orang dewasa seluruh dunia disebabkan kebiasaan merokok (5 juta kematian setiap tahun). Bila pola ini terus berlanjut, tahun 2020 diperkirakan akan ada 10 juta kematian.
- ★ Tembakau merupakan faktor risiko keempat timbulnya semua jenis penyakit di dunia. Pemakaian tembakau merupakan penyebab utama kematian pada penyakit berat seperti penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), kanker paru, aneurisma aorta, penyakit jantung koroner, kanker kandung kemih, kanker saluran pernapasan bagian atas, dan kanker pancreas.
- ★ Kebiasaan merokok meningkatkan mortalitas akibat TBC sebesar 2,8 Kali. Kaitan ini dijelaskan bahwa dengan racun yang dibawanya, rokok merusak mekanisme pertahanan paru-paru, bulu getar dan alat lain dalam paru-paru yang berfungsi menahan infeksi rusak akibat asap rokok.
- ★ Asap rokok meningkatkan tahanan pelan nafas (airway resistance). Akibatnya pembuluh darah di paru mudah bocor. Juga merusak sel pemakan bakteri pengganggu dan menurunkan respon terhadap antigen, sehingga bila benda asing masuk ke dalam paru-paru, tidak ada pendeteksinya.

TB DAN HIV BUKAN PENYAKIT KETURUNAN DAN BUKAN PENYAKIT KUTUKAN

Dokumentasi

Kunjungan Keluarga dengan Tuberkulosis Paru

Klien 1 Keluarga Tn. R/ Perum Pinang Mas Blok E No.4 Rt. 06



Dokumentasi

Kunjungan Keluarga dengan Tuberkulosis Paru

Klien 2 Keluarga Nn. S/ Jl. Rapak Banuang 2

