



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. H DAN Tn. Y YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI TB PARU DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Faizah Hartinah
NIM 152303101136**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. H DAN Tn. Y YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI TB PARU DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Faizah Hartinah
NIM 152303101136**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. H DAN Tn. Y YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI TB PARU DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan guna melengkapi tugasakhir dan memenuhi salah satu syarat
Untuk menyelesaikan Program Stud iIlmu Keperawatan (D3)
Dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

Faizah Hartinah
NIM 152303101136

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

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Baihaqi dan Buyani) yang selalu memberikan semangat, dukungan, doa dan motivasi serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kedua kakakku (A. Irham H dan M. Gufron A) yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk bias terselesainya tugas akhir ini. Kedua kaka iparku Rifka Putri R Dan Chusnul Chotimah yang selalu memberikan dukungan.
3. Kepada Rosi Febriyan yang selalu memberi dukungan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Semua teman-temanku Wulandari Arinda Putri yang membantu dalam kesulitan mengerjakan tugas akhir ini. Aris Aprilianti yang selalu bersama saya suka ataupun duka. Wardatul Ummah, Iren Yuniar I, Octoria Trivinna A, Aris Firdausiyah, Anizah Maharani R, Anik Maria U, Deryl W.
5. Almamater dan Civitas Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

MOTTO

“ALLAH TIDAK AKAN MENGUJI HAMBANYA DILUAR BATAS
KEMAMPUAN HAMBANYA”

“BEKERJA KERAS DAN BERSIKAP BAIKLAH MAKA HAL LUAR BIASA
AKAN TERJADI”

“Tak selamanya kesulitan akan terus menjadi sebuah kesulitan tiada henti. Itulah isi dari motto hidup Islami yang terkandung dalam al Quran. Allah telah berfirman dalam surat Asy Syarh ayat 5-6”

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (5) إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (6)

"Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan"

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Faizah Hartinah

NIM : 152303101136

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. H dan Tn. Y yang Anggota Keluarganya Mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Tahun 2018” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 20 Agustus 2018

Yang menyatakan,



Faizah Hartinah
NIM 152303101136

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. H DAN Tn. Y YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI TB PARU DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

Faizah Hartinah
NIM 152303101136

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM

PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. H dan Tn. Y yang Anggota Keluarganya Mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

Hari : Senin
Tanggal : 20 Agustus 2018
Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

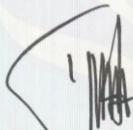
Tim Penguji:

Ketua,



Achlish Abdullah, S.ST, M.Kes
NIP 19720323 200003 1 003

Anggota I,



Eko Prasetya W., S. Kep., Ners., M. Kep
NRP 76017255

Anggota II,



Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP 19630302 198603 1 023

Mengesahkan,
Koordinator Prodi

D3 Keperawatan Universitas Jember



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

RINGKASAN

“Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. H dan Tn. Y yang Anggota Keluarganya Mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018”. Faizah Hartinah, 152303101136; 2018; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan bawah dan menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* (Rida Dwi Lestari, 2014). Gejala utama adalah batuk selama 2 minggu atau lebih, disertai dengan gejala tambahan yaitu dahak, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam lebih 1 bulan. Proporsi penduduk dengan gejala TB paru batuk lebih dari 2 minggu sebesar 3,9 persen dari batu darah 2,8 persen. Berdasarkan karakteristik penduduk, prevalensi TB paru cenderung meningkat dengan bertambahnya umur, padapendidikan rendah, tidak bekerja. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.

Ketidakefektifan pola nafas adalah inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberi ventilasi yang adekuat (Wilkinson, 2007). Sesak nafas pada tuberkulosis paru akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas. Penyebab utama meningkatnya beban masalah TB antara lain adalah kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat, seperti pada negara negara yang sedang berkembang. Kegagalan program TB selama ini.

Metode penulisan tugas akhir ini adalah studi kasus metode observasi, wawancara, dan studi dokumentasi Ketiga metode tersebut saling melengkapi untuk menggali serta meneliti tentang asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga TB dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua klien ketidakefektifan pola nafas didapatkan 2 batasan karakteristik, sesak nafas dan nafas pendek. Implementasi keperawatan yang dilakukan, melakukan kunjungan rumah, memberikan penyuluhan tentang pengertian TB, tanda gejala, mengajarkan tehnik nafas dalam, mengajarkan tehnik batuk efektif, mengajarkan tentang merawat dan membersihkan rumah. Pada kriteria hasil keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Peran perawat dalam usaha pencegahan penularan penyakit TBC dapat dilakukan dengan cara memutus rantai penularan yaitu mengobati penderita TBC sampai benar benar sembuh serta melaksanakan pola hidup bersih dan sehat.

Perawat diharapkan mampu memberikan proses asuhan keperawatan pada keluarga TB yang mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas. Hal ini dikarenakan ketidakefektifan pola nafas jika tidak segera ditangani maka akan bertambah berat proses bernafas, dan bahkan akan mengancam jiwa.



SUMMARY

“A Nursing Care on Family Member of Tuberculosis Patient Mr. H and Mr. Y with Nursing Problem of Ineffective of Breathing Pattern in Working Space of Puskesmas Rogotrunan 2018.” Faizah Hartinah, 152303101136; 2018; Diploma Program of Nursing; Faculty of Nursing; University of Jember.

Tuberculosis is an infectious disease which attacks to the lower breathing track that is caused by the germ of Mycobacterium Tuberculosis (Rida Dwi Lestari, 2014). The main symptom of tuberculosis is the patient would suffer cough during two weeks or more, and several other symptoms like sputum, sputum and blood, asphyxia, limp body, decrease on appetite, decrease on body weight, malaise, and over-night perspiration without having any physical activities, fever in more than a month. The proportion of the client who suffer the pulmonary tuberculosis disease, coughing in more than two weeks approximately 3,9% and blood coughing around 2,8%. According to the characteristics of patient, the prevalence of pulmonary tuberculosis tends to increase by the growing age, low education, and unemployed condition. Mostly, the germ of tuberculosis attacks the lung, but it might also attacks to the other organ of body. The main source of this disease infection is from the patient of tuberculosis who has been diagnosed as having positive BTA. By the time this patient is coughing or sneezing, the patient would automatically spread the tuberculosis germ in the air in the form of droplet nuclei that might be inhaled by other people. Moreover, at least one coughing is able to produce around three thousand sputtering of sputum.

The ineffective of breathing pattern affects on inspiration and expiration that does not provide the adequate ventilation (Wilkinson, 2007). Asphyxia on the pulmonary tuberculosis would be found in advanced disease, where the infiltration is already on the half of lung. The researcher identifies that the improvement on this disease problem is poverty in some level of social group, as it is happened in some developing countries.

This research exerts the method of case-study by having observation, interview, and documentation study. Those three methods aim to complete, to examine, and to investigate the nursing care on the family member of tuberculosis patient the nursing problem of respiratory pattern ineffectiveness.

According to the research finding and discussion, it is found that from both patients the problem of ineffectiveness of respiratory tract are showing two characteristic boundaries like asphyxia and short breathing. In this case, the nursing intervention could be conducted by home visit, counseling of information related to the disease of tuberculosis, symptoms, treatment, and the importance of home cleanness. On the criteria result, the family is able to treat and take care of the patient of tuberculosis.

To prevent the infection of pulmonary tuberculosis disease, the nurse should cut the infectious chain by taking care of the tuberculosis patient to the whole body recovery and implementing clean and healthy lifestyle. The nurse is hopefully able to provide the process of nursing care to the family of tuberculosis patient who are under the problem of respiratory pattern ineffectiveness. Since, if this respiratory ineffectiveness is not quickly treated, it would cause to the harder respiratory ineffectiveness and in worst probability, it might also cause to death.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. H dan Tn. Y yang Anggota Keluarganya Mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rector Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep.,Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
5. Bapak Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes dan Eko Prasetya W., S. Kep., Ners., M. Kep selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Ayah, Ibu, kedua kakak, teman-teman seangkatan Mahasiswa D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan semua pihak yang telah mendukung dan memberikan bantuan

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 20 Agustus 2018
Penulis

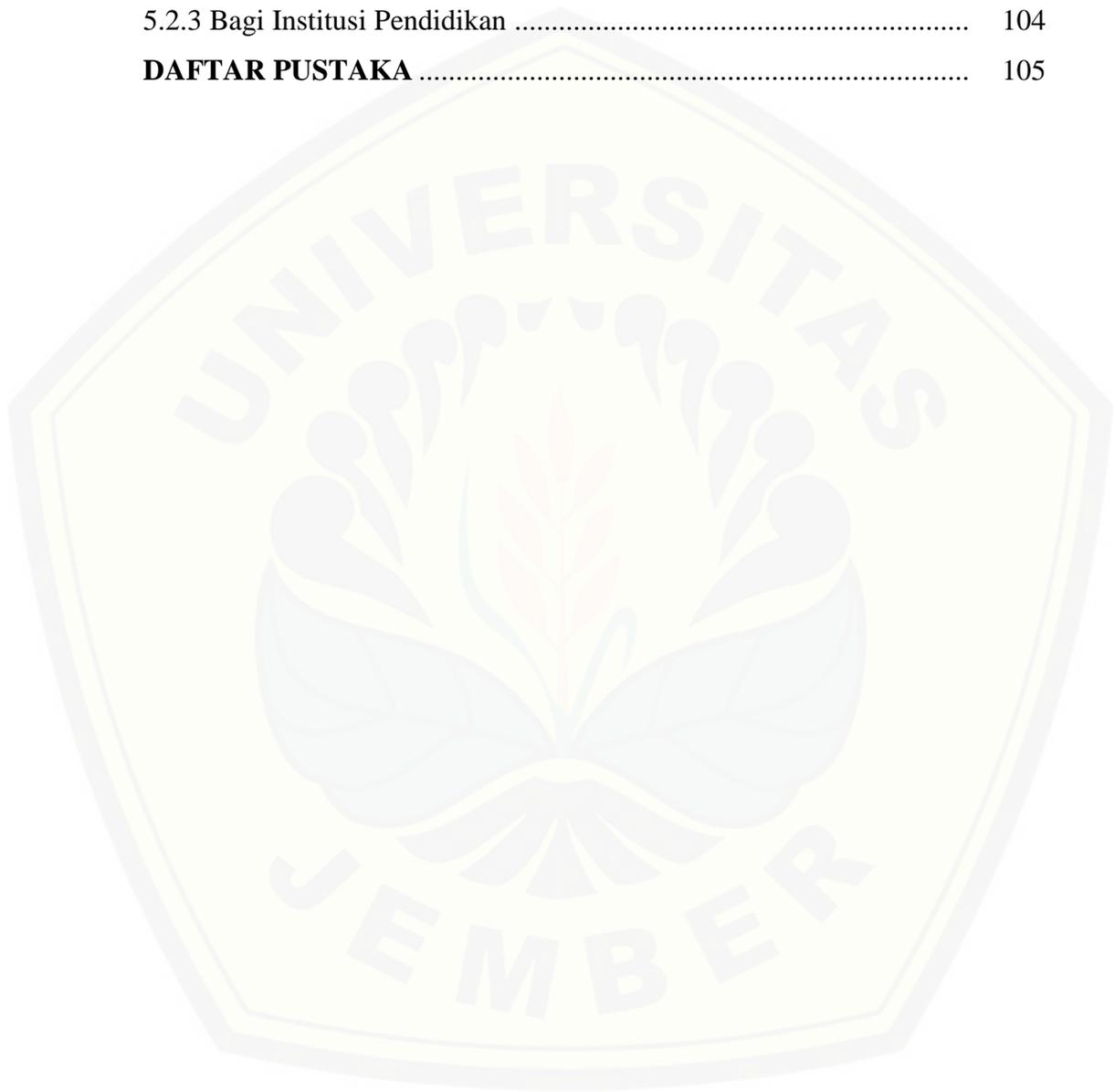
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PEMBIMBINGAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
MOTTO	v
LEMBAR PERNYATAAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
PRAKATA	xiii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB 2 LANDASAN TEORI	7
2.1 Konsep Teori TB.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Jenis Tuberkulosis Paru.....	7
2.1.3 Etiologi	9
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Manifestasiklinis TB Paru	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.7 Program Pengobatan.....	15
2.1.8 Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dan Efek Sampingnya	18
2.1.9 Pencegahan TBC	21
2.1.10 Diagnosis	21

2.1.11 Medikasi	22
2.1.12 Komplikasi TBC.....	22
2.2. Konsep Keluarga	23
2.2.1 Pengertian Keluarga	23
2.2.2 Tipe Keluarga	23
2.2.3 Struktur Keluarga	26
2.2.4 Tahap Perkembangan	27
2.2.5 Fungsi Keluarga	29
2.2.6 Karakteristik Keluarga	31
2.2.7 Keperawatan Kesehatan Keluarga.....	32
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	32
2.3.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga	32
2.3.2 Pengkajian Keperawatan Keluarga dengan TB.....	32
2.3.3 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	36
2.3.4 Struktur Keluarga	38
2.3.5 Fungsi Keluarga	39
2.3.6 Fungsi Reproduksi.....	40
2.3.7 Fungsi Ekonomi	40
2.3.8 Stress dan Koping Keluarga.....	40
2.3.9 Kemampuan Keluarga Merespon Stressor	41
2.3.10 Strategi Koping yang digunakan	41
2.3.11 Strategi Koping Disfungsional	41
2.3.12 Keadaan gizi keluarga	41
2.3.13 Harapan Keluarga.....	42
2.4 Pemeriksaan Fisik.....	42
2.5 Diagnosa Keperawatan pada pasien TB	42
2.5.1 Pola Napas, Ketidakefektifan	42
2.5.2 Kerusakan pertukaran gas	42
2.5.3 Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.....	42
2.5.4 Resiko tinggi infeksi.....	43
2.5.5 Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai kondisi	43

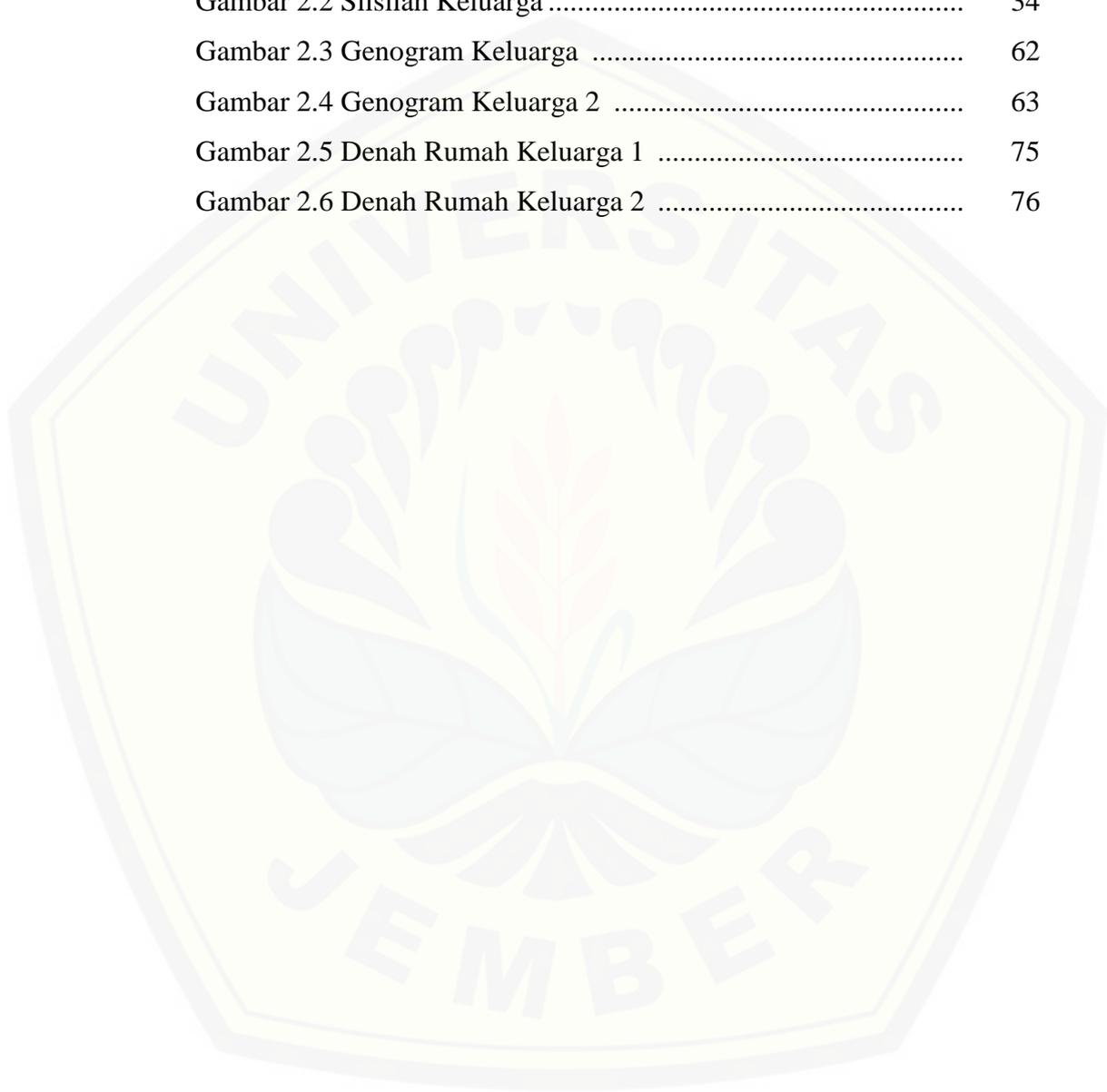
2.6 Perumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga	43
2.6.1 Aktual (terjadi deficit atau gangguan kesehatan)	44
2.6.2 Risiko (ancaman kesehatan)	44
2.6.3 Potensial (keadaan sejahtera atau wellness)	44
2.7 Intervensi keperawatan	47
2.7.1 Batasan Karakteristik	47
2.7.2 Intervensi Keperawatan	48
2.9 Implementasi	50
2.10 Evaluasi	50
BAB 3 METODOLOGI PENULISAN	52
3.1 Desain Penelitian	52
3.2 Batasan Istilah	52
3.3 Partisipan	54
3.4 Lokasi dan Waktu	54
3.5 Uji Keabsahan Data	55
3.6 Analisis Data	56
3.7 Etika Penulisan	57
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	59
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	59
4.2 Hasil dan Pembahasan	60
4.2.1 Pengkajian	60
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	92
4.4 Intervensi Keperawatan	96
4.5 Implementasi Keperawatan	98
4.6 Evaluasi	98
BAB 5 PENUTUP	103
5.1 Kesimpulan	103
5.1.1 Pengkajian	103
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	103
5.1.3 Intervensi Keperawatan	103
5.1.4 Implementasi Keperawatan	104

5.1.5 Evaluasi Keperawatan	104
5.2 Saran	104
5.2.1 Bagi Puskesmas	104
5.2.2 Bagi Klien dan Keluarga	104
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan	104
DAFTAR PUSTAKA	105



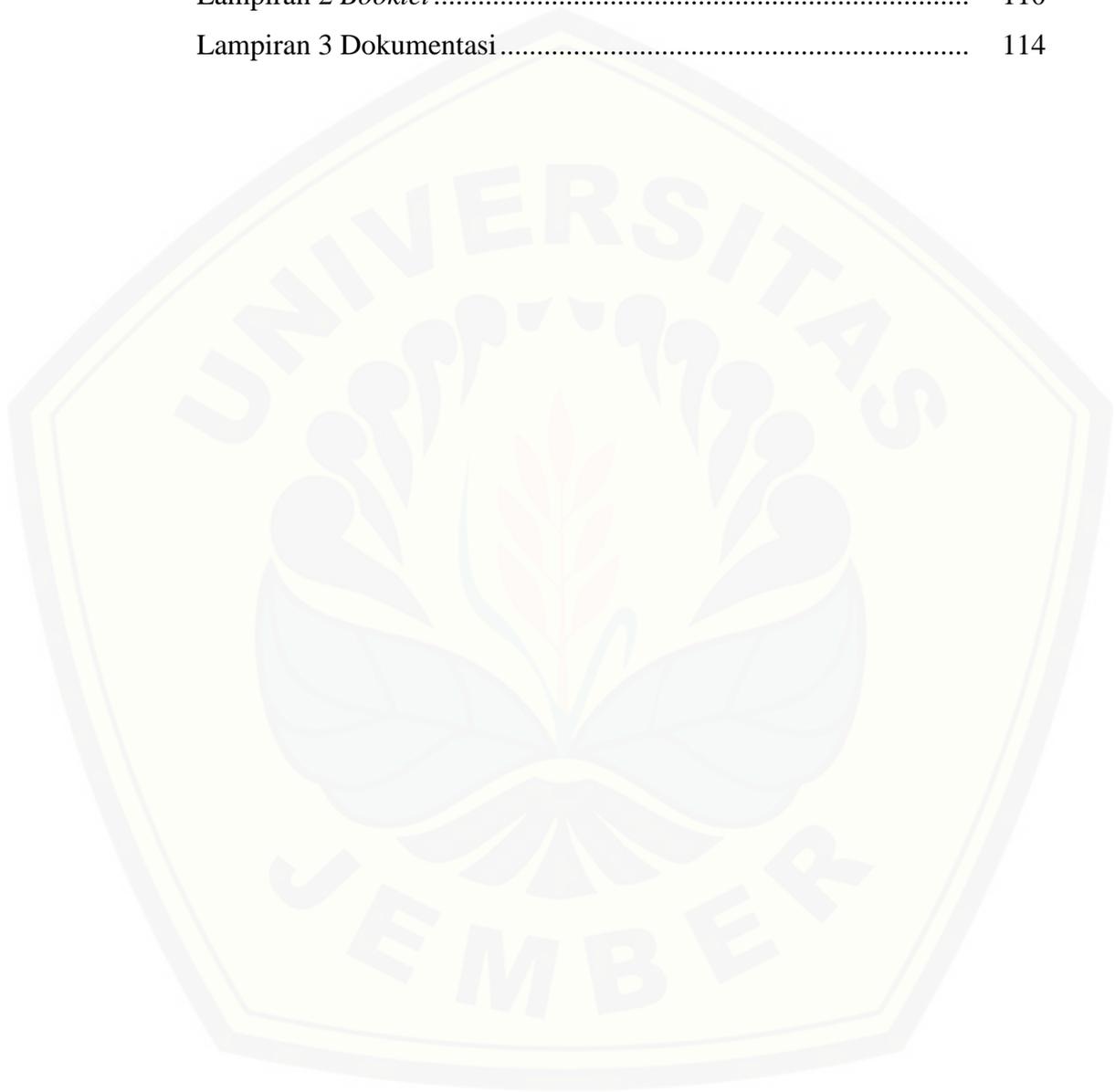
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	12
Gambar 2.2 Silsilah Keluarga	34
Gambar 2.3 Genogram Keluarga	62
Gambar 2.4 Genogram Keluarga 2	63
Gambar 2.5 Denah Rumah Keluarga 1	75
Gambar 2.6 Denah Rumah Keluarga 2	76



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul	108
Lampiran 2 <i>Booklet</i>	110
Lampiran 3 Dokumentasi	114



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan bawah dan menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* (Rida Dwi Lestari, 2014). Gejala utama adalah batuk selama 2 minggu atau lebih, disertai dengan gejala tambahan yaitu dahak, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam lebih 1 bulan. Proporsi penduduk dengan gejala TB paru batuk lebih dari 2 minggu sebesar 3,9 persen dari batu darah 2,8 persen. Berdasarkan karakteristik penduduk, prevalensi TB paru cenderung meningkat dengan bertambahnya umur, pada pendidikan rendah, tidak bekerja. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. (Aditama, 2011)

Indonesia menempati posisi kedua dengan beban Tuberculosis (TB) tertinggi di dunia sesuai data WHO Global Tuberculosis Report 2016. TB di Indonesia ini juga merupakan penyebab nomor empat kematian setelah penyakit kardiovaskular (Kesmas 2016) (Rezeki, 2016). Tuberkulosis merupakan penyebab kematian nomor dua setelah penyakit jantung pembuluh darah. WHO dalam anual report on global TB control 2003 menyatakan terdapat 22 negara dikategorikan sebagai high burden countries terhadap TB termasuk indonesia. Kondisi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor risiko sumber penularan penyakit TBC. Sumber penularan penyakit ini erat kaitannya dengan kondisi sanitasi perumahan yang meliputi penyediaan air bersih dan pengolahan limbah (Erwin Ulinnuha Fahreza, 2012).

Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberkulosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien TB

baru dan 3 juta kematian akibat TB diseluruh dunia. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang. Demikian juga, kematian wanita akibat TB lebih banyak dari pada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas (WHO, 2009). Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 5,8% dari total jumlah pasien TB di dunia. Diperkirakan, setiap tahun ada 429.730 kasus baru dan kematian 62.246 orang. Insidensi kasus TB BTA positif sekitar 102 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2009, prevalensi HIV pada kelompok TB di Indonesia sekitar 2,8%. Kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB *MDR (multidrug resistance)* diantara kasus TB baru sebesar 2%, sementara *MDR* diantara kasus penobatan ulang sebesar 20%. (WHO, 2009). Provinsi Jawa Timur menduduki peringkat terbanyak kedua jumlah kasus penyakit tuberkulosis di Indonesia. Dalam penelitian ini dilakukan pemodelan faktor-faktor yang mempengaruhi jumlah kasus penyakit tuberkulosis di Jawa Timur dengan pendekatan *Generalized Poisson Regression (GPR)* dan *Geographically Weighted Poisson Regressions (GWPR)* (Rida Dwi Lestari, 2014).

TB paru masih menjadi masalah kesehatan global utama, pada tahun 2012, diperkirakan 8,6 juta orang terjangkit TB paru dan 1,3 juta orang yang meninggal karenanya, termasuk 320.000 kematian diantaranya pada penderita HIV positif. Angka kematian karena TB paru tidak dapat diterima, mengingat sebagian besar dapat dicegah. Hampir 20 tahun setelah WHO mendeklarasikan TB paru sebagai *global public health emergency*, kemajuan pesat telah dibuat terhadap penetapan target global 2015, dalam konteks *Millennium Development Goals (MDGs)* atau tujuan pembangunan millennium (Depkes RI, 2015) (hesty, 2016). Pada tahun 2016-2017 jumlah pasien yang menderita TB sebanyak 127 orang di wilayah Rogotrungan Lumajang (Puskesmas Rogotrungan).

Ketidakefektifan pola nafas adalah inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberi ventilasi yang adekuat (Wilkinson, 2007). Sesak nafas pada tuberkulosis paru akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas. Penyebab utama meningkatnya beban masalah TB antara lain adalah

Kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat, seperti pada negara negara yang sedang berkembang. Kegagalan program TB selama ini.

Jika anggota keluarga terkena TB paru salah satu faktor penyebab adalah minimnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit TB. Kemiskinan akan mengurangi kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi, pemukiman yang tidak layak (kotor dan kumuh). Bakteri *M.tuberculosis* masuk keparu melalui udara, imun tubuh lemah dan tidak adekuat menjadi lebih parah, reaksi infeksi dan inflamasi merusak parenkim paru sehingga terjadi perubahan di alveoli dan terjadi sianosis penggunaan otot bantu nafas dan terjadi ketidakefektifan pola nafas.

Pada ketidakefektifan pola nafas dapat dilakukan intervensi keperawatan mengajarkan tehnik nafas dalam untuk memperbaiki pola pernafasan, mengajarkan tehnik batuk efektif, mendiskusikan cara memodifikasi lingkungan yaitu menjemur kasur dan bantal agar kuman TB mati. Membuka jendela rumah secara rutin untuk membantu memberikan sirkulasi udara pada ruangan, sehingga udara lama mengandung kuman TB yang berada di dalam ruangan bisa ditukar dengan udara baru yang segar dan juga menyehatkan.

Keluarga bahkan terlambat menyadari bahwa keluarganya terkena TB paru, sehingga anggota keluarga yang menderita TB dengan ketidakefektifan pola nafas tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, akan terjadi sesak nafas dan tidak akan produktif kembali (terjadi perubahan peran).

Peran anggota keluarga dengan anggota keluarga terkena TB paru harus dapat melaksanakan 5 tugas keluarga yaitu mengenal penyakit TB paru yang diderita anggota keluarga (menenal masalah), mengambil keputusan apa yang harus dilakukan oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, merawat anggota keluarga yang sakit dengan merawat dan menjadi pengawas minum obat. Pengobatan TB sendiri bertujuan untuk menyembuhkan penderita mencegah kekambuhan dan mencegah kematian. Padahal putusnya pengobatan akan beresiko bakteri menjadi MDR (*Multi Drug Resisten*), dengan demikian perlu peran anggota keluarga sebagai PMO (pengawas minum obat). Memodifikasi lingkungan dengan cara membuat lingkungan rumah yang bersih, cukup cahaya

atau sinar matahari yang cukup di dalam rumah, hal ini dapat membunuh kuman TB dalam rumah. Tugas keluarga berikutnya yaitu memanfaatkan fasilitas kesehatan, memberi dorongan pada penderita TB agar lebih patuh dalam pengobatan dan memeriksa ke pelayanan kesehatan sampai sembuh tuntas (Endang, 2015).

TB paru merupakan infeksi paru kronis dengan tanda gejala sesak nafas, batuk, keringat dingin, serta anemia. Keluhan sesak yang muncul merupakan proses penyakit TBC yang meningkatkan produksi lendir dan dapat menyebabkan penyempitan saluran nafas, serta merusak jaringan paru. Bakteri *M.tuberculosis* masuk keparu melalui udara, imun tubuh lemah dan tidak adekuat menjadi lebih parah, reaksi infeksi dan inflamasi merusak parenkim paru sehingga terjadi perubahan di alveoli dan terjadi sianosis penggunaan otot bantu nafas dan terjadi ketidakefektifan pola nafas (Salfin, 2016)

Selain tujuan keluarga diatas terdapat upaya lain bila kondisi sesak yang dirasakan semakin meningkat dan mengganggu, sebaiknya keluarga membawa anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan pemeriksaan dan penanganan yang diperlukan. Dengan demikian kondisi sesak yang dirasakan dapat ditangani. Yang perlu dilakukan oleh pasien dan keluarga adalah istirahat yang cukup, cukupi kebutuhan gizi dan makanan sehat seoptimal mungkin untuk meningkatkan daya tahan tubuh, hindari tidur larut malam, hindari stres dan kelelahan fisik.

Peran perawat dalam usaha pencegahan penularan penyakit TBC dapat dilakukan dengan cara memutus rantai penularan yaitu mengobati penderita TBC sampai benar benar sembuh serta melaksanakan pola hidup bersih dan sehat. Pada anak balita pencegahan diberikan dengan memberikan isoniazin selam 6 bulan. Bila belum mendapatkan vaksin BCG, maka diberikan vaksinasi BCG setelah pemberian isoniazid selesai (Laban, 2008)

Dalam pelayanan keperawatan, perawat mempunyai peranan sebagai tenaga professional yaitu bertindak memberikan asuhan keperawatan, penyuluhan kesehatan kepada penderita dan keluarga, memberikan informasi tentang

pengertian, tanda dan gejala, serta mencegah secara mandiri maupun secara kolaboratif dengan berbagai pihak (Sundaru, 2008).

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang.

1.2 Rumusan Masalah Penulisan

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas dapat merumuskan “Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang?

1.3 Tujuan Penulisan

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Peneliti

Memberikan pengalaman pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dan menambah wawasan mengenai Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai dasar dalam mengembangkan penelitian selanjutnya tentang faktor-faktor penularan TB paru.

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Mengembangkan ilmu dan keterampilan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang.

1.4.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat memberikan penanganan yang tepat pada pasien TB Paru dan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, menumbuhkan sikap profesionalisme pada perawat serta memberikan gambaran tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Bagi Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga dapat memahami masalah TB Paru, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang menderita TB Paru, memodifikasi lingkungan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan sehingga klien dan keluarga dapat mengurangi masalah keperawatan yang dihadapi klien dan meningkatkan kesehatan bagi klien.

BAB 2. LANDASAN TEORI

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi menurut Rab, 2010 dalam (Yasmara, 2016)

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *M. Tuberculosis*, suatu bakteri aerob tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara inhalasi partikel kecil (diameter 1-5mm) yang mencapai alveolus, dropler tersebut keluar saat berbicara, batuk, tertawa, bersin, atau menyanyi (Black & Hwaks, 2014 dalam (Yasmara, 2016)).

2.1.2 Jenis Tuberkulosis Paru:

a. Tuberkulosis Ekstrapulmonal

Ketika penyakit primer atau reaktivitas memungkinkan basili hidup untuk masuk ke bronki, penyakit dapat menyebar melalui darah dan sistem limfe ke organ lain. Penyakit ini bermetastasis jauh dapat menghasilkan lesi aktif, atau mereka dapat menjadi dorman dan reaktivasi pada waktu lain. TB ekstrapulmonal terutama prevalen pada orang penderita penyakit HIV (Lemone, 2015)

b. Tuberkulosis Milier

Hasi dari penyebaran hematogenus (melalui darah) hasil seluruh tubuh. Tuberkulosis milier menyebabkan menggigil dan demam, kelemahan, malaise, dan dispnea progresif. Lesi multipel datar terdistribusi ke seluruh paru ditemukan pada sinar-X dada. Sputum jarang mengandung organisme. Sumsum tulang biasanya terkena, menyebabkan anemia, trombositopenia. Tanpa terapi yang tepat, prognosis buruk (Lemone, 2015)

c. Tuberkulosis Genitourinari

Ginjal dan saluran genitourinari adalah tempat ekstrapulmonal yang terjadi untuk TB. Organisme menyebar ke ginjal melalui darah, melalui proses inflamasi yang serupa dengan yang terjadi diparu. Reaktivitas dapat terjadi beberapa tahun setelah infeksi awal. Karena lesi kemudian membesar dan mengalami degenerasi jaringan mati, bagian besar parenkim paru rusak. Infeksi kemudian dapat menyebar ke saluran kemih, termasuk ureter dan kandung kemih. Jaringan parut dan striktur biasanya terjadi. Pada pria, prostat, vesika seminal, dan epididimis dapat terlibat. Pada wanita, TB dapat mengenai tuba falopi dan ovarium (Lemone, 2015)

d. Meningitis Tuberkulosis

Terjadi ketika TB menyebar ke ruang subarakhnoid. Di Amerika Serikat, komplikasi ini sering menyerang lansia, biasanya dari reaktivasi penyakit laten. Manifestasi terjadi secara bertahap, dengan lesu, iritabilitas, anoreksia dan demam. Sakit kepala dan perubahan perilaku adalah gejala awal yang umum terjadi pada lansia. Seiring dengan perkembangan penyakit, intensitas sakit kepala meningkat, terjadi muntah, dan tingkat kesadaran menurun. Konvulsi dan koma dapat mengikuti. Tanpa terapi yang tepat, efek neurologis dapat menjadi permanen (Lemone, 2015)

e. Tuberkulosis Skeletal

TB tulang dan paling sering terjadi selama masa kanak-kanak, ketika epifisis tulang terbukadan suplai darahnya kaya. Organisme menyebar melalui darah ke vertebra, ujung tulang panjang, dan sendi. Imun dan proses inflamasi mengisolasi basil dan penyakit sering kali menjadi muncul setelah bertahun-tahun atau dekade kemudian (Lemone, 2015).

2.1.3 Etiologi

Penyakit tuberkulosis disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang dan memiliki panjang 1-4 cm dan tebal 0,3-0,6 cm. Kuman ini memiliki sifat tahan terhadap asam karena dilapisi oleh lemak/lipid. Sifat lain dari kuman ini adalah aerob yang menyukai daerah yang banyak mengandung oksigen (Yasmara, 2016).

a. *M. Tuberculosis* termasuk famili *Mycobacteriaceae* yang mempunyai berbagai genus, satu diantaranya adalah *Mycobacterium*, dan salah satu spesiesnya adalah *M. tuberculosis* (Danusantoso, 2012)

b. *M. Tuberculosis* yang paling berbahaya bagi manusia adalah type humanis (kemungkinan infeksi type *bovinus* saat ini dapat diabaikan, setelah higiene peternakan makin ditingkatkan) (Danusantoso, 2012).

c. Basil TB mempunyai dinding sel lipoid sehingga tahan asam. Sifat ini dimanfaatkan oleh Robert Koch untuk mewarnainya secara khusus. Karena itu, kuman ini disebut pila Basil Tahan Asam (BTA) (Danusantoso, 2012).

d. Karena pada umumnya *Mycobacterium* tahan asam, secara teoritis BTA belum tentu identik dengan basil TB. Namun karena dalam keadaan normal penyakit paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium* lain (yaitu *M. atipik*) jarang sekali, dalam prakti, BTA dianggap identik dengan basil TB. Dinegara dengan prevalensi AIDS/ infeksi HIV. Dinegara dengan prevalensi AIDS/ infeksi HIV yang tinggi, penyakit paru yang disebabkan *M. atipik* (=Mycobacteriosis) makin sering ditemukan. Dalam kondisi seperti ini, perlu sekali diwaspadai bahwa BTA belum tentu identik dengan TB. Mungkin saja, BTA yang ditemukan adalah *Mycobacterium atipik* yang menjadi penyebab Mycobacteriosis (Danusantoso, 2012).

e. Kalau bakteri- bakteri lain yang hanya memerlukan beberapa menit sampai 20 menit, untuk mitosis, basi TB memerlukan waktu 12 sampai 24 jam. Hal ini

memungkinkan pemberian obat secara intermiten (2-3 hari sekali) (Danasantoso, 2012).

f. Basil TB sangat rentang terhadap sinar matahari, sehingga dalam beberapa menit saja akan mati. Ternyata kerentangan ini terutama terhadap gelombang cahaya ultra-violet. Basil TB juga rentang terhadap panas- basah, sehingga dalam beberapa 2 menit saja basil TB yang berada dalam lingkungan basah sudah akan mati bila terkena air bersuhu 100° C. Basil TB juga akan mati terbunuh dalam beberapa menit bila terkena alkohol 70% atau lisol 5% (Danasantoso, 2012).

2.1.4 Patofisiologi

Bakteri *mycobacterium tuberculosis* dan *bovis* masuk ke paru melalui udara (*dorplet infection*), jika daya tahan tubuh rendah atau bakteri yang masuk banyak, maka akan terjadi edukasi dan konsolidasi, bakteri akan menyebar histosit mulai mengangkut organisme tersenut ke kelenjar limpe regional melalui saluran getah bening maka akan terbentuk kompleks primer dan mengadakan reaksi edukasi sekitar 6-10 minggu pasca infeksi (Marni, 2014).

Bersamaan dengan terbentuknya kompleks primer terjadi pula hypersensitivitas terhadap tuberkuloprotein yang dapat diketahui melalui uji tuberkulin. Masa terjadinya infeksi sampai terbentuknya kompleks primer disebut masa inkubasi. Pada penderita yang mengalami lesi, akan lebih banyak terkena bagian lapang bawah paru dibanding lapang atas, lesi akan meluas ke seluruh paru baik bronki maupun pleura. Terdapat pembesaran kelenjar regional, penyembuhan mengarah ke klasifikasi dan penyebarannya sering lebih banyak terjadi melalui hematogen (Marni, 2014).

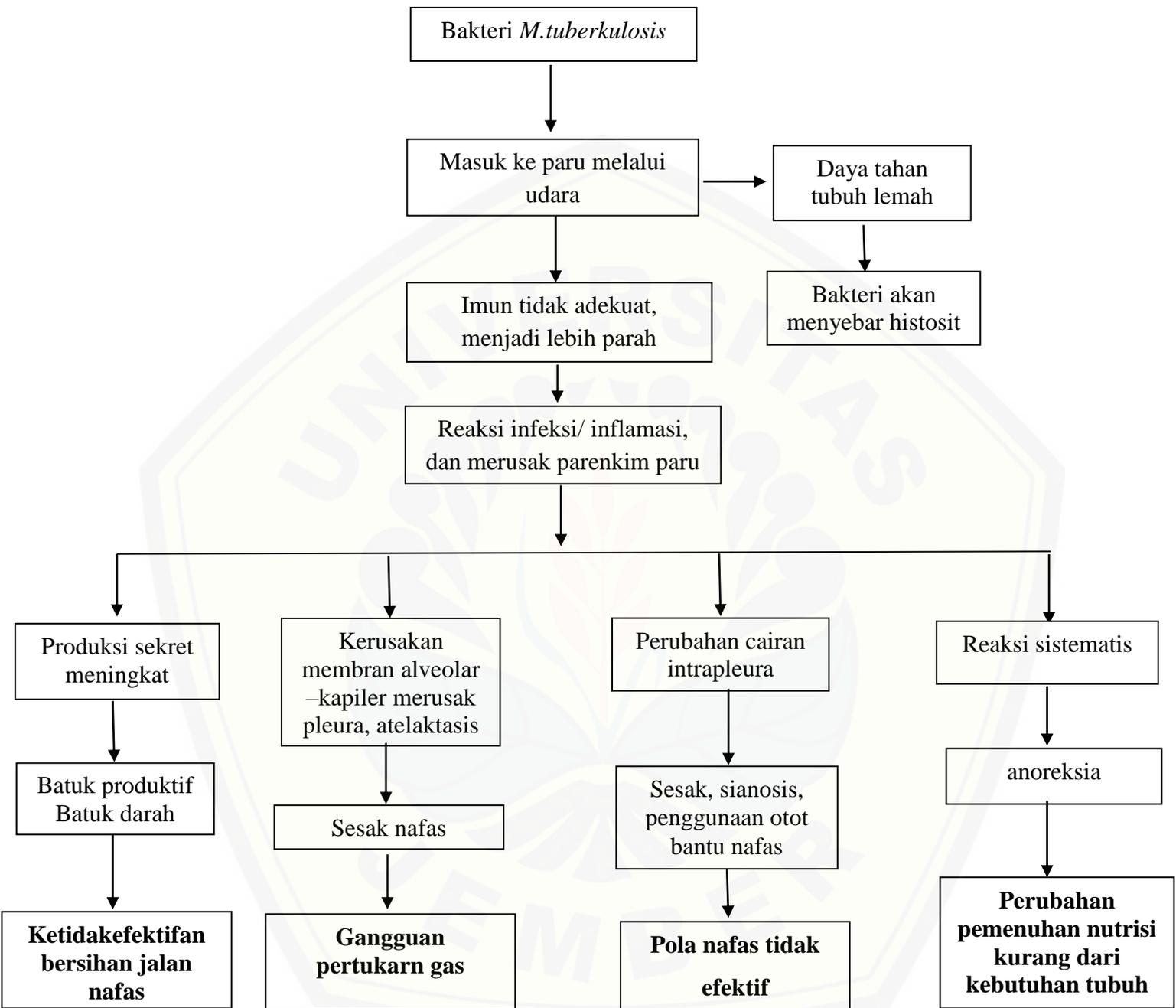
Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *M.tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *M.tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain di paru paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang korteks serebri) dan area lain dari paru paru (lobus). Selanjutnya sistem kekebalan memberikan respons dengan

melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya muncul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri (Somantri, 2008 dalam KTI Yusi Anggi Dilia R).

Interaksi antara *M.tuberculosis* dan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah masa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah menjadi masa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari masa tersebut disebut ghon tubercle. Materi yang terdiri dari atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakannya seperti keju (*necrotizing caseosa*). Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen, kemudian bakteri menjadi nonaktif (Somantri, 2008 dalam KTI Yusi Anggi Dilia R).

Setelah infeksi awal, jika respon imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, *ghon tubercle* mengalami ulserasi sehingga menghasilkan *necrotizing caseosa* di dalam bronchus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respon berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Somantri, 2012 dalam KTI Yusi Anggi Dilia R)

PATHWAY



Gambar 2.1 Patway (Somantri, 2012 dalam KTI Yusi Anggi Dilia R)

2.1.5 Manifestasi klinis TB Paru

Infeksi awal menyebabkan beberapa gejala dan biasana tidak didasari hingga pemeriksaan tuberkulin menjadi positif atau terkalsifikasi terlihat pada sinar-X dada. Manifestasi perkembangan primer atau TB reaktif sering kali terjadi secara tiba-tiba dan awalnya tidak spesifik. Keletihan, penurunan berat badan, anoreksia, demam derajat rendah diwaktu sore, dan keringat malam umum terjadi. Terjadi batuk kering yang kemudian menjadi produktif dengan sputum purulen dan atau sputum berwarna darah. Sering kali pada tahap ini pasien mencari bantuan medis.

Empiema tuberkulosis dan fistula bronkopleura adalah komplikasi TB pulmonal yang paling serius. Ketika lesi TB ruptur, basil dapat mengontaminasi ruang pleura. Ruptur juga dapat memungkinkan udara masuk ke ruang pleura dari paru, menyebabkan pneumotoraks (Lemone, 2015).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang didapatkan adanya anemia, leukositosis, laju endap darah meningkat pada fase akut dan kembali normal pada tahap penyembuhan, ditemukan basil tuberkulosis pada pemeriksaan kultur sputum. Sedangkan pemeriksaan patologi anatomi yang dilakukan pada kelenjar getah bening, hepar, pleura dan kulit ditemukan tuberkel dan basil tahan asam. Pemeriksaan yang umum dilakukan adalah mantoux tes, dimana pada anak yang terinfeksi tuberkulosis paru akan didapatkan hasil reaksi tes positif (diameter > 5mm) hasil tersebut menunjukkan adanya hasil reaksi tes positif.

- a. Pemeriksaan radiologi terdapat kompleks primer dengan atau tanpa perkapuran pembesaran kelenjar paratrakeal, penyebaran milier, penyebaran bronkogen, atelektasis, pleuritis dengan efusi, cairan asites.
- b. Skrining merupakan pemeriksaan tuberkulin digunakan untuk melakukan skrining untuk infeksi TB. Hipersensitivitas selular, atau tertunda, respon terhadap *M.tuberculosis* terjadi dalam 3 hingga 10 minggu setelah infeksi. Menginjeksi

sedikit *turunan protei murni (purified protein derivative, ppd)* tuberkulin setelah aktivasi respons inflamasi lokal yang nyata. Jumlah indurasi sekitar tempat injeksi digunakan untuk menentukan infeksi (Lemone, 2015)

c. Diagnosis TB secara teoretis di dasarkan atas *Anamnesis, pemeriksaan fisik, tes tuberkulin, foto rongten paru*. Pemeriksaan Bakteriologik, dan akhir-akhir ini di tampilkan juga Pemeriksaan Serologik (Danusantoso, 2012).

d. Pemeriksaan PPD Intradermal (mantoux): 0,1 mL PPD (5 unit tuberkulin, atau TU) diinjeksikan secara intradermal aspek dorsal lengan bawah

e. Pemeriksaan pungsi multipel (cabang antler): alat pungsi multipel digunakan untuk memasukkan tuberkulin ke dalam kulit. Pemeriksaan ini kurang akurat dari pada metode pemeriksaan lain. Reaksi vasikuler di anggap positif: semua reaksi lain harus ditegakkan menggunakan pemeriksaan Mantoux (Lemone, 2015).

f. Untuk memastikan bahwa seseorang menderita penyakit TBC atau tidak, dapat dilakukan pemeriksaan sebagai berikut(Laban, 2008):

1) Untuk mengetahui secara pasti seseorang menderita penyakit TBC, dilakukan pemeriksaan pada dahak/ riaknya bukan ludahnya.

2) Pemeriksaan dahak dilakukan sebanyak 3 kali selama 2 hari yang dikenal dengan istilah SPS (Sewaktu, Pagi, Sewaktu)

a) Sewaktu (hari pertama)

Dahak penderita diperiksa di laboratorium sewaktu penderita datang pertama kali

b) Pagi (hari kedua)

Sehabis bangun tidur keesokan harinya, dahak penderita ditampung dalam pot kecil yang diberi petugas laboratorium, di tutup rapat, dan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa

c) Sewaktu (hari kedua)

Dahak penderita dikeluarkan lagi di laboratorium (penderita datang ke laboratorium) untuk diperiksa. Jika hasilnya positif, orang tersebut dapat dipastikan menderita TBC..

2.1.7 Program Pengobatan

Pemberian terapi pada penderita tuberkulosis didasarkan pada karakteristik basil, yaitu basil yang berkembang cepat di tempat yang kaya oksigen, basil yang hidup dalam lingkungan yang kurang oksigen berkembang lambat dan normal hingga beberapa tahun basil yang mengalami mutasi sehingga resisten terhadap obat. INH/isoniazid bekerja sebagai bakterisidal terhadap basil yang tumbuh aktif, diberikan selama 18-24 bulan dengan dosis 10-20 mg/kgbb/ hari melalui oral. Selanjutnya kombinasi antara INH, rifampicin, dan pirazinamid (PZA) diberikan selama 6 bulan. Selama dua bulan pertama obat diberikan setiap hari, selanjutnya obat diberikan dua kali dalam satu minggu (Marni, 2014).

Obat tambahan antara lain streptomycin yang diberikan intramuskular dan ethambutol. Untuk mengurangi peradangan seperti meningitis, bisa diberikan terapi kortikosteroid bersamaan obat antituberkulosis. Apabila dengan obat tidak berhasil, maka perlu dilakukan pembedahan untuk mengangkat jaringan paru yang ruak, tindakan ortopedi untuk memperbaiki kelainan tulang, bronkoskopi, untuk mengangkat polip granulosa tuberkulosis atau untuk reseksi bagian paru yang rusak (Marni, 2014).

a. Tujuan pengobatan TBC (Laban, 2008)

Pengobatan TBC dilakukan dengan beberapa tujuan berikut:

- 1) Menyembuhkan penderita
- 2) Mencegah kematian
- 3) Mencegah kekambuhan

4) Menurunkan resiko penularan

b. Penderita TBC dapat berobat di beberapa tempat antara lain(Laban, 2008)

1) Puskesmas

2) Rumah sakit

3) Rumah Sakit Paru

4) Dokter umum atau dokter spesialis

c. Yang harus diperhatikan dalam mengkonsumsi obat TBC (OAT)

Bagi penderita TBC, ada satu hal penting yang harus diperhatikan dan dilakukan, yaitu keteraturan minum obat TBC sampai dinyatakan sembuh, biasanya berkisar antara 6-8 bulan. Apabila hal ini tidak dilakukan (tidak teratur minum obat), maka akan terjadi:

1) Kuman penyakit TBC kebal sehingga penyakitnya lebih sulit diobati.

2) Kuman berkembang lebih banyak dan menyerang organ lain

3) Membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh

4) Biaya pengobatan semakin mahal

5) Masa produktif yang hilang semakin banyak

6) Membutuhkan PMO (Pendamping Minum Obat)

Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugaskesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien. Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien. Bersedia membantu pasien dengan sukarela. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien

Pada umumnya pengobatan penyakit TBC akan selesai dalam jangka waktu 6 bulan, yaitu 2 bulan pertama setiap hari (tahap intensif) dilanjutkan tiga

kali dalam seminggu selama 4 bulan (tahap lanjut). Pada kasus tertentu, penderita bisa minum obat setiap hari selama 3 bulan, kemudian dilanjutkan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan. Bila pengobatan tahap intensif diberikan secara tepat, penderita menular akan menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu (Laban, 2008)

d. Paduan OAT I ini pertama dan peruntukannya.

1) Kategori-1 (2HRZE/ 4H3R3)

Obat diberikan setiap hari selama 2 bulan. Bila selama 2 bulan sputum menjadi negatif maka dimulai fase lanjutan bila setelah 2 bulan sputum masih positif, maka fase intensif diperpanjang satu bulan lagi dengan HRZE (juga dikenal sebagai obat sisipan). Bila setelah 4 bulan sputum masih tetap positif, maka pengobatan dihentikan 2-3 hari. Kemudian periksa biakan dan uji resistensi lalu pengobatan diteruskan dengan fase lanjutan

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien baru:

- a) Pasien baru TB paru BTA positif.
- b) Pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif
- c) Pasien TB ekstra paru

2) Kategori -2 (2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3)

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobatisebelumnya. Kasus kambuh atau gagal dengan sputum tetap positif. Fase intensif dalam bentuk 2 HRZES-1 HRZE. Bila fase intensif sputum menjadi negatif, baru diteruskan ke fase lanjutan. Bila setelah 3 bulan sputum masih tetap positif, maka fase intensif di perpanjang satu bulan lagi dengan HRZE. Bila setelah 4 bulan sputum masih tetap positif maka pengobatan dihentikan 2-3 hari. Kemudian periksa biakan dan uji resistensi lalu pengobatan diteruskan dengan fase lanjutan.

- a) Pasien kambuh
- b) Pasien gagal
- c) Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*)

e. Fase Pengobatan TB Paru

- 1) Fase intensif selama 2 bulan pertama: diminum setiap hari dengan FDC yang berisi RHZE atau RHZ atau diminum 3x/minggu dengan dosis RHZ yang berbeda.
- 2) Fase lanjutan selama 4 bulan selanjutnya: diminum setiap hari dengan FDC yang berisi RH atau diminum 3x/minggu dengan dosis RH yang berbeda.

2.1.8 Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dan Efek Sampingnya

OAT bukanlah obat tunggal, tetapi merupakan kombinasi dari beberapa jenis, yaitu isonizaid, rifampisin, pirasinamid dan etambutol pada tahap intensif, dan isoniazid, rifampisin pada tahap lanjutan. Pada kasus tertentu/ khusus di perlukan tambahan suntikan streptomisin (Laban, 2008)

a. Efek smping obat OAT(Laban, 2008)

Efek samping yang ditimbulkan oleh OAT bisa dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu sebagai berikut:

- 1) Efek samping ringan
 - a) Nafsu makan menurun, mual, sakit perut
 - b) Nyeri sendi, kesemutan sampai rasa terbakar di kaki
 - c) Warna kemerahan pada air seni
- 2) Efek samping berat
 - a) Gatal dan kemerahan kulit
 - b) Tuli/ gangguan pendengaran
 - c) Gangguan keseimbangan
 - d) Kulit menjadi kekuning-kuningan

e) Bingung dan muntah muntah

f) Gangguan penglihatan.

b. Isoniazid (INH)

Sebagian besar pasien TB dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping. Namun sebagian kecil dapat mengalami efek samping, oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan.

c. Rifampisin

Efek samping ringan yang dapat terjadi dan hanya memerlukan pengobatan simptomatis ialah :

a. Sindrom flu berupa demam, menggigil dan nyeri tulang

b. Sindrom perut berupa sakit perut, mual, tidak nafsu makan, muntah kadang-kadang diare

c. Sindrom kulit seperti gatal-gatal kemerahan

Efek samping yang berat tetapi jarang terjadi ialah :

1) Hepatitis imbas obat atau ikterik, bila terjadi hal tersebut OAT harus distop dulu dan penatalaksanaan sesuai pedoman TB pada keadaan khusus

2) Purpura, anemia hemolitik yang akut, syok dan gagal ginjal. Bila salah satu dari gejala ini terjadi, rifampisin harus segera dihentikan dan jangan diberikan lagi walaupun gejalanya telah menghilang

3) Sindrom respirasi yang ditandai dengan sesak napas

Rifampisin dapat menyebabkan warna merah pada air seni, keringat, air mata dan air liur. Warna merah tersebut terjadi karena proses metabolisme obat dan tidak berbahaya. Hal ini harus diberitahukan kepada pasien agar mereka mengerti dan tidak perlu khawatir.

Efek samping yang terjadi dapat ringan atau berat bila efek samping ringan dan dapat diatasi dengan obat simptomatis maka pemberian OAT dapat dilanjutkan.

d. Pirazinamid

Efek samping utama ialah hepatitis imbas obat (penatalaksanaan sesuai pedoman TB pada keadaan khusus). Nyeri sendi juga dapat terjadi (beri aspirin) dan kadang-kadang dapat menyebabkan serangan arthritis Gout, hal ini kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat. Kadang-kadang terjadi reaksi demam, mual, kemerahan dan reaksi kulit yang lain.

e. Etambutol

Etambutol dapat menyebabkan gangguan penglihatan berupa berkurangnya ketajaman, buta warna untuk warna merah dan hijau. Meskipun demikian keracunan okuler tersebut tergantung pada dosis yang dipakai, jarang sekali terjadi bila dosisnya 15-25 mg/kg BB perhari atau 30 mg/kg BB yang diberikan 3 kali seminggu. Gangguan penglihatan akan kembali normal dalam beberapa minggu setelah obat dihentikan. Sebaiknya etambutol tidak diberikan pada anak karena risiko kerusakan okuler sulit untuk dideteksi

f. Streptomisin

Efek samping utama adalah kerusakan syaraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran. Risiko efek samping tersebut akan meningkat seiring dengan peningkatan dosis yang digunakan dan umur pasien. Risiko tersebut akan meningkat pada pasien dengan gangguan fungsi ekskresi ginjal. Gejala efek samping yang terlihat ialah telinga mendenging (tinitus), pusing dan kehilangan keseimbangan. Keadaan ini dapat dipulihkan bila obat segera dihentikan atau dosisnya dikurangi 0,25gr. Jika pengobatan diteruskan maka kerusakan alat keseimbangan makin parah dan menetap (kehilangan keseimbangan dan tuli).

2.1.9 Pencegahan TBC

Usaha pencegahan penularan penyakit TBC dapat dilakukan dengan cara memutus rantai penularan yaitu mengobati penderita TBC sampai benar benar sembuh serta melaksanakan pola hidup bersih dan sehat (Laban, 2008)

Hospitalisasi jarang diperlukan untuk menangani TB. Dengan terapi yang tepat, pasien menjadi tidak infeksi ke orang lain secara cepat. Akan tetapi, pasien yang menderita TB aktif dapat diakui untuk masalah yang bersamaan atau komplikasi penyakit. Perawat dan petugas kesehatan lainnya beresiko terpajan jika penyakit belum di diagnosis. Ketika pasien yang menderita TB dirawat, pertahankan isolasi pernapasan untuk meminimalkan resiko infeksi ke pasien lain dan petugas kesehatan.

2.1.10 Diagnosis

Pemeriksaan tuberkulin yang memberikan hasil positif saja tidak mengindikasikan penyakit aktif. Pemeriksaan sputum untuk basilus dan sinar-x dada secara rutin digunakan untuk mendiagnosis dan mengevaluasi penyakit aktif (Lemone, 2015).

- a. Apusan sputum adalah memeriksa sputum secara mikroskopis untuk *basili tahan asam*. *M. tuberculosis* yang menahan zat kimia perubahan warna setelah pewarnaan. Sifat ini disebut “tahan asam” apusan tahan asam memberi indikator yang cepat basilus tuberkel.
- b. Kultur sputum positif untuk *M. tuberculosis* memberi diagnosis definitif. Akan tetapi *M. tuberculosis* tumbuh lambat, memerlukan 4 hingga 8 minggu sebelum dapat dideteksi menggunakan teknik kultur tradisional. Sistem kultur radiometrik otomatis (seperti Bactec) memungkinkan deteksi *M. tuberculosis* dalam beberapa hari.
- c. Ketika organisme terdeteksi, pemeriksaan sensitivitas dilakukan untuk mengidentifikasi terapi obat yang tepat.

- d. Reaksi rantai polimerase (PCR) mengizinkan deteksi cepat DNA dari *M. tuberculosis*
- e. Sinar-X dada di programkan untuk mendiagnosis dan megevaluasi TB pulmonal mencakup lesi tebal pada segmen apikal dan posterior lobus atas dan kemungkinan pembentukan kavitas (Lemone, 2015).

2.1.11 Medikasi

Medikasi kemoterapeutik digunakan baik untuk mencegah menangani infeksi TB. Tujuan terapi farmakologis TB adalah sebagai berikut (Lemone, 2015)

- a. Membuat penyakit tidak menular ke orang lain
- b. Mengurangi gejala penyakit
- c. Memberi efek pengobatan pada waktu yang kemungkinan tersingkat

Terapi profilaksis digunakan untuk mencegah TB aktif. Pasien dengan konversi pemeriksaan kulit saat ini dari negatif ke positif sering kali dimulai pada terapi profilaksis. Khususnya ketika faktor resiko lain ada. Terapi profilaksis juga digunakan untuk orang yang kontak dekat dengan orang yang memiliki sputum positif basil. Terapi obat tunggal efektif untuk terapi profilaksis, sedangkan terapi penyakit aktif selalu melibatkan dua atau lebih medikasi kemoterapeutik. Untuk orang dewasa, isoniazid (INH), 300 mg per hari untuk periode 6 hingga 12 bulan, umumnya digunakan mencegah TB aktif.

2.1.12 Komplikasi TBC

Apabila penyakit ini tidak segera diobati komplikasi bisa muncul, misalnya jika mengenai sistem persyarafan bisa terjadi meningitis, jika mengenai sistem muskuloskeletal bisa terjadi spondilitis, jika mengenai sistem pernapasan yang lain adalah pleuritis, bronkopneumonia, atelektasis dan hemoptisis berat. Hemoptisis ini dapat mengakibatkan kematian karena sumbatan jalan nafas dan syok hipovolemik. Penyebaran infeksi juga dapat terjadi di organ sekitar, seperti otak, tulang, sendi, ginjal dan lain sebagainya (Marni, 2014)

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Menurut Depkes (2010) keluarga adalah sebagai suatu system social yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan karena hubungan darah, hubungan perkawinan, hubungan adopsi dan tinggal bersama untuk menciptakan satu budaya tertentu.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena pertalian darah, ikatan perkawinan atau adopsi (Fiedman, Bowden, & Jones (2010)).

Keluarga merupakan kumpulan individu yang mempunyai ikatan perkawinan, keturunan/hubungan darah atau adopsi, yang tinggal dalam satu rumah, mengadakan interaksi dan komunikasi melalui peran sosial yang dijalankan. Keluarga bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan yang lain dan memiliki peran masing-masing (Ali, 2010).

2.2.2 Tipe Keluarga

a. Keluarga Tradisional

1) *The nuclear family* (keluarga inti)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.

2) *The dyad family*

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang hidup dalam satu rumah tapi tanpa anak.

3) *Keluarga usila*

Keluarga yang terdiri dari suami 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. Penyebabnya adalah karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.

5) *The extended family* (keluarga besar)

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

6) *The single parent family* (keluarga duda atau janda)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua bisa ayah atau ibu. Penyebabnya dapat terjadi proses perceraian, kematian atau bahkan ditinggalkan.

7) *Commuter family*

Keluarga dengan kedua orang tua bekerja dikota yang berbeda, tetapi setiap akhir pekan semua anggota keluarga dapat berkumpul bersama disalah satu kota yang menjadi tempat tinggal.

8) *Multigenerational family*

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

9) *Kin-network family*

Keluarga dengan beberapa keluarga inti tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan *The nonmarital heterosexual cohabiting family* dan menggunakan barang-barang serta pelayanan bersama. Seperti menggunakan dapur, televisi, kamar mandi, atau telpon bersama.

10) *Blended family*

Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

11) *The single adult living alone/single adult family*

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

b. Non-Tradisional

1) *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua terutama ibu dengan anak dan hubungan tanpa nikah.

2) *The stepparent family*

Yaitu keluarga dengan orang tua.

3) *Commune family*

Keluarga dengan beberapa pasangan keluarga dengan anaknya yang memiliki hubungan saudara, hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

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

4) *Gay and lesbian families*

Keluarga dengan seseorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin yang hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri (marital partners).

5) *Cohabiting couple*

Keluarga dengan orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

6) *Group-marriage family*

Keluarga dengan beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya berbagi sesuatu, termasuk seksual dan membesarkan anaknya.

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 yang menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga dan saudara untuk waktu sementara.

9) *Homeless family*

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

10) Gang

Keluarga yang destruktif, dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupan.

Keluarga merupakan kumpulan individu yang mempunyai ikatan perkawinan, keturunan/hubungan darah atau adopsi, yang tinggal dalam satu rumah, mengadakan interaksi dan komunikasi melalui peran sosial yang dijalankan. Keluarga bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan yang lain dan memiliki peran masing-masing (Ali, 2010).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Sugiharto tahun 2004 menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kepadatan hunian rumah terdapat kejadian tuberculosis paru di lingkungan rumah. Hal ini menandakan bahwa pasien TB Paru yang memiliki kepadatan hunian rumah tidak memenuhi syarat memiliki resiko 2,8 kali untuk terjadinya penularan ke anggota keluarga lain (Jimmi, 2011).

2.2.3 Struktur Keluarga

a. *Patrilineal*

Keluarga sedarah yang terdiri sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. *Matrilineal*

Keluarga sedarah yang terdiri sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. *Matrilokal*

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. *Patrilokal*

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. *Keluarga Kawin*

Hubungan suami istri sebagai dasar pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami anak atau istri.

2.2.4 Tahap Perkembangan

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada system keluarga yang mencakup perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggotanya di sepanjang waktu. Perkembangan keluarga tersebut dibagi menjadi beberapa tahap berikut tugas perkembangan yang harus dicapai dalam setiap tahap perkembangannya. Adapun tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut:

a. Tahap 1: keluarga baru menikah

Tahap ini dimulai saat masing-masing individu baik laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui pernikahan yang sah dan meninggalkan keluarganya masing-masing. Tugas perkembangan utama pada tahap ini yaitu:

b. Membina hubungan dan intim yang memuaskan

- 1) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial
- 2) Mendiskusikan rencana memiliki anak

c. Tahap 2: Keluarga dengan anak baru lahir

Tahap ini dimulai dari kehamilan sampai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak berusia 30 bulan. Tugas perkembangan (utama) pada tahap ini yaitu:

- 1) Mempersiapkan menjadi orang tua
- 2) Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga, interaksi keluarga, hubungan seksual dan kegiatan keluarga
- 3) Mempertahankan hubungan dalam rangka memuaskan pasangan

d. Tahap 3: Keluarga dengan anak prasekolah

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak pertama berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga misalnya tempat tinggal, privasi dan rasa nyaman

- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
 - 3) Beradaptasi dengan adanya anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain atau yang lebih tua juga harus dapat dipenuhi
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam ataupun di luar keluarga
 - 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
 - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
 - 7) Merencanakan kegiatan dan waktu untuk menstimulasi tubuh kembang anak
- e. Tahap 4: Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Tugas perkembangan utama pada tahap ini yaitu:

- 1) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas
 - 2) Mempertahankan keintiman pasangan
 - 3) Memenuhi kebutuhan yang sangat meningkat, termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga
- f. Tahap 5: Keluarga dengan anak remaja

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir 6-7 tahun kemudian. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja adalah seorang dewasa muda yang mulai memiliki otonomi
- 2) Mempertahankan hubungan intim dalam keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua untuk menghindari terjadinya perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan
- 4) Mempersiapkan perubahan system peran dan peraturan keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga

- g. Tahap 6: Keluarga mulai melepas anak sebagai dewasa

Tahap ini dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir saat anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Memperluas jaringan keluarga dari keluarga inti menjadi keluarga besar
 - 2) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat
 - 3) Mempertahankan keintiman pasangan
 - 4) Penataan kembali peran orang tua dan kegiatan rumah
- h. Tahap 7: Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas tahap perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Mempertahankan kesehatan individu dan pasangan usia pertengahan
 - 2) Mempertahankan hubungan yang serasi dan memuaskan dengan anak-anaknya dan teman sebayanya
 - 3) Meningkatkan keakraban pasangan
- i. Tahap 8: Keluarga usia tua

Tahap ini dimulai saat salah seorang pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga yang saling menyenangkan pasangannya
- 2) Adaptasi dengan perubahan yang akan terjadi seperti kehilangan pasangan, kekuatan fisik dan penghasilan keluarga
- 3) Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat
- 4) Melakukan *life review* masa lalu

2.2.5 Fungsi Keluarga

a. Fungsi afektif (*The Affective Function*)

Fungsi ini berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi ini berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan terhadap kehidupan keluarga. Dengan demikian

setiap anggota keluarga dapat saling mempertahankan iklim atau kondisi yang positif.

b. Fungsi Sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*Socialization and Social Placement Function*)

Sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan social. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga. Fungsi sosialisasi dapat ditunjukkan dengan membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, serta meneruskan nilai-nilai keluarga .

c. Fungsi Reproduksi (*The Reproduction Function*)

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia dengan memelihara dan membesarkan anak.

d. Fungsi Ekonomi (*The Economic Function*)

Fungsi ekonomi keluarga dengan mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan semua anggota keluarga, seperti kebutuhan makanan, tempat tinggal, pakaian dan lain sebagainya.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan (*The healt Care Function*) TBC

Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan dengan melaksanakan praktek asuhan kesehatan yaitu keluarga mempunyai tugas untuk memelihara kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas dalam menjalankan perannya masing-masing. Fungsi perawatan kesehatan ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

Adapun tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (2010), yaitu:

1) Mengetahui masalah atau gangguan kesehatan keluarga Tentang TBC

Perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga, maka secara tidak langsung akan menjadi perhatian orang tua atau keluarga. Sehingga segala kekuatan sumber daya, pikiran, waktu, tenaga, dan bahkan harta keluarga akna digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut.

2) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga Tentang TBC

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Sumber daya internal keluarga yang dianggap mampu memutuskan akan menentukan tindakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Jika secara internal keluarga memiliki keterbatasan sumber daya, maka keluarga akan mencari bantuan diluar.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit Tentang TBC

Tugas anggota keluarga yang sakit seringkali harus dilakukan keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Tidak menutup kemungkinan juga ketika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pertolongan pertama, maka anggota keluarga yang sakit dapat sepenuhnya dirawat oleh keluarga sendiri.

4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga Tentang TBC

Tugas ini merupakan upaya keluarga memdayagunakan potensi internal yang ada dilingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit. Tindakan memodifikasi lingkungan memiliki cakupan yang luas sesuai dengan pengetahuan keluarga mengenai kesehatan.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.2.6 Karakteristik Keluarga

- a. Terdiri dari dua orang atau lebih yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi.
- b. Biasanya anggota keluarga ditinggal bersama atau jika terpisah tetap memperhatikan satu sama lain.

- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sendiri-sendiri.
- d. Mempunyai tujuan (menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota).

2.2.7 Keperawatan Kesehatan Keluarga

Health care activities, health beliefs, and health values merupakan bagian yang dipelajari dari sebuah keluarga. Sehat dan sakit merupakan bagian dari kehidupan, perilaku individu menyembuhkan sebagaimana anggota keluarga yang harus dipelajari.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga adalah suatu proses yang kompleks yang meliputi biologi, psikologi, emosi, social, spiritual, termasuk budaya. Pemberian asuhan keperawatan kepada keluarga merujuk pada proses keperawatan (*nursing process*) yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga

2.3.2 Pengkajian Keperawatan Keluarga dengan TB

Pengkajian keluarga dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, atau melalui data sekunder seperti data yang di Puskesmas, Desa, Bidan, Hasil pemeriksaan laboratorium, dan lain sebagainya. Adapun data yang harus dikaji dalam keluarga :

a. Data Umum Keluarga

Pengkajian Data Umum Keluarga

- 1) Nama Kepala Keluarga (KK)
- 2) Umur dan Jenis Kelamin (KK)
- 3) Pendidikan (KK)
- 4) Pekerjaan (KK)

- 5) Alamat
- 6) Komposisi keluarga yang berisi mengenai riwayat anggota keluarga.

Data ini biasanya disajikan dalam bentuk table seperti contoh berikut:

Tabel 2.1 Contoh penyajian Data Umum Pengkajian Keluarga

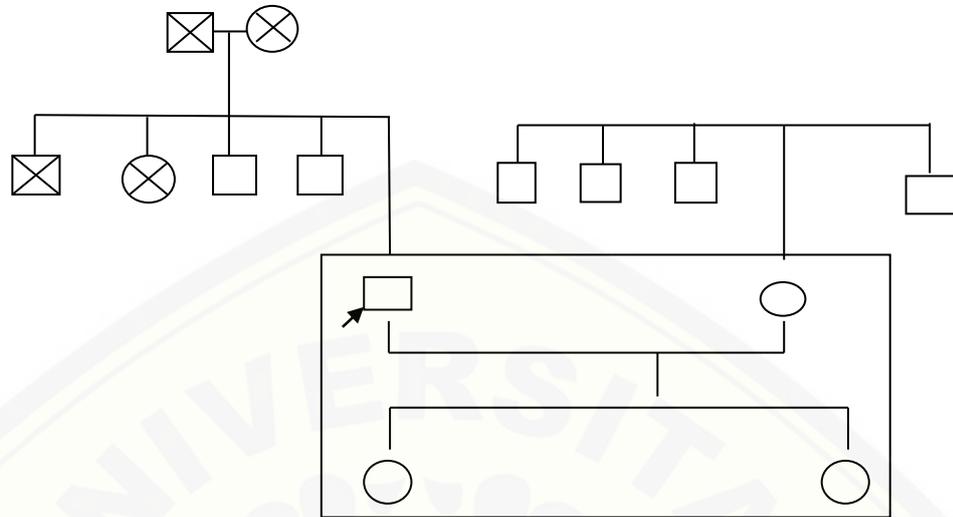
No	Nama	JK	Hubunagan Keluarga	Umur	Pendidika n	Pekerjaa n	Kondis i
1.							
2.							
3.							
4.							

Proporsi penderita TB ditemukan hampir sebanding antara jenis kelamin laki-laki (1,9%) dan perempuan (1,8%). Bila dilihat dari tingkat pendidikan menunjukkan bahwa angka kejadian TB menurun seiring dengan peningkatan pendidikan demikian pula dengan indeks kepemilikan, semakin rendah indeks kepemilikan semakin tinggi pula ditemukan penderita TB (Nurjana, 2015)

7) Genogram/Silsilah Keluarga

Data genogram berisi silsilah keluarga yang minimal terdiri dari tiga generasi disajikan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol atau sesuai format pengajian yang dipakai.

Contoh: Gambar 2.2 silsilah Keluarga



Keterangan :



: Laki-laki



: Cerai



: Perempuan



: Satu rumah



: Meninggal



: Klien

8) Tipe Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional. Keluarga merupakan kumpulan individu yang mempunyai ikatan perkawinan, keturunan/hubungan darah atau adopsi, yang tinggal dalam satu rumah, mengadakan interaksi dan komunikasi melalui peran sosial yang dijalankan. Keluarga bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan yang lain dan memiliki peran masing-masing (Ali, 2010).

9) Suku Bangsa

Data ini menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan. Suku bangsa yang dimaksud seperti Jawa, Sunda, Batak, dan lain sebagainya.

Menurut (Lufthiani, 2010) Keluarga dalam pelaksanaan tugas-tugas kesehatan tidak terlepas dari pengaruh suatu kebudayaan yang dianut lingkungan sekitarnya, dimana tingkah laku sakit yang didefinisikan sebagai cara dimana gejala-gejala dari suatu penyakit ditanggapi dan diperankan oleh seseorang individu yang mengalami sakit dipengaruhi oleh faktor perbedaan suku bangsa dan budaya (Lufthiani, 2010).

10) Agama dan Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

Data ini menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan keluarga yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan. Menurut (Ali, 2010) menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan keluarga yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

11) Status Sosial Ekonomi

Data ini menjelaskan mengenai pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya yang sudah bekerja. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

Menurut (Corwin, 2009) Salah satu faktor yang juga berpengaruh pada TB Paru adalah pekerjaan. Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas,

terutama terjadinya gejalapenyakit pernafasan dan umumnya TB Paru dalam (Siregar A. F., 2015).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010) penderita TB paru 95% kasus TB dan 98% kematian akibatTB di dunia terjadi di negara berkembang dan 75% penderita TB paru adalah kelompok usia produktif (1550 tahun) dengan tingkat sosial ekonomi rendah sehingga secara langsung akan menurunkan produktivitas yang berarti merugikan secara ekonomi karena hilangnya atau berkurangnya penghasilan(Sumarmi, 2014).

12) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi atau *refreshing*. Rekreasi tidak harus ke tempat wisata, namun menonton TV, mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga.

Menurut Salvari Gusti (2013) Aktivitas rekreasi keluarga adalah Rekreasi yang dilakukan semua anggota keluarga atau sebagian secara bersama-sama diwaktu senggang.

2.3.3 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- a. T
- tahap perkembangan keluarga saat ini
- Data ini di tentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.
- 1) T
- tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.
- 2) R
- riwayat keluarga inti
- Data ini menjelaskan mengenai keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga. Status imunisasi, sumber kesehatan yang biasa digunakan serta pengalaman menggunakan pelayanan kesehatan.

- 3) R
 riwayat keluarga sebelumnya
 Riwayat ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami dan istri
- b. P
 engkajian Lingkungan
- 1) K
 arakteristik Rumah
 Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah, ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, dan lain sebagainya.
- 2) K
 arakteristik Tetangga dan Komunitas Setempat
 Data ini menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan, budaya yang mempengaruhi kebiasaan.
- 3) M
 obilitas Geografis Keluarga
 Moblitas geografis keluarga yang ditentukan, lama keluarga tinggal didaerah ini, atau apakah sering mempunyai kebiasaan berpindah-pindah tempat.
- 4) P
 erkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat
 Data ini menjelaskan kebiasaan keluarga berkumpul, sejauh mana keterlibatan keuarga dalam pertemuan dengan masyarakat.
- 5) S
 istem Pendukung Keluarga
 Data ini menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya.

Penelitian penelitian Rusnoto (2008) yang menyatakan bahwa rumah yang memiliki ventilasi yang tidak memenuhi standart beresiko terjadinya TB Paru BTA positif 16,9 kali lebih besar dibandingkan dengan rumah yang memiliki ventilasi yang memenuhisyarat. Siti Fatimah (2008) juga membuktikan bahwa

ventilasi (OR=4,93), jenis dinding (OR=2,69) berhubungan dengan kejadian TB Paru (Sumarmi, 2014).

Ventilasi bermanfaat bagi sirkulasi pergantian udara dalam rumah serta mengurangi kelembaban didalam ruangan. Salah satunya yang mempengaruhi kelembaban adalah keringat manusia, semakin banyak manusia dalam satu ruangan maka semakin tinggi kelembaban ruangan tersebut. Ventilasi mempengaruhi proses dilusi udara, juga dengan kata lain mengencerkan konsentrasi kuman tuberkulosis dan kuman lain, terbawa keluar dan mati terkena sinar ultraviolet (Achmadi, 2010).

Dari hasil observasi yang dilakukan banyak sekali ditemukan kondisi rumah dan ruangan yang padat huni yaitu sebanyak 44,35% dimana dari hasil pengukuran dan perhitungan diperoleh bahwa rata rata setiap orang menempati ruangan sebesar 6,8m²/orang yang seharusnya berdasarkan persyaratan rumah sehat untuk orang dewasa minimal 9 m²/orang. Sedangkan sebanyak 19,56% rumah responden ditemukan tidak layak huni, penempatan ruang ruang tidak ada, hanya ada satu ruangan yang dijadikan sebagai ruang tamu sekaligus ruang keluarga/ruang makan bahkan kamar tidur dengan cara menyekat begitu saja. Untuk mengurangi faktor risiko ini tidak mungkin dengan menyarankan perbaikan atau penambahan luas rumah dalam waktu singkat namun demikian perlu pemberian motivasi kepada masyarakat melalui penyuluhan tentang pentingnya rumah yang memenuhi syarat kesehatan tidak perlu mewah, sederhana namun memenuhi kaidah kaidah kriteriarumah sehat untuk rencana jangka panjang atau bagi yang belum atau akan membuat rumah (Sumarmi, 2014).

Kondisi fisik rumah yang memenuhi syarat kesehatan berarti jugasecara langsung Memperhatikan komposisi luas tempat tinggal dengan jumlah penghuninya begitu jugadengan jumlah kamar yang disesuaikan dengan jumlah penghuni rumah sehingga hunian rumah sesuai denganstandar kesehatan,tidak terdapat hunian yang padat. Dengan demikianakan memperkecil risiko penularan penyakit yang ditularkan melalui udara seperti penyakit TB Paru ini karena tidak terjadi peningkatan kadar uap air, suhu maupun CO₂ di dalam rumah yang

merupakan media yang baik bagi pertumbuhan bakteri tuberkulosis (Sumarmi, 2014).

2.3.4 S

struktur Keluarga

a. S

struktur Komunikasi Keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan adakah hal-hal atau masalah dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

b. S

struktur kesehatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

c. S

struktur peran

Menjelaskan peran diri masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani.

d. N

ilai/Norma Keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga adalah yang bertentangan dengan masalah asma seperti halnya pergi ke dukun dan bukan pada petugas kesehatan.

2.3.5 Fungsi Keluarga

- a. F
 Fungsi Afektif
 Menjelaskan pola kebutuhan keluarga, mengkaji gambaran diri anggota keluarga, dan bagaimana keluarga mengalami keterpisahan dan keterikatan dengan anggota keluarga lain.
- b. F
 Fungsi Sosialisasi
 Menanyakan adanya otonomi dalam setiap anggota keluarga, adanya ketergantungan, yang bertanggung jawab membesarkan anak, factor social budaya yang mempengaruhi pola-pola dalam membesarkan anak, masalah dalam membesarkan anak, adanya peralatan yang cocok bagi anak untuk bermain sesuai usianya.
- c. F
 Fungsi Perawatan Kesehatan
- 1) M
 Mengenali Masalah Kesehatan
 Sejauh mana keluarga mengetahui fakta kesehatan tentang masalah kesehatan yang dialami keluarga.
- 2) M
 Mengambil Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat
- a) S
 Sejauh mana keluarga mengerti sifat dan luasnya masalah.
- b) A
 Apakah keluarga menyerah dengan masalah tersebut.
- c) A
 Apakah keluarga merasa takut akibat dari tindakan terhadap penyakit yang diderita.
- 3) M
 Merawat anggota yang sakit

- a) S
 sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya .
- b) Sejauh mana keluarga mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
- c) B
 bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- 4) Memelihara Lingkungan Yang Sehat
- a) S
 sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki untuk memodifikasi lingkungan yang sehat.
- b) S
 sejauh mana keluarga melihat manfaat pemeliharaan lingkungan.
- c) S
 sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya kebersihan dan sanitasi.
- 5) M
 menggunakan Fasilitas Kesehatan di Masyarakat
- a) S
 sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan di masyarakat.
- b) S
 sejauhmana keluarga mengetahui keuntungan keluarga memanfaatkan kesehatan.
- c) A
 apakah keluarga pernah mempunyai pengalaman kurang baik terhadap petugas atau pelayanan kesehatan.

2.3.6

F

ungsi Reproduksi

Bagaiman keluarga merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri,dan masalah yang muncul jika ada.

2.3.7 **F****ungsi Ekonomi**

Kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan.

2.3.8 Stress dan Koping Keluarga

- a. Stresor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.
- b. Stresor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.
- c. Respon keluarga terhadap respon, mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.
- d. Strategi Koping, strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.
- e. Strategi adaptasi disfungsional, jelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

2.3.9 **K****emampuan Keluarga Merespon Stressor**

Hal yang perlu dikaji adalah sejauhman keluaraga berespon terhadap situasi atau stressor yang ada saat ini.

2.3.10 **S****trategi Koping yang digunakan**

Hal yang perlu dikaji adalah strategi koping atau pemecahan masalah seperti apa yang digunakan keluarga dalam menghadapi stressor yang terjadi.

2.3.11 **S****trategi Koping Disfungsional**

Data ini menjelaskan mengenai koping disfungsional yang digunakan ketika keluarga menghadapi masalah, misalnya marah-marah, menghancurkan alat rumah tangga, dan lain sebagainya.

2.3.12

K

Keadaan gizi keluarga

Pada pasien tb sering terjadi anoreksia, penurunan berat badan, dan kelemahan. Pasien TB paru seringkali mengalami penurunan status gizi, bahkan dapat menjadi status gizi buruk bila tidak diimbangi dengan diet yang tepat. Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi pada pasien TB paru adalah tingkat kecukupan energi dan protein, perilaku pasien terhadap makanan dan kesehatan, lama menderita TB paru serta pendapatan perkapita pasien^{4,5}. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan status gizik urang mempunyai resiko 3,7 kali untuk menderita TB paru berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit (Feby, 2014).

2.3.13

H

Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2.4

P

Pemeriksaan Fisik

Semua anggota keluarga diperiksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik ditempat pelayanan kesehatan.

2.5 Diagnosa Keperawatan pada pasien TB

2.5.1 Pola Napas, Ketidakefektifan

Dapat dihubungkan dengan: ansietas, posisi tubuh, deformitas tulang, deformitas dinding dada, penurunan energi dan kelelahan, hiperventilasi, kerusakan muskuloskeletal, imaturia neurologis, disfungsi neuromuskular, obesitas, nyeri, kerusakan persepsi atau kognitif, kelelahan otot-otot penapasan, cedera medulla spinalis. Kemungkinan dibuktikan oleh: pertukaran alveolar dan perfusi jaringan yang dibantu oleh ventilasi mekanis, tingkat keparahan respon imun hipersensitif sistemik terhadap antigen tertentu dari lingkungan (eksogen) (Wilkinson, 2011).

2.5.2 K

erusakan pertukaran gas

Dapat dihubungkan dengan : gangguan suplai oksigen, (obstruksi jalan napas oleh sekresi, spasme, bronchus, jebakan udara). Kemungkinan dibuktikan oleh : dispnea, bingung, gelisah, ketidakmampuan membuang secret, nilai GDA tak normal (hipoksia, dan hiperkapnia), perubahan tanda-tanda vital, penurunan toleransi terhadap aktivitas (Wilkinson, 2011)

2.5.3 N

utrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Dapat dihubungkan dengan : dispnea, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum, anoreksia, mual/muntah. Kemungkinan dibuktikan oleh : penurunan berat badan, kehilangan massa otot, tonus otot buruk, kelemahan, mengeluh gangguan sensasi pengecap, keengganan untuk makan, kurang tertarik pada makanan, nafsu makan menurun (Wilkinson, 2011)

2.5.4 R

esiko tinggi infeksi

Dapat dihubungkan dengan : tidak adekuatnya pertahanan utama (penurunan kerja silis, menetapnya sekret), tidak adekuatnya imunitas (kerusakan jaringan, peningkatan pemajanan pada lingkungan), proses penyakit kronis, malnutrisi. Kemungkinan dibuktikan oleh : (tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnose actual) (Wilkinson, 2011)

2.5.5 K

urang pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai kondisi

Dapat dihubungkan dengan : kurang informasi/ tidak mengenal sumber informasi, salah mengerti tentang informasi, kurang mengingat/keterbatasan kognitif. Kemungkinan dibuktikan oleh : pertanyaan tentang informasi, pernyataan masalah/ke salahan konsep, tidak akurat mengikuti instruksi, terjadinya komplikasi yang dapat dicegah (Wilkinson, 2011)

2.6 Perumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang di peroleh dalam pengkajian. Dilakukan dengan mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subjektif (DS) dan data objektif (DO). Pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DS, sedangkan data yang diambil dengan observasi, data sekunder, atau data selain pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DO.

Rumusan masalah berdasarkan NANDA dan etiologi berdasarkan pengkajian 5 (lima) tugas yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

2.6.1 Aktual (terjadi defisit atau gangguan kesehatan)

Diagnosis actual diangkat jika dari pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

2.6.2 Risiko (ancaman kesehatan)

Diagnosis risiko diangkat jika sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah kurang bersih, pola makan yang adekuat, stimulasi tumbuh kembang tidak adekuat. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

2.6.3 Potensial (keadaan sejahtera atau wellness)

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat diangkat. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah yang dihadapi keluarga saat ini.

Tabel 2.2. Contoh Penentuan Diagnosis (Analisa Data)

Data	Etiologi	Problem
DS :		
DO :		

a. Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Masalah perlu diprioritaskan karena pertimbangan berikut ini:

- 1) Masalah keperawatan keluarga yang dijumpai lebih dari 1
- 2) Sumber daya yang dimiliki keluarga dan komunitas terbatas
- 3) Keterbatasan IPTEK keperawatan yang dikuasai perawat keluarga
- 4) Berat dan menonjolnya masalah yang dirasakan oleh keluarga berbeda-beda
- 5) Waktu yang dimiliki terbatas
- 6) Mengatasi masalah prioritas dapat mengatasi masalah lain yang ditimbulkan akibat masalah inti tersebut

Tabel 2.3. Kriteria Penentuan Prioritas Diagnosa

No	Kriteri	Skor	Bobot	Skoring	Pembenanaran
1	Sifat masalah				
	a) Aktual (Tidak/Kurang sehat)	3	1		
	b) Jenis/ancaman kesehatan	2			
		1			

	c) keadaan sejahtera				
2	Kemungkinan masalah dapat diubah a) Mudah b) sebagian c) tidak dapat	2 1 0	2		
3	Potensi masalah untuk dicegah a) tinggi b) sedang c) rendah	3 2 1	1		
4	Menonjolnya masalah a) masalah berat, harus segera ditangani b) ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani c) masalah tidak dirasakan	2 1 0	1		

Skoring :

Skor

————— X Bobot

Angka tertinggi

Catatan : Skor dihitung bersama dengan keluarga

Nilai bobot diatas (1-2-1-1) merupakan sebuah ketetapan, jadi tidak bisa diganti dengan angka 3,4 ataupun angka lainnya. Scoring maksimal adalah 5 (bobot maksimal = 1+2+1+1+5)

a) Kriteria 1

Sifat masalah : bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga

b) Kriteria 2

Kemungkinan masalah dapat diubah, perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut :

- | | | |
|-----|---|---|
| (1) | Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah | P |
| (2) | Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga | S |
| (3) | Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu | S |
| (4) | Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat. | S |

c) Kriteria 3

Potensi masalah dapat dicegah, faktor-faktor yang perlu diperhatikan :

- | | | |
|-----|---|---|
| (1) | Prevensi dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah | K |
| (2) | Keamanan masalah, yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada | L |
| (3) | Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah | T |

(4) A

danya kelompok “high risk” atau sekelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah

d) Kriteria 4

Menonjolnya masalah, perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor tertinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

2.7 Intervensi keperawatan

Intervensi adalah suatu proses merumuskan tujuan yang diharapkan sesuai prioritas masalah keperawatan keluarga, memilih strategi keperawatan yang tepat, dan mengembangkan rencana asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kebutuhan klien. Perawat perlu menyeleksi sumber-sumber dalam keluarga yang dapat dimanfaatkan, serta memprioritaskannya. (Sudiharto, 2007 : 37)

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan Pola Nafas berhubungan dengan Ketidakefektifan keluarga memodifikasi lingkungan

Definisi: Inspirasi/ ekspirasi yang tidak adekuat (Wilkinson, 2011)

2.7.1 Batasan karakteristik:

Subjektif

- a. Dispnea
- b. Napas pendek

Objektif

- a. Perubahan ekskursi dada
- b. Mengambil posisi tiga titik tumpu
- c. Bradipnea
- d. Penurunan tekanan inspirasi-ekspirasi
- e. Penurunan ventilasi semenit
- f. Penurunan kapasitas vital
- g. Napas dalam
- h. Peningkatan diameter anterior-posterior
- i. Napas cuping hidung

j. Ortopnea

k. Fase ekspirasi memanjang

l. Pernapasan binir mencucu

m. Kecepatan respirasi

1) Usia dewasa atau 14 tahun lebih ; ≤ 11 atau ≥ 24 x permenit

2) Usia 5-14 tahun < 15 atau > 25

3) Usia 1-4 tahun < 20 atau > 30

4) Usia bayi < 25 atau > 60

n. Takipnea

o. Rasio waktu

p. Penggunaan otot bantu asesoris untuk bernapas

2.7.2 Intervensi Keperawatan

Tujuan dan kriteria hasil (*NOC*)

Setelah diberikan perawatan pasien akan :

- a. Menunjukkan pola pernapasan efektif yang dibuktikan oleh status pernapasan, status ventilasi dan pernapasan yang tidak terganggu, kepatenan jalan napas dan tidak ada penyimpangan tanda vital.
- b. Menunjukkan tidak terganggunya status pernapasan, yang dibuktikan oleh indikator gangguan sebagai berikut (sebutkan 1-5: gangguan ekstrem, berat, sedang, ringan, tidak ada gangguan) kedalaman inspirasi dan kemudahan bernapas, ekspansi dada simetris.
- c. Menunjukkan adanya gangguan status pernafasan: ventilasi yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: gangguan ekstrem, berat, sedang, ringan, tidak ada gangguan). Penggunaan otot aksesorius, suara napas tambahan, pendek napas.

2.7.3 Pemantauan pernapasan (*NIC*)

- a. Pantau pernapasan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan. Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot-otot bantu, serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta
- b. Pantau pernapasan yang berbunyi, seperti mendengkur

- c. Pantau pola pernapasan bradipnea, takipnea, hiperventilasi, pernapasan
- d. Perhatikan lokasi trakea
- e. Auskultasi suara napas, perhatikan area penurunan/ tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan
- f. Penyuluhan untuk pasien/ keluarga
 - 1) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola pernapasan
 - 2) Diskusikan perencanaan untuk perawatan dirumah, meliputi pengobatan, peralatan pendukung, tanda dan gejala komplikasi yang dapat di laporkan sumber sumber komunitas
 - 3) Diskusikan cara memodifikasi lingkungan, sebagai contoh:
 - (a) Memeriksa rumah untuk memeriksa adanya jamur di dinding rumah
 - (b) Tidak menggunakan karpet di lantai
 - (c) Menjemur kasur dan bantal agar kuman TB mati terkena sinar matahari
 - 4) Ajarkan tehnik batuk efektif
 - 5) Informasikan kepada pasien dan keluarga bahwa tidak boleh merokok di dalam ruangan
 - 6) Instruksikan kepada pasien dan keluarga bahwa mereka harus memberitahu perawat pada saat terjadi ketidakefektifan pola pernafasan
- g. Aktivitas Kolaboratif
 - 1) Konsultasi dengan ahli terapi pernapasan untuk memastikan keadekuatan fungsi ventilator mekanis
 - 2) Laporkan perubahan sensori, bunyi nafas, pola pernafasan, nilai GDA, sputum, dan sebagainya, jika perlu atau sesuai protokol.
 - 3) Berikan obat (misalnya, brokondilator) sesuai dengan program atau protokol
- h. Aktivitas Lain
 - 1) Tenangkan pasien selama periode gawat napas
 - 2) Anjurkan pasien napas dalam melalui abdomen selama periode gawat napas

- 3) Untuk membantu memperlambat frekuensi pernapasan, bimbing pasien menggunakan teknik pernapasan bibir mecucu dan pernapasan terkontrol
- 4) Minta pasien untuk mengubah posisi, batuk dan napas dalam
- 5) Informasikan kepada pasien sebelum memulai prosedur, untuk menurunkan ansietas dan mengendalikan perasaan
- 6) Atur posisi klien untuk mengoptimalkan pernapasan.

2.7.4 Penetapan Tujuan

a. Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah pada kemampuan mandirian klien (Mengatasi problem NANDA).

b. Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupannya (mengatasi 5 tugas kesehatan keluarga).

2.7.5 Penetapan Kriteria Dan Standar

a. kriteria

Merupakan gambaran faktor petunjuk tercapainya tujuan dalam tiga domain kognitif pengetahuan, sikap, dan psikomotor.

b. standart

Merupakan tingkat pelaksanaan yang diinginkan untuk membandingkan dengan pelaksanaan sebenarnya yang berfokus pada keluarga, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan diukur, realistik, dan ditentukan oleh perawat serta keluarga.

2.8 Implementasi

Pada kegiatan implementasi, terlebih dahulu perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam menerima asuhan keperawatan. Kontrak meliputi waktu pelaksanaan, materi, siapa yang melaksanakan, siapa anggota keluarga yang perlu mendapat pelayanan, serta peralatan yang dibutuhkan jika ada. Kegiatan selanjutnya adalah implementasi

sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosa yang diangkat.

2.9 Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan rumah ke keluarga. Untuk ini dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati bersama.

Evaluasi dapat dibagi menjadi (2) dua jenis, yaitu :

2.9.4 Evaluasi Berjalan (Formatif)

Evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk catatan perkembangan yang berorientasi pada masalah yang dialami klien. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP.

2.9.5 Evaluasi Akhir (Sumatif)

Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakandengan tujuan yang ingin dicapai. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER.

2.9.6 Kriteria Hasil (Wilkinson, 2011)

- a. Menunjukkan pernapasan optimal
- b. Mempunyai kecepatan dan irama pernapasan dalam batas normal
- c. Mempunyai fungsi paru dalam batas normal
- d. Mampu menggambarkan rencana untuk perawatan dirumah
- e. Mengidentifikasi faktor (mis., alergen) yang memicu ketidakefektifan pola napas, dan tindakan yang dapat dilakukan untuk menghindarinya.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif atau studi kasus. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah studi kasus, yaitu suatu pendekatan untuk mempelajari, menjelaskan, atau menginterpretasikan suatu kasus dalam konteks secara natural tanpa adanya intervensi dari pihak luar. Studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah studi untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrnan Lumajang.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah Asuhan Keperawatan Keluarga Tn H dan Tn Y yang Anggota keluarganya mengalami TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrnan Lumajang Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktek keperawatan.

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan pendekatan proses keperawatan.

3.2.2 Masalah keperawatan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah.

3.2.3 Ketidakefektifan Pola Nafas klien yang mengalami sesak nafas dan memenuhi 3 batasan dari batasan karekteristik Ketidakefektifan Pola Nafas.

3.2.4 Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

3.2.5 Definisi Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.

3.2.6 Definisi Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

3.2.7 Definisi Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah.

3.2.8 Definisi TB paru

Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau

berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam studi kasus ini adalah 2 klien pada dua keluarga yang mengalami TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas dengan menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif serta muncul minimal 3 dari batasan karakteristik yang muncul yaitu sesak nafas (dispnea), napas pendek, cuping hidung di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2018 dan sanggup menandatangani *informed consent*.

3.4 Lokasi dan waktu

3.4.1 Lokasi

Studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran. Untuk keluarga 1 Tn. H di desa Blukon RT/RW 11/02 keluarga 2 Tn. Y di desa Blukon RT/RW 05/11.

3.4.2 Waktu

Selama studi kasus dilakukan 3 kali tatap muka dan kunjungan rumah keluarga 1 pada tanggal 29 Mei 2018 - 31 Mei 2018. Keluarga 2 pada tanggal 2 Juni 2018 - 5 Juni 2018.

3.4.3 Pengumpulan Data

Pada penelitian ini metode yang digunakan adalah metode observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Ketiga metode tersebut saling melengkapi untuk menggali serta meneliti tentang asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga TB dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

3.4.4 Wawancara (hasil anamnesa yang berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga). Sumber data dari klien, keluarga dan perawat lainnya.

3.4.5 Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan observasi pernafasan, RR, penggunaan otot bantu nafas).

3.4.6 Studi dokumentasi dan angket (foto rontgen, buku pengobatan klien).

3.5 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keotentikan, dan kebenaran terhadap data informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Terdapat empat istilah yang pada umumnya digunakan untuk menyatakan keabsahan data hasil temuan penelitian kualitatif, yaitu kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas. Berikut di bawah ini penjelasan macam-macam keabsahan data pada penelitian kualitatif.

3.5.1 *Kredibilitas (Keterpercayaan) Data*

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan pada penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka.

Beberapa cara yang dapat dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh kredibilitas yang tinggi terhadap hasil temuannya, antara lain dengan melakukan cara yang pertama, yaitu memperbanyak waktu bersama partisipan, bila perlu hidup dan tinggal bersama partisipan selama mengambil data. Kedua, melibatkan diri dalam aktivitas sehari-hari bersama para partisipan dan berupaya selalu melakukan konfirmasi dan klarifikasi terhadap berbagai hal yang telah diceritakan oleh partisipan. Kredibilitas juga dapat diperoleh dengan melakukan triangulasi dan *member check*. Triangulasi adalah melakukan pendekatan berbeda atau menggunakan beberapa metode pengumpulan data, misalnya menggunakan wawancara sekaligus observasi partisipan. *Member check* adalah melibatkan siapa saja yang berpartisipasi dalam penelitian dalam memeriksa penemuan untuk memastikan bahwa temuan tersebut sesuai dengan pengalamannya.

3.5.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data (*Applicability, Fittingness*)

Seberapa mampu suatu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferabilitas. Istilah transferabilitas dipakai pada penelitian kualitatif untuk menggantikan konsep generalisasi yang digunakan pada penelitian kuantitatif.

3.5.3 Dependabilitas (Ketergantungan)

Dependabilitas mempertanyakan tentang konsistensi dan reliabilitas suatu instrumen yang digunakan lebih dari sekali penggunaan. Masalah yang ada pada studi kualitatif adalah instrumen penelitian dan peneliti sendiri sebagai manusia yang memiliki sifat-sifat tidak dapat konsisten dan dapat diulang. Antara peneliti satu dengan peneliti lain memiliki fokus penekanan yang berbeda dalam menginterpretasikan dan menyimpulkan hasil temuannya.

3.5.4 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas (*confirmability*) menggantikan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti keduanya, yaitu kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan elemen-elemen penelitiannya. Cara peneliti menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal. Peneliti mengenali pengalamannya dan pengaruh subjektif dari interpretasi yang telah dibuatnya, sehingga pembaca mengetahui proses reflektivitas yang dibuat peneliti. Selanjutnya, untuk memperoleh hasil penelitian kualitatif yang objektif, peneliti perlu menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara memaksimalkan variasi sampelnya, cara ini dapat mengurangi bias hasil penelitian.

3.6 Analisa Data

Ketekunan penulis dilakukan dengan teknik melakukan pengamatan secara terus menerus selama proses pengkajian, implementasi, dan evaluasi terhadap pasien TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas dan

pengecekan teman sejawat di lakukan oleh teman profesi dengan harapan dapat melakukan diskusi dan masukan terhadap perkembangan proses dan hasil yang terjadi pada pasien TB Paru. Urutan dalam analisis adalah :

3.6.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara dengan melakukan 3x kunjungan rumah dan mendapat sumber informasi dari klien dan keluarga, observasi pernafasan, RR dan dokumen foto rontgen, buku pengobatan TB). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.6.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3.6.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan mengaburkan identitas dari klien.

3.6.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.7.1 Etika penulisan

Masalah etika dalam keperawatan meliputi *informed consent* (persetujuan menjadi klien), *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentiality* (kerahasiaan) kemudian peneliti melakukan penelitian dengan menekankan etika penelitian yaitu:

3.7.2 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika

BAB 5. PENUTUP

3.1 Kesimpulan

3.1.1 Pengkajian

Pada pengkajian yang dilakukan pada keluarga 1 berusia 50 tahun dan keluarga 2 berusia 22 tahun kedua keluarga tersebut menjalankan pengobatan OAT, akan tetapi keluarga Tn. H melakukan pengobatan tetapi baru saja putus obat karena tidak mengetahui dampak apabila putus dari pengobatan serta anggota keluarga lainnya tidak mengetahui dampak dari putus pengobatan. Keluarga Sdr. E dikarenakan tertular oleh ibunya dari kecil hingga saat ini serta ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang menyebabkan penyakit dan bakteri TB paru menyebar di dalam rumah, sehingga menyebabkan ketidakefektifan pola nafas pada kedua keluarga tersebut.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada keluarga Tn. H dan Sdr. E adalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan. Diagnosa keperawatan yang lain yang tidak sama yang ditemukan pada keluarga Tn. H adalah kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah yang dihadapi keluarga saat ini. Sedangkan pada keluarga Sdr. E adalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. Diagnosa keperawatan yang lain yang ditemukan pada kedua keluarga adalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dalam masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan mengacu pada Wilkinson dengan memberi penyuluhan. Intervensi tersebut sudah tertera dalam landasan teori. Dilakukan selama 3 kali kunjungan rumah, dalam setiap kunjungan rumah selama 30 menit sampai 1 jam.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada keluarga Tn. H dan keluarga Sdr. E yaitu memberikan penyuluhan keperawatan tentang penyakit TB Paru, mengajarkan tentang tehnik relaksasi, mengajarkan tentang tehnik batuk efektif, mengajarkan dan memberi penyuluhan tentang cara memodifikasi lingkungan, membersihkan rumah dan sering membuka jendela agar meminimalisir kuman TB. Memantau sistem pernafasan klien (RR), memantau kondisi rumah agar bersih dan udara yang sehat.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada keluarga Tn. H dan Sdr. E, evaluasi keperawatan dalam masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan tujuan tercapai pada kunjungan ketiga.

3.2 Saran

3.2.1 Bagi Puskesmas

Mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga Tn. H dan Sdr. E dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan pada penderita TB Paru lebih ditingkatkan lagi, memberikan penyuluhan tentang cara memodifikasi lingkungan pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami TB paru, sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan dapat meningkat.

3.2.2 Bagi Klien dan Keluarga

Memberikan manfaat kepada keluarga Tn. H dan Sdr. E untuk lebih mengenal masalah tentang ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

3.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai khasanah keilmuan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: KEMENKES RI.
- Ali, Z. (2009). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Danusantoso, H. (2012). *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: EGC.
- dkk, P. F. (2014). *Hubungan Status Gizi dengan CD4 pada Pasien TB PARU. e-Clinic (eCL)*.
- dkk, S. (2014). *Analisis Hubungan Kondisi Fisik Rumah dengan Kejadian TB Paru BTA Positif di Puskesmas Kotabumi II, Bukit Kemuning dan Ulak Rengas Kab. Lampung Utara Tahun 2012*. JURNAL KEDOKTERAN , 84.
- Endang, P. (2015). *Tugas Kesehatan Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita TB Paru . Tugas Kesehatan Keluarga* , 36.
- Erwin Ulinuha Fahreza, H. W. (2012). *Hubungan antara Kualitas Fisik Rumah dan Kejadian Tuberkulosis Paru dengan Basil Tahan Asam Positif di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang. Jurnal Kedokteran Muhammadiyah* , 1.
- Fahreza, E. U. (t.thn.). *Hubungan Antara Kualitas Fisik Rumah dan Kejadian Tuberkulosis Paru dengan Basil Tahan Asam Positif di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang*.
- Feby, P. (2014). *HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN CD4 PADA PASIEN TB PARU. eCL*.

- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jimmi, L. (2011). *Hubungan Kepadatan Rumah dengan Penularan Tuberkulosis Paru di kota Pontianak*. Universitas Tanjungpura .
- Lemone, P. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Lufthiani. (2010). *PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA PADA SUKU MELAYU DI KELURAHAN PEKAN LABUHAN KECAMATAN MEDAN LABUHAN*. 32.
- Mardiono, S. (2013). *Pengaruh Latihan Batuk efektif terhadap frekuensi pernapasan pasien TB Paru di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Pelabuhan Palembang*. *Jurnal Harapan bangsa Vol.1* , 228.
- Marni, S. K. (2014). *asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pernafasan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing .
- Nurjana. (2015). *Faktor Resiko Terjadinya Tuberculosis Paru Usia Produktif (15-49 Tahun) Di Indonesia*. *Media Litbangkes, Vol. 25 No. 3* , 165-170.
- Oktavia Surakhmi, R. M. (2016). *Analisis Faktor Risiko Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kertapati Palembang*. *jurnal ilmu kesehatan* , 7.
- Rida Dwi Lestari, S. P. (2014). *Pemodelan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Jumlah Kasus Penyakit Tuberculosis di Jawa Timur dengan Pendekatan Generalized Poisson Regression dan Geographically Weighted Poisson Regression*. *Sains dan Seni* , 1.
- Rukmini, C. (2010). *faktor faktor yang berpengaruh terhadap kejadian TB Paru dewasa di Indonesia (Analisis Data Kesehatan Dasar Tahun 2010)*. 326.

Siregar, A. F. (2015). *Hubungan Kondisi Fisik Dan Pekerjaan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Di Desa Bandar Khalipah Kecamatan Percut Sei Tuan Tahun 2015*. 1-7.

Siregar, A. F. (2015). *Hubungan Kondisi Rumah dan Pekerjaan dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Bandar Khalipah Kecamatan Percut Sei Tuan Tahun 2015*. 2.

Sumarmi, A. B. (2014). *Analisis Hubungan Kondisi Fisik Rumah Dengan Kejadian TB Paru BTA Positif di Puskesmas Kotabumi II, Bukit Kemuning dan Ulak Rengas Kab. Lampung Utara Tahun 2012*. jurnal kedokteran , 84.

Wilkinson. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* . Jakarta: EGC.

Yasmara, D. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

Lampiran1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH :LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																															
	FEB				MAR				APR				MEI-DES				JAN				FEB				MAR				APRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penulisan	■	■	■	■																												
Konfirmasi Penulisan	■	■	■	■																												
Konfirmasi Judul				■																												
Penyusunan Proposal Laporan Kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Sidang Proposal																									■							
Revisi																									■	■	■	■				
Pengumpulan Data																													■	■	■	■
Penyusunan Laporan Kasus																																
Konsul Penyusunan Laporan Kasus																																
Ujian Sidang																																
Revisi																																
Pengumpulan Laporan Kasus																																

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																											
	MEI				JUNI				JULI				AGUSTUS				SEPT				OCT				NOV			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penulisan																												
Konfirmasi Penulisan																												
Konfirmasi Judul																												
Penyusunan Proposal Laporan Kasus																												
Sidang Proposal																												
Revisi																												
Pengumpulan Data																												
Penyusunan Laporan Kasus																												
Konsul Penyusunan Laporan Kasus																												
Ujian Sidang																												
Revisi																												
Pengumpulan Laporan Kasus																												

Lampiran 2

BOOKLET



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. H DAN Tn. Y YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI TB PARU DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

Faizah Hartinah

NIM 152303101136

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

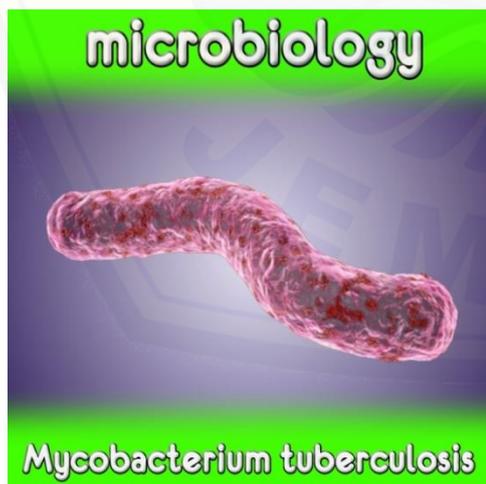
2018

1. Definisi

Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi menurut Rab,2010 dalam (Yasmara, 2016). Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *M. Tuberculosis*, suatu bakteri aerob tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara inhalasi partikel kecil (diameter 1-5mm) yang mencapai alveolus, dropler tersebut keluar saat berbicara, batuk, tertawa, bersin, atau menyanyi (Black & Hwaks, 2014 dalam (Yasmara, 2016)).

2. Etiologi

Penyakit tuberkulosis disebabkan oleh bakteri *Mycobacteriu tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang dan memiliki panjang 1-4 cm dan tebal 0,3-0,6 cm. Kuman ini memiliki sifat tahan terhadap asam karena dilapisi oleh lemak/lipid. Sifat lain dari kuman ini adalah aerob yang menyukai daerah yang banyak mengandung oksigen (Yasmara, 2016).



Gejala Tuberkulosis (TB)



3. Gambaran Klinis

Berikut gambaran klinis Menurut Corwin (2009) yaitu:

- a. Gejala utama: batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih.
- b. Gejala tambahan, yang sering dijumpai:
 1. Dahak bercampur darah
 2. Batuk darah
 3. Sesak nafas dan rasa nyeri dada
 4. Badan lemah dan nafsu makan menurun
 5. Malaise atau rasa kurang enak badan
 6. Berat badan menurun
 7. Berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan
 8. Demam meriang lebih dari satu bulan

4.Pencegahan TB

- a. Tutupi mulut Anda saat bersin, batuk, dan tertawa. Anda juga bisa mengenakan masker. Apabila Anda menggunakan tisu, buanglah segera setelah digunakan.
- b. Tidak membuang dahak atau meludah sembarangan.
- c. Pastikan rumah Anda memiliki sirkulasi udara yang baik, misalnya sering membuka pintu dan jendela agar udara segar serta sinar matahari dapat masuk.
- d. Tetaplah di rumah dan jangan tidur sekamar dengan orang lain sampai setidaknya beberapa minggu setelah menjalani pengobatan.



Lampiran 3







Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Huran
Umur : 50 tahun
Jeniskelamin : laki - laki
Alamat : Blukon Lumajang
Pekerjaan : Petani

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

“Pengkajian Asuhan keperawatan Keluarga dengan Anggota keluarga Tb Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrnan Tahun 2018”

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

Lumajang, 29 Mei 2018

Mengetahui,

Yang Menyetujui,

Penanggung Jawab Penelitian

Peserta Penelitian

(...Fauziah Hurdinah...)

(...)

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eris Inawati
Umur : 22 tahun
Jeniskelamin : Perempuan
Alamat : Blukon, Lumajang
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

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

- "Pengkajian Asuhan keperawatan Keluarga dengan Anggota keluarga Tb Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Tahun 2018"

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

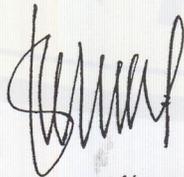
Lumajang,

Mengetahui,

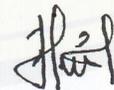
Yang Menyetujui,

Penanggung Jawab Penelitian

Peserta Penelitian



(..... FAIZAH HARTINAH.....)



ERIS INAWATI

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

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

Nomor : 072/53/427.75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor: 280/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 22 Maret 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama FAIZAH HARTINAH.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : FAIZAH HARTINAH
2. Alamat : Krajan Selatan RT 11 RW 2 Desa Randuagung Kec. Randuagung
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang/ 1523031011 36
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga TB Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep. Ners MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 16 April 2018 s/d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, Puskesmas Rogotrunan Lumajang

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

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotrunan Lumajang,
6. Sdr. Koord Prodi D3 Keperawatan
Univ. Jember Kampus Lumajang.
7. Sdr. Yang Bersangkutan

Lumajang, 16 April 2018





FORMULIR
LOG BOOK PENYUSUNAN
PROPOSAL MAHASISWA

No. Dok. :
Berlaku sejak :
Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA UNIVERSITAS JEMBER

MAHASISWA
PROGRAM STUDI
JUDUL PROPOSAL

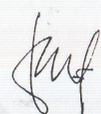
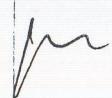
Faizah Hartinah
15-142

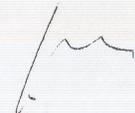
Asuhan keperawatan keluarga Tn-H dan Tn-Y yang anggota keluarganya mengidap TB paru dengan masalah kep tidak efektifnya pola nafas diwariskan keran Performer Resotman

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

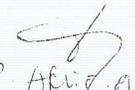
NO	TGL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN
1	11/02/2017	Konsul judul	Konsul judul memerangi keluarga dg TB paru dg masalah kep. pola nafas tidak efektif all
2	13/02/2017	Bab I, II	Fokus MRC ✓

Digital Repository Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
3	22/1a 17	Bab I	Solusi → Keperawatan → Perawatan		
4	25/09 17	II	Ase ~ Lanjutan Bab II		
5	09/01 2018	konsep BAB II Revisi	Konsep BAB II konsep teori, definisi, etiologi, pencegahan, manifestasi, pemeriksaan penunjang, program perawatan, konsep keluarga Tipe, keluarga		
6	06/02 2018	Revisi BAB II	- penyakit - Dx Kep & bentuk & kasus		
7	13/2	Bab II	ase ~ CDx !) Lanjutan Bab III		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
8	14/02 2018	Bal. III	all - siap siap - dikuasai - PPT 10 menit		
9	16/03 2018	Revisi proposal AM	Ditunjuk al : ① - pembia - pengaf - sub Bab - pengaf 2 - kumulatif ke lily Kronologi → ml - al falsafah lagi Ace		
10	1/09 2018	Revisi proposal	Ace revisi proposal		
11	9/09 2018	Revisi proposal	Ace revisi proposal		
12	5/07 2018	konsum Bab 4.	konsum Bab 4. skripsi lansut bab 5		

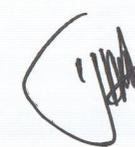
Digital Repository Universitas Jember

NO.	WAKTU	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
13	09/07 2018	konasi Bab 5.	Ace Stap Gyan		
14	1/08 2018	konasi Revisi sidang KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Bab 1. solusi kurang lengkap. - penulisan kurang rapi. - BAB 3 ditambahkan. 		 P. ALI A
15	2/08 2018	konasi Revisi sidang KTI	<ul style="list-style-type: none"> - BAB 1 solusi kurang unit dan harus runtut. - BAB 2 penulisan harus rapi. - BAB 3 ditambahkan, letak & waktu 		 P. ALI A
16	2/08	konasi Revisi sidang KTI	BAB 2 Susunan masalah BAB 3 Susunan Realita BAB 4 ditambahkan Opus		
17	3/08	konasi Revisi sidang KTI	BAB 1 Harus unit Bab 3		 P. ALI A

Digital Repository Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
18	9/8 2018	Konru Revisi Kti BAB.1,2,3	BAB 1,2,3 Acc		
19	9/8 2018	Konru Revisi Kti: Bab cover BAB 4,5	lanjut BAB 2,5 menganalisa materi BAB 4 ke bab 2. memperbaiki BAB 5.		
20	10/8 2018	Konru Revisi Kti Bab 4, analisa data	- Penulisan diperbaiki. - kognitif, afektif, Psikomotor tidak jelas.		
21	14/08 2018	Konru Revisi dalam Bab 5	Bab 5 kurang-jelas, diperbaiki.		
22	14/08 2018	Konru BAB 5 Acc	Konru BAB 5 Acc		

Digital Repository Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
23	15/08 2018	Konasi BABS	Ben Seng Rani Sul Bn		
24	16/08 2018	Konasi Rinsparan/sumnar	Deni beta ram kumar jalar Ace		

Ketua Program Studi

Pembimbing

NIP.

NIP.

Mengetahui
Wakil Direktur I

NIP.

