



**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA
KELUARGA Tn. S DAN Tn. U DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
PENGobatan DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Amiruz Zamroni
NIM 162303101010**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA
KELUARGA Tn. S DAN Tn. U DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
PENGobatan DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan dan
mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

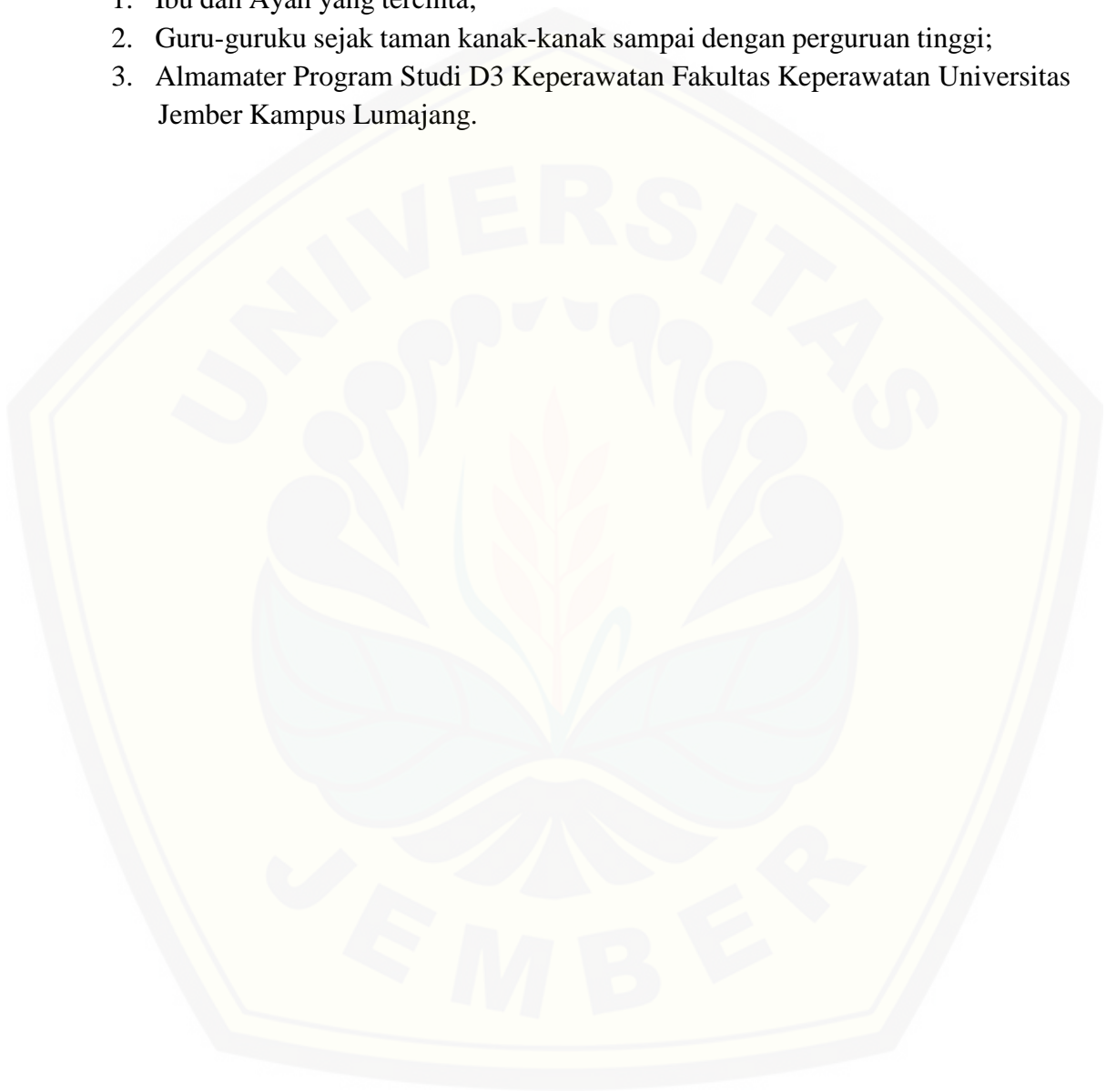
**Amiruz Zamroni
NIM 162303101010**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu dan Ayah yang tercinta;
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.



MOTTO

Dan Dia bersama kamu di mana saja kamu berada. Dan Allah melihat apa yang kamu kerjakan.
(terjemahan Surat Al Hadid ayat 4) *)

Waktu bagaikan pedang. Jika engkau tidak memanfaatkannya dengan baik (untuk memotong), maka ia akan memanfaatkanmu (dipotong).
(terjemahan H.R. Muslim) **)



*) Departemen Agama Republik Indonesia, 2005. *Al-Qu'an dan Terjemahannya*. Jakarta: CV. Penerbit J-Art.

***) Tuasikal, M. A., 2012. *Rumaysho.Com*. [Online] Available at: <https://rumaysho.com/2782-waktu-laksana-pedang-2.html>. [Accessed 05 Februari 2019].

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Amiruz Zamroni

NIM : 162303101010

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru pada Keluarga Tn. S dan Tn. U dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 01 Oktober 2019

Yang menyatakan,



Amiruz Zamroni

NIM 162303101010

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA
KELUARGA Tn. S DAN Tn. U DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
PENGobatan DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN 2019**

Oleh

Amiruz Zamroni
NIM 162303101010

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Dr. Suhari, A.Per.Pen., M.M.

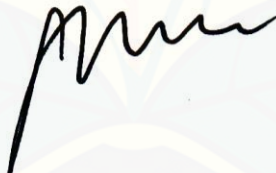
PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru pada Keluarga Tn. S dan Tn. U dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019” telah disetujui pada :

hari, tanggal : 02 Oktober 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,



Dr. Suhari, A.Per.Pen., M.M.
NIP 196303021986031023

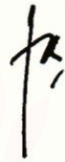
PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru pada Keluarga Tn. S dan Tn. U dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019” karya Amiruz Zamroni telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : 09 Desember 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 197702072008011019

Anggota I,



Primasari M.R., S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP 760017257

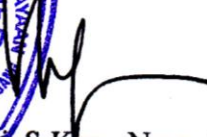
Anggota II,



Dr. Suhari, A.Per.Pen., M.M.
NIP 196303021986031023

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang




Nurul Hayati, S.Kep., Ners., M.M.
NIP 196506291987032008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru pada Keluarga Tn. S dan Tn. U dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019: Amiruz Zamroni, 162303101010; xvii + 149 halaman: Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Tuberkulosis paru merupakan penyakit peradangan pada jaringan parenkim paru yang disebabkan oleh adanya infeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman ini bisa menular melalui kontak langsung dari penderita melalui percikan dahak dan penggunaan alat makan bersama. Seseorang yang sudah diketahui menderita tuberkulosis paru perlu mendapatkan program pengobatan tuberkulosis paru. Pengobatan ini membutuhkan waktu selama 6 bulan agar bisa sembuh. Lamanya waktu pengobatan ini, menimbulkan rasa bosan dan malas pada penderita, serta efek samping obat yang kurang menyenangkan sehingga penderita tidak patuh terhadap program pengobatan yang telah diberikan. Pengobatan yang tidak tuntas akan menyebabkan kondisi penderita bertambah buruk dan bisa mengarah pada kondisi TB MDR (*Multidrug Resistant Tuberculosis*). Peran perawat keluarga dalam mengatasi masalah ketidapatuhan pengobatan klien tuberkulosis paru diantaranya memberikan pendidikan kesehatan tentang tuberkulosis paru, menjelaskan tentang pengobatan, membentuk PMO (Pengawas Menelan Obat) dalam keluarga dan mengawasi pelaksanaan tugas PMO keluarga.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan Tuberkulosis Paru pada keluarga Tn. S dan Tn. U dengan masalah keperawatan ketidapatuhan pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2019.

Metode yang digunakan dalam tugas akhir ini adalah jenis penelitian kualitatif yang berupa studi kasus untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan Tuberkulosis Paru pada keluarga Tn. S dan Tn. U dengan masalah keperawatan ketidapatuhan pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2019. Pengumpulan data dilakukan kepada dua keluarga yang memenuhi kriteria partisipan dengan teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

Hasil yang didapatkan setelah melakukan tindakan keperawatan selama tiga kali kunjungan rumah terjadi peningkatan pengetahuan keluarga tentang pengobatan tuberkulosis paru dan kepatuhan klien terhadap pengobatan juga meningkat.

Dari hasil tersebut, diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk dapat memodifikasi atau menambahkan teori yang lebih baru. Dapat juga menambah frekuensi kunjungan rumah sebagai pemberi asuhan, edukasi kesehatan dan juga memberikan informasi kepada keluarga klien yang dapat mempengaruhi klien dalam meningkatkan kepatuhan sebagai bentuk dukungan terhadap kesembuhan klien khususnya penderita tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidapatuhan pengobatan yang ada di keluarga.

SUMMARY

Nursing Care of Pulmonary Tuberculosis to Family of Mr. S and Mr. U with Nursing Problem Treatment Non-Compliance in Work Area of the Rogotrunan Lumajang Health Care Center 2019: Amiruz Zamroni, 102303101010; xvii + 149 Pages: the D3 Nursing Study Program, the Faculty of Nursing, Jember University

Pulmonary tuberculosis is an inflammatory disease of the pulmonary parenchyma tissue caused by bacterial infection *Mycobacterium tuberculosis*. These bacteria can be transmitted through direct contact with the sufferer through the splash of phlegm and use of shared cutlery. Someone who is known to suffer from pulmonary tuberculosis should obtain a treatment program of pulmonary tuberculosis. This treatment takes 6 months to heal. This long treatment time, causing boredom and laziness in sufferers, as well as side effects of drugs that are less pleasant so the sufferer is not obedient to the treatment program that has been given. Incomplete treatment will cause the sufferer's condition to grow worse and can lead to the condition of TB MDR (Multidrug Resistant Tuberculosis). The role of family nurses in addressing the problem of treatment non-compliance in pulmonary tuberculosis patients there are provides a health education about pulmonary tuberculosis, explaining the treatment, forming PMO (the supervisor swallowing medicine) in the family and supervising implementation of the family PMO task.

The purpose of this research is to explore the nursing care of pulmonary tuberculosis to family of Mr. S and Mr. U with nursing problem treatment non-compliance in work area of Rogotrunan Lumajang Health Care Center 2019.

The method used in this final assignment is a qualitative research in the form of a case study to explore the nursing care of pulmonary tuberculosis to family of Mr. S and Mr. U with nursing problem treatment non-compliance in work area of Rogotrunan Lumajang Health Care Center 2019. Data collection was conducted on two families that meet participant's criteria with interviews, observation and documentation studies techniques.

The results obtained after conducting nursing actions for three times the house visit occurred increased families knowledge about pulmonary tuberculosis treatment and client's compliance to the treatment also increased.

From these results, it is expected for the next researcher to be able to modify or add more theories that are recent. Can also increase the frequency of home visits as an orphanage, health education and also provide information to the client's family that can affect the client in improving compliance as a form of support for client recovery especially patients with pulmonary tuberculosis with nursing problem treatment non-compliance in the family

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru pada Keluarga Tn. S dan Tn. U dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019”. Laporan tugas akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M. Sc., Ph. D., selaku Rektor Universitas Jember;
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S. Kep., Ners., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ibu Nurul Hayati, S. Kep., Ners., M.M., selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember;
4. Dr. Suhari, A. Per. Pen., M.M., selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan karya tulis ilmiah ini;
5. Ibu Primasari Mahardika R., S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
6. Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini;
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. Akhirnya penulis berharap, semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat.

Lumajang, 01 Oktober 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PERSETUJUAN PEMBIMBING	vii
PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat bagi penulis	7
1.4.2 Manfaat bagi keluarga dan klien.....	7
1.4.3 Manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Keluarga	8
2.1.1 Definisi Keluarga.....	8
2.1.2 Ciri-ciri Keluarga.....	8
2.1.3 Tipe Keluarga	9
2.1.4 Fungsi Keluarga.....	13
2.1.5 Struktur Keluarga	14
2.1.6 Peranan keluarga	15
2.1.7 Tugas Kesehatan keluarga	16
2.1.8 Tahap perkembangan keluarga	18
2.2 Konsep Penyakit Tuberkulosis Paru	20
2.2.1 Pengertian	20
2.2.2 Etiologi	20
2.2.3 Cara Penularan.....	21
2.2.4 Klasifikasi Tuberkulosis	22
2.2.5 Tanda dan Gejala	23
2.2.6 Patofisiologi.....	25
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	26
2.2.8 Penatalaksanaan.....	28
2.2.9 Komplikasi	34

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis	34
2.3.1 Pengkajian	34
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	42
2.3.3 Intervensi	45
2.3.4 Implementasi Keperawatan	50
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	50
BAB 3. METODE PENULISAN	52
3.1 Desain Penelitian.....	52
3.2 Batasan Istilah.....	52
3.3 Partisipan.....	53
3.4 Lokasi dan Waktu.....	54
3.5 Pengumpulan Data	54
3.5.1 Proses Pengumpulan Data	54
3.5.2 Wawancara	54
3.5.3 Observasi	55
3.5.4 Studi Dokumentasi	55
3.5.5 Pemeriksaan Fisik.....	55
3.6 Uji Keabsahan Data.....	55
3.7 Analisis data	56
3.7.1 Pengumpulan data	56
3.7.2 Mereduksi data	56
3.7.3 Penyajian data.....	56
3.7.4 Kesimpulan.....	56
3.8 Etika penulisan.....	57
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan).....	57
3.8.2 <i>Anonimity</i> (Tanpa Nama).....	57
3.8.3 <i>Confidentially</i> (Kerahasiaan)	57
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	58
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	58
4.2 Pengkajian	58
4.2.1 Identitas Umum Keluarga.....	58
4.2.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	65
4.2.3 Pengkajian Lingkungan	68
4.2.4 Struktur Keluarga	71
4.2.5 Fungsi Keluarga.....	72
4.2.6 Stres dan koping keluarga.....	76
4.2.7 Keadaan Gizi Keluarga.....	77
4.2.8 Pemeriksaan Fisik.....	78
4.2.9 Harapan Keluarga	80
4.3 Analisa Data	81
4.4 Skoring.....	83
4.5 Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas.....	88
4.5.1 Diagnosa keperawatan keluarga klien 1	88
4.5.2 Diagnosa keperawatan keluarga klien 2	88
4.6 Intervensi	90
4.7 Implementasi dan Evaluasi	92

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	97
5.1 Kesimpulan.....	97
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	97
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	97
5.1.3 Intervensi Keperawatan	98
5.1.4 Implementasi Keperawatan	98
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	98
5.2 Saran	99
5.2.1 Bagi Penulis	99
5.2.2 Bagi Puskesmas	99
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	99
5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga	99
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya	100
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN.....	105

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Obat OAT lini pertama	29
Tabel 2.2 Dosis dewasa obat OAT	29
Tabel 2.3 OAT dalam pengobatan TB MDR.....	29
Tabel 2.4 Dosis panduan OAT KDT kategori 1	31
Tabel 2.5 Dosis panduan OAT kombipak kategori 1	31
Tabel 2.6 Dosis panduan OAT KDT kategori 2	32
Tabel 2.7 Dosis panduan OAT kombipak kategori 2	32
Tabel 2.8 Penentuan prioritas masalah	44
Tabel 4.1 Identitas kepala keluarga	58
Tabel 4.2 Komposisi keluarga	59
Tabel 4.3 Tipe keluarga	62
Tabel 4.4 Suku bangsa.....	62
Tabel 4.5 Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan.....	63
Tabel 4.6 Status sosial ekonomi keluarga.....	63
Tabel 4.7 Aktivitas rekreasi keluarga	64
Tabel 4.8 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga	65
Tabel 4.9 Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga	67
Tabel 4.10 Karakteristik rumah.....	68
Tabel 4.11 Struktur keluarga	71
Tabel 4.12 Fungsi keluarga	72
Tabel 4.13 Stres dan koping keluarga.....	76
Tabel 4.14 Keadaan gizi keluarga	77
Tabel 4.15 Pemeriksaan fisik	78
Tabel 4.16 Pemeriksaan <i>head to toe</i>	79
Tabel 4.17 Harapan keluarga.....	80
Tabel 4.18 Analisa data asuhan keperawatan keluarga klien 1.....	81
Tabel 4.19 Analisa data asuhan keperawatan keluarga klien 2.....	82
Tabel 4.20 Scoring diagnosa keperawatan keluarga klien 1	83
Tabel 4.21 Skoring diagnosa keperawatan keluarga klien 2.....	85
Tabel 4.22 Batasan karakteristik	89
Tabel 4.23 Intervensi keperawatan pada keluarga klien 1 dan klien 2.....	90
Tabel 4.24 Implementasi dan evaluasi keluarga klien 1	92
Tabel 4.25 Implementasi dan evaluasi keluarga klien 2	93

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 4.1 Genogram keluarga klien 1	60
Gambar 4.2 Genogram keluarga klien 2	61
Gambar 4.3 Denah rumah keluarga klien 1	70
Gambar 4.4 Denah rumah keluarga klien 2	71



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan KTI.....	105
Lampiran 2 Informed Consent Klien 1	106
Lampiran 3 Informed Consent Klien 2	107
Lampiran 4 Surat Permohonan Ijin Penyusunan KTI	108
Lampiran 5 Surat Ijin Penyusunan KTI.....	109
Lampiran 6 Surat Pemberitahuan Melakukan Penelitian	110
Lampiran 7 Alur Penggunaan Aplikasi Sembuh TB	111
Lampiran 8 Diagram Hipo Aplikasi Sembuh TB	113
Lampiran 9 Satuan Acara Penyuluhan Tuberkulosis Paru	114
Lampiran 10 Satuan Acara Penyuluhan Pentingnya Pengobatan TB Paru.....	125
Lampiran 11 Satuan Acara Penyuluhan Pengawas Menelan Obat (PMO).....	136
Lampiran 12 Log Book Penyusunan KTI.....	145
Lampiran 13 Dokumentasi	149

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tren insiden kasus TBC di Indonesia tidak pernah menurun, masih banyak kasus yang belum terjangkau dan terdeteksi, walaupun terdeteksi dan telah diobati tetapi belum dilaporkan. Sesuai data WHO *Global Tuberculosis Report 2017*, Indonesia menempati posisi kedua dengan beban TBC tertinggi di dunia. Berdasarkan studi *Global Burden of Disease*, TBC menjadi penyebab kematian kedua di dunia. Angka TBC di Indonesia berdasarkan mikroskopis sebanyak 759 per 100 ribu penduduk untuk usia 15 tahun ke atas dengan jumlah laki-laki lebih tinggi daripada perempuan dan jumlah di perkotaan lebih tinggi daripada di pedesaan (Depkes, 2018).

Tuberkulosis merupakan salah satu dari sepuluh penyebab utama kematian di dunia dan penyebab utama dari infeksi agen tunggal, peringkat di atas HIV/AIDS. Pada tahun 2017 diperkirakan 1,3 juta kematian Tuberkulosis dengan negatif HIV dan 374.000 kematian dengan positif HIV. Sedangkan jumlah penderita tuberkulosis pada tahun 2017 adalah sebanyak 10 juta orang (5,8 juta laki-laki, 3,2 juta perempuan, dan 1 juta anak-anak) dengan total 6,4 juta kasus baru yang dilaporkan (meningkat dari 6,3 juta di tahun 2016) (World Health Organization, 2018).

Sebagian besar perkiraan jumlah insiden pada tahun 2017 terjadi di wilayah Asia Tenggara sebesar 44%, wilayah Afrika sebesar 25%, dan wilayah Pasifik Barat sebesar 18%. Sedangkan proporsi kasus yang lebih kecil terjadi di wilayah Mediterania Timur sebesar 7,7%, wilayah Amerika sebesar 2,8% dan wilayah Eropa sebesar 2,7%. Hal ini menempatkan Asia Tenggara dengan beban penyakit Tuberkulosis pertama di dunia dengan total penderita sebanyak 4,44 juta. Angka kematian akibat Tuberkulosis yang terjadi di Asia Tenggara mencapai 638.000 jiwa dengan negatif HIV dan 28.000 kematian Tuberkulosis dengan positif HIV (World Health Organization, 2018).

Di Indonesia, WHO memperkirakan insiden pada tahun 2017 sebesar 842.000 atau 319 per 100.000 penduduk, sedangkan insiden Tuberkulosis dengan HIV

sebesar 36.000 kasus per tahun atau 14 per 100.000 penduduk dan kematian akibat Tuberkulosis diperkirakan sebesar 107.000 jiwa atau 40 per 100.000 penduduk, dan kematian Tuberkulosis dengan HIV sebesar 9.400 dengan angka kematian 3,6 per 100.000 (World Health Organization, 2018).

Pada tahun 2017 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 360.770 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2015 yang sebesar 351.893 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat sebanyak 78.698 orang, Jawa Timur sebanyak 48.323 orang dan Jawa Tengah sebanyak 42.272 orang (Kemenkes RI, 2018).

Dalam profil kesehatan provinsi Jawa Timur tahun 2017 ditemukan jumlah kasus baru Tuberkulosis BTA positif sebanyak 25.117 kasus dan total keseluruhan kasus Tuberkulosis sebanyak 48.183 kasus dengan *Case Detection Rate* (CDR) Tuberkulosis sebesar 51%. Hal ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Sedangkan angka kematian yang terjadi sebesar 4,31 per 10.000 penduduk. Terdapat 5 daerah di Jawa Timur dengan beban tertinggi Tuberkulosis di antaranya terjadi di Surabaya dengan jumlah 6.338 kasus, Pasuruan 2393 kasus, Lamongan 2377 kasus, Malang kabupaten 2160 kasus dan Gresik 2115 kasus. Sementara itu, Kabupaten Lumajang berada pada urutan 13 daerah dengan beban Tuberkulosis sebanyak 1.270 kasus (Dinkes Jawa Timur, 2018).

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang tahun 2016 Lumajang pada Puskesmas Rogotruman menempati peringkat pertama jumlah penderita TB terbanyak yakni sebanyak 111 orang, disusul RSUD dr. Haryoto Lumajang dan Labruk Kidul pada peringkat dua dan tiga dengan jumlah penderita masing-masing 103 dan 69 orang. Dari data rekam medik menunjukkan jumlah penderita TB Paru mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hal ini dapat dilihat dari tahun 2017 jumlah penderita sebanyak 110 orang dan pada tahun 2018 trimester pertama sebanyak 115 orang. Sedangkan klien TB Paru MDR *drop out* sebanyak 5 orang (Rekam Medik Puskesmas Rogotruman, 2018).

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan (GI) serta luka yang terbuka pada kulit. Tetapi yang paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut (Nurarif & Kusuma, 2015).

Salah satu upaya untuk mengendalikan TB yaitu dengan pengobatan. Pengobatan tuberkulosis merupakan upaya paling efisien untuk mencegah penularan kuman TB. Strategi pengendalian TB yaitu strategi *Directly Observed Therapy Shortcourse* (DOTS) yang terdiri dari lima komponen kunci yaitu komitmen politis, penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya, pengobatan yang standar dengan supervisi dan dukungan bagi klien, sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif, sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan klien dan kinerja program (Situmorang, et al., 2017).

Terdapat berbagai tantangan selama masa pengobatan klien tuberkulosis yang membutuhkan waktu yang lama, yaitu lama pengobatan 6-8 bulan, kemiskinan, kegagalan menjalani program TB, perubahan demografi, klien tidak memahami pentingnya aturan pengobatan penyakit TB, pekerjaan, biaya transportasi menuju tempat layanan kesehatan, dan lain sebagainya. Di samping itu, munculnya resistensi OAT, kurangnya pengawasan pemerintah terhadap program pengobatan dan budaya masyarakat yang menganggap TB merupakan penyakit keturunan atau penyakit kutukan. Masalah-masalah tersebut dapat menjadi alasan bagi seorang penderita tuberkulosis tidak patuh dalam menjalankan pengobatan bahkan menghentikan pengobatannya (Situmorang, et al., 2017).

Pengobatan yang lama membuat penderita cenderung untuk tidak patuh minum obat di samping rasa bosan karena harus minum obat dalam waktu yang lama seseorang penderita kadang-kadang juga berhenti minum obat sebelum masa pengobatan belum selesai hal ini dikarenakan penderita belum memahami bahwa obat harus diminum seluruhnya dalam waktu yang telah ditentukan, serta

pengetahuan yang kurang tentang penyakit sehingga akan mempengaruhi kepatuhan untuk berobat secara tuntas (Pohan & Budiningsih, 2015).

Kurangnya pengetahuan klien tuberkulosis menghentikan minum obat pada bulan kedua saat dia merasa baik, membuat klien resisten terhadap obat anti tuberkulosis, kambuhnya penyakit bahkan ada klien yang meninggal. Lamanya pengobatan serta efek samping yang timbul saat pengobatan berpengaruh terhadap ketidakpatuhan. Semakin lama waktu yang dibutuhkan dalam pengobatan lama akan berdampak klien kurang patuh minum obat. Dan apabila pengobatan tersebut memberikan efek samping yang kurang menyenangkan akan berakibat terhadap ketidakpatuhan klien (Pohan & Budiningsih, 2015).

Ketidakpatuhan merujuk apabila orang dengan tuberkulosis yang melewatkan satu pengobatan (tidak minum obat) dan tidak melakukan pemeriksaan ulang selama proses pengobatan tuberkulosis (Fadila & Riono, 2014). Pengobatan yang tidak teratur atau kelalaian dalam mengonsumsi obat, pemakaian OAT yang tidak atau kurang tepat, maupun pengobatan yang terputus dapat mengakibatkan resistensi bakteri terhadap obat. Pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap dimasa lalu pun, juga diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) atau *Multi Drug Resistance* (MDR) (Maulidia, 2014).

Ketidakpatuhan minum obat atau pengobatan yang tidak tuntas, bisa berakibat kuman tuberkulosis (BTA) yang merupakan basil tahan asam akan resisten atau kebal terhadap obat-obatan tuberkulosis yang dikonsumsi, biasa disebut dengan *Multi Drug Resistance* (MDR). Jika hal itu terjadi, klien harus menjalani pengobatan lini kedua. Padahal, obat anti tuberkulosis lini kedua ini lebih rumit. Terapinya juga lebih lama, lebih toksik, lebih mahal, dan tidak selalu tersedia. Ketidakpatuhan minum obat juga menyebabkan meningkatnya risiko morbiditas, mortalitas dan resistensi obat baik pada klien maupun pada masyarakat luas (Pohan & Budiningsih, 2015).

Komplikasi tuberkulosis yang serius dan meluas saat ini adalah berkembangnya basil tuberkulosis yang resisten terhadap berbagai kombinasi obat yang dapat menyebabkan keparahan bahkan tuberkulosis ekstra paru seperti efusi

pleura, TB perikarditis, pneumotorax, TB meningitis, TB spodilitis, TB pencernaan, dan TB saluran kemih (Mbata & Iroezindu, 2014). Sehingga siapa pun yang terpajan dengan galur basil ini, juga dapat menderita TB resisten multi-obat, yang dalam beberapa tahun dapat mengakibatkan morbiditas bahkan kematian. Jika sudah demikian, akan memerlukan terapi yang lebih banyak dan mahal dengan kecenderungan mengalami kegagalan (Corwin, 2009).

Di dalam sebuah keluarga, sering kali mempengaruhi satu atau lebih anggota keluarga yang lain secara keseluruhan serta terdapat hubungan yang kuat antara keluarga khususnya dalam hal kesehatan atau riwayat penyakit yang diderita setiap keluarga. Sehingga tugas atau peranan keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga secara individu maupun anggota yang lain (Naga, 2012).

Salah satu faktor yang dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pada penderita TB ialah adanya dukungan keluarga yang baik. Dukungan keluarga sangat diperlukan terutama pada penderita TB yang juga merupakan penyakit kronik dan mengharuskan ia mengkonsumsi obat dengan jangka waktu yang lama, karena keluarga merupakan lini pertama bagi penderita apabila mendapatkan masalah kesehatan atau meningkat kesehatan itu sendiri. Merupakan salah satu fungsi keluarga untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dengan berbagai cara, seperti memberi dukungan dalam mengkonsumsi obat (Maulidia, 2014).

Peran perawat dalam asuhan keperawatan diantaranya yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang TB paru, memberikan penjelasan tentang pengobatan TB Paru dan efek samping penggunaan obat, memotivasi klien untuk minum obat rutin dan tepat waktu, memotivasi klien untuk rutin kontrol ke puskesmas, memotivasi klien untuk selalu mengingatkan untuk minum obat rutin dan tepat waktu, menganjurkan untuk memasang alarm untuk mengingatkan minum obat (Mitsuhita, 2016).

Solusi yang dapat dilakukan untuk mencegah maupun mengatasi ketidakpatuhan klien tuberkulosis, antara lain menjaga komitmen pengobatan, adanya dukungan keluarga, pendekatan '*peer educator*' atau teman sebaya dan

penggunaan alat bantu demi peningkatan kepatuhan berobat. Sehingga dapat memutuskan mata rantai penularan, mencegah terjadinya TB resisten obat maupun kematian (Situmorang, et al., 2017).

Melihat begitu pentingnya klien tuberkulosis untuk melakukan prosedur pengobatan dengan benar, yakni dengan teratur minum obat sesuai dosis setiap hari minimal enam bulan serta pengontrolan rutin setiap jadwal yang ditentukan untuk keberhasilan pengobatan serta berpengaruh terhadap pengurangan penularan penyakit tuberkulosis. Namun pada kenyataannya klien tuberkulosis masih ada yang tidak patuh, sehingga munculnya yang resisten terhadap obat, dan kambuh sehingga harus mengikuti pengobatan lini kedua, bahkan meninggal. Jika ini terus terjadi dan kuman tersebut akan terus menyebar sehingga angka kematian terus bertambah akibat penyakit tuberkulosis. Hal inilah yang membuat penulis tertarik untuk mengeksplorasi secara mendalam asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan Tuberkulosis Paru pada keluarga Tn. S dan Tn. U dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2019?

1.3 Tujuan Penelitian

Mengeksplorasi asuhan keperawatan Tuberkulosis Paru pada keluarga Tn. S dan Tn. U dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini, dapat digunakan untuk penulis, keluarga dan klien, serta pengembangan ilmu keperawatan.

1.4.1 Manfaat bagi penulis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman riset laporan kasus mengenai perkembangan proses asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru

1.4.2 Manfaat bagi keluarga dan klien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas layanan asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru terhadap keluarga dan penderita. Serta dapat menambah pengetahuan keluarga dan penderita tentang penyakit Tuberkulosis Paru

1.4.3 Manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan tentang penerapan asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini penulis akan menyajikan landasan teori, yang meliputi konsep keluarga, konsep penyakit dan konsep asuhan keperawatan keluarga pada klien tuberkulosis paru.

2.1 Konsep Dasar Keluarga

Pada tinjauan konsep dasar keluarga, penulis memaparkan tentang definisi keluarga, ciri-ciri keluarga, tipe keluarga, fungsi keluarga, struktur keluarga, peranan keluarga, tugas keluarga, dan tahap perkembangan keluarga.

2.1.1 Definisi Keluarga

Secara umum, keluarga didefinisikan sebagai unit sosial ekonomi terkecil dalam masyarakat yang merupakan landasan dari semua institusi. Keluarga merupakan kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan dan adopsi (Bakri, 2018).

Menurut Friedman, keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi, dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari individu yang ada di dalamnya terlihat interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Achjar, 2012).

Dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas beberapa orang yang menghuni disuatu tempat dan satu atapserta memiliki peran atas kepala keluarga yang saling bergantung satu sama lain

2.1.2 Ciri-ciri Keluarga

Keluarga merupakan suatu sistem interaksi emosional yang diatur secara kompleks dalam posisi, peran, dan aturan nilai yang menjadi dasar struktur atau organisasi keluarga. Struktur keluarga tersebut memiliki ciri-ciri antara lain:

a. Terorganisasi

Setiap anggota keluarga telah memahami fungsi dan peran masing-masing, sehingga tujuan keluarga dapat tercapai. Mereka memiliki hubungan yang baik, sehingga terbentuklah keluarga ideal di mana seluruh anggota keluarga bisa hidup nyaman dan mendukung satu sama lain.

b. Negosiasi

Setiap orang memiliki keterbatasannya masing-masing. Orang tidak bisa melakukan berbagai peran sekaligus. Oleh sebab itu, di dalam keluarga masing-masing anggota sebaiknya tidak menggunakan peran anggota lain, kecuali sudah disepakati bersama. Meski demikian, terkadang masih saja terjadi kecemburuan. Artinya dibutuhkan negosiasi yang terus-menerus, karena persoalan dalam rumah tangga akan terus berkembang sesuai dengan perkembangan sosial masing-masing anggotanya. Kesepakatan sebelumnya pun dapat diubah sesuai kebutuhan.

c. Perbedaan dan Kekhususan

Terkadang dibutuhkan perlakuan khusus terhadap anggota keluarga karena belum bisa menjalankan peran dan tugasnya. Misalnya seorang anak yang memang belum menyadari bagaimana perannya, maka ia harus diperlakukan secara berbeda dan khusus. Demikian pula jika salah satu anggota keluarga sedang sakit, maka ciri ini pun perlu dijalankan. (Widyanto, 2014).

2.1.3 Tipe Keluarga

Menurut Widyanto (2014), tipe keluarga secara umum dapat dibedakan menjadi keluarga tradisional dan non tradisional, diantaranya:

a. Keluarga Tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Tipe keluarga ini merupakan yang paling umum kita temui di mana saja, terutama di negara-negara Timur yang menjunjung tinggi norma-norma.

Oleh sebab itu, seseorang yang terlalu lama *single* akan gelisah karena sering menjadi bahan perbincangan. Begitu pula dengan orang yang sudah pernah menikah tetapi kemudian bercerai, hampir bisa dipastikan mereka akan berusaha

mencari pengganti pasangan sebelumnya. Ada beberapa tipe keluarga tradisional, sebagai berikut:

1) Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup bersama dan saling menjaga. Mereka adalah ayah, ibu, dan anak-anak.

2) Keluarga Besar (*Extended Family*) .

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak, dan kemudian menikah lagi dan memiliki anak pula. Seperti pohon yang bercabang, keluarga besar memiliki kehidupannya masing-masing mengikuti rantingnya. Anggota keluarga besar ini, semakin lama akan semakin membesar mengikuti perkembangan keluarganya. Anggota keluarga besar misalnya kakek, nenek, paman, tante, keponakan, saudara sepupu, cucu, cicit, dan lain sebagainya.

3) Keluarga *Dyad* (Pasangan Inti)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami-istri yang baru menikah. Mereka telah membina rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dulu. Akan tetapi jika di kemudian hari memiliki anak, maka status tipe keluarga ini menjadi keluarga inti.

4) Keluarga *Single Parent*

Single parent adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini bisa disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, single parent mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat. Jika ia sendirian, maka tidak bisa dikatakan sebagai keluarga meski sebelumnya pernah membina rumah tangga.

5) Keluarga *Single Adult* (Bujang dewasa)

Dalam istilah kekinian, tipe keluarga ini disebut sebagai pasangan yang sedang *Long Distance Relationship* (LDR), yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu, misalnya bekerja atau kuliah.

Seseorang yang berada jauh dari keluarga ini kemudian tinggal di rumah kontrakan atau indekos. Orang dewasa inilah yang kemudian disebut sebagai singleadult. Meski ia telah memiliki pasangan di suatu tempat, namun ia terhitung single di tempat lain.

Ada pula yang mengartikan bahwa pada tipe keluarga ini, yang dimaksud adalah orang dewasa yang hidup sendirian. Jika diartikan demikian, maka menyalahi pemahaman umum bahwa keluarga terdiri dari dua orang atau lebih. Lalu bagaimana jika dikaitkan dengan statusnya sebagai anak? Maka ia menjadi bagian dari keluarga orang tuanya, bukan keluarga tersendiri.

b. Keluarga Non-Tradisional

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat. Banyak faktor yang melatarbelakangi kenapa muncul keluarga modern. Salah satu faktor tersebut adalah munculnya kebutuhan berbagi dan berkeluarga yang tidak hanya sebatas keluarga inti. Relasi sosial yang sangat luas membuat manusia yang berinteraksi bisa saling terkait dan terikat. Mereka kemudian bersepakat hidup bersama baik secara legal maupun tidak. Apalagi soal legalitas kini syarat-syaratnya mudah dipenuhi. Berikut ialah beberapa tipe keluarga modern:

1) *The Unmarried Teenage Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam kategori keluarga.

2) *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup bersama anaknya, baik anak dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru.

3) *The Step parent Family*

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak diadopsi oleh sepasang suami-istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orang tua tirinya inilah yang dimaksud dengan *the step parent family*.

4) *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Hal ini bisa berlangsung dalam waktu yang singkat, sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

5) *The Non Marital Heterosexual Conhibitang Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu yang relatif singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

6) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (*marital partners*).

7) *Cohibiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakat untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan berkeluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam.

8) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

9) *Group Network Family*

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

10) *Foster Family*

Seorang anak kehilangan orang tuanya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurun waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orang tua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orang tua si anak menitipkan kepada seseorang dalam waktu tertentu hingga ia kembali mengambil anaknya.

11) *Homeless Family*

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

2.1.4 Fungsi Keluarga

Friedman (1998) dalam Bakri (2018) mengelompokkan fungsi pokok keluarga dalam lima poin yaitu:

a. Fungsi reproduktif keluarga

Sebuah peradaban dimulai dari rumah, yaitu dari hubungan suami-istri terkait pola reproduksi. Sehingga adanya fungsi ini ialah untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga.

b. Fungsi sosial keluarga

Ialah fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial sebelum meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain. Dalam hal ini, anggota keluarga belajar disiplin, norma-norma, budaya, dan perilaku melalui interaksi dengan anggota keluarganya sendiri.

c. Fungsi afektif keluarga

Fungsi ini hanya bisa diperoleh dalam keluarga, tidak dari pihak luar. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi affektif yaitu saling mendukung, menghormati, dan saling asuh. Intinya, antara anggota keluarga satu dengan anggota yang lain berhubungan baik secara dekat. Dengan cara inilah, seorang anggota keluarga merasa mendapatkan perhatian, kasih sayang, dihormati, kehangatan dan lain sebagainya. Pengalaman di dalam keluarga ini akan mampu membentuk perkembangan individu dan psikologis anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi keluarga

Meski bukan kebutuhan utama, faktor ekonomi menjadi hal penting dalam sebuah keluarga. Kondisi ekonomi yang stabil akan mampu menjamin kebutuhan anggota keluarga sehingga mampu menjalankan peran dan fungsinya dengan baik. Terutama dalam hal kebutuhan pokok, paling tidak kebutuhan ini harus terpenuhi. Fungsi ekonomi keluarga meliputi keputusan rumah tangga, pengelolaan keuangan, pilihan asuransi, jumlah uang yang digunakan, perencanaan pensiun, dan tabungan. Kemampuan keluarga untuk memiliki penghasilan yang baik dan mengelola finansialnya dengan bijak merupakan faktor kritis untuk mencapai kesejahteraan ekonomi.

e. Fungsi perawatan keluarga

Keluarga merupakan perawat primer bagi anggotanya. Untuk itu, fungsi ini penting ada untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2.1.5 Struktur Keluarga

Menurut Bakri (2018) struktur didasarkan pada pengorganisasian dalam keluarga, baik dari sisi perilaku maupun pola hubungan antara anggota keluarga. Hubungan yang terjadi ini bisa jadi sangat kompleks, tidak terbatas pada anggota keluarga tertentu, bahkan bisa melebar hingga keluarga besar, yang saling membutuhkan, memiliki peran dan harapan yang berbeda. Adapun macam-macam struktur keluarga diantaranya adalah :

a. Berdasarkan Jalur Hubungan Darah

1) Patrilineal

Merupakan suatu adat masyarakat di mana pengatur alur keturunan berasal dari pihak ayah. Maka bila terjadi masalah yang bertanggungjawab adalah pihak laki-laki.

2) Matrilineal

Merupakan suatu adat masyarakat di mana pengatur alur keturunan berasal dari pihak ibu.

b. Berdasarkan Dominasi Keberadaan Tempat Tinggal

1) Patrilokal

Patrilokal ialah adat yang mengatur pasangan suami-istri untuk tinggal bersama atau di sekitar tempat tinggal keluarga sedarah dari pihak suami.

2) Matrilokal

Matrilokal ialah adat di mana pasangan baru diwajibkan tinggal disekitar atau bersama dengan keluarga sedarah pihak istri

c. Berdasarkan Dominasi Pengambilan Keputusan

1) Patriarkal

Ialah suatu kondisi rumah tangga di mana pengambilan keputusan didominasi oleh pihak suami. Bahkan, dapat terjadi pula diputuskan oleh keluarga besar pihak suami.

2) Matriarkal

Ialah suatu kondisi rumah tangga di mana pengambilan keputusan berada pada pihak istri. bahkan oleh keluarga besarnya.

3) Equalitarian

Ialah suatu kondisi rumah tangga di mana pihak suami dan pihak istri membahas suatu masalah untuk menentukan keputusan bersama.

2.1.6 Peranan keluarga

Menurut Bakri (2018) terdapat delapan posisi yang harus dipenuhi sepasang suami-istri dalam berumah tangga, yaitu memberi nafkah, mengurus rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi, seksual, terapeutik, rekreasi, dan kekerabatan. Secara tradisional, suami berperan sebagai pemberi nafkah dan istri berperan sebagai pengurus rumah tangga, perawatan anak, dan peran pemberi perawatan lainnya. Namun, sejatinya peran dalam keluarga dapat dinegosiasikan, ditetapkan, didelegasikan atau diasumsikan. Sehingga seiring perkembangan zaman, peran pemberi nafkah berubah. Tidak hanya suami yang dianggap sebagai pemberi nafkah utama dalam keluarga, tetapi istri juga telah terlibat dalam membantu ekonomi keluarga. Hal ini sesuai dengan semangat emansipasi yang menempatkan posisi perempuan setara dengan laki-laki dalam banyak hal.

Adapun peran masing-masing anggota keluarga dapat dideskripsikan sebagai berikut.

a. Peranan Ayah

Dalam tradisi masyarakat kita, ayah memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam keluarga. Posisinya sering menjadi rujukan anggota keluarga dalam menentukan perilaku dan arah hidup keluarga. Hal ini sangat wajar karena ayah memiliki peran sebagai pemimpin/kepala keluarga pencari nafkah, pelindung, pemberi rasa aman, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b. Peranan Ibu

Peran ibu tidak kalah penting dengan ayah. Dalam masyarakat kita, ibu cenderung menjadi teman dan pendidik pertama bagi anak. Selain mengurus wilayah domestik keluarga, ibu juga berperan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Bahkan ibu dapat pula berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.

c. Peranan Anak

Dalam posisi ini, anak menjadi objek sekaligus subjek. Anak yang dibentuk oleh keluarga pada saat bersamaan juga memiliki perannya tersendiri. Dalam tradisi masyarakat kita, anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial, dan spiritual. Peran anak di dalam keluarga diantaranya pemberi kebahagiaan, menjaga nama baik keluarga, dan perawat orang tua.

2.1.7 Tugas Kesehatan keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam Widyanto (2014), yaitu:

a. Mengenal masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang perlu mendapatkan perhatian. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarganya terutama berkaitan dengan kesehatan. Alasannya adalah ketika terjadi 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 akan digunakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

b. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Suara 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 dari luar.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas merawat 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.

d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk memdayagunakan potensi internal yang ada di lingkungan 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.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan

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

2.1.8 Tahap perkembangan keluarga

Menurut Duvall (1977) dalam Bakri (2018) Tahap perkembangan keluarga adalah sebuah proses perubahan sistem keluarga yang bergerak bertahap dari waktu ke waktu. Setiap tahapan umumnya memiliki tugas dan risiko kesehatan yang berbeda-beda. Tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 tahap dimana tingkat perkembangan keluarga dapat dilihat pada usia anak yang tertua., yaitu:

a. Keluarga Baru (*Begining Family*)

Keluarga baru dimulai ketika dua individu membentuk keluarga melalui perkawinan. Pada tahap ini pasangan baru memiliki tugas perkembangan untuk membina hubungan intim yang memuaskan di dalam keluarga, membuat berbagai kesepakatan untuk mencapai tujuan bersama, termasuk dalam hal merencanakan anak, persiapan menjadi orang tua, dan mencari pengetahuan prenatal care.

b. Keluarga dengan Anak Pertama < 30 bulan (*Child Bearing*)

Tahap keluarga dengan anak pertama ialah masa transisi pasangan suami istri yang dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Pada masa ini sering timbul konflik yang dipicu kecemburuan pasangan akan perhatian yang lebih ditujukan kepada anggota keluarga baru. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini yaitu kesadaran akan perlunya beradaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan keharmonisan pasangan suami istri, berbagi peran dan tanggung jawab, juga mempersiapkan biaya untuk anak.

c. Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Adapun tugas perkembangan yang mesti dilakukan ialah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosialisasi dengan lingkungan, cermat membagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga. serta mampu membagi waktu untuk diri sendiri, pasangan, dan anak.

d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6-13 tahun)

Tahapan ini berlangsung sejak anak pertama menginjak sekolah dasar sampai memasuki awal masa remaja. Dalam hal ini, sosialisasi anak semakin melebar. Tidak hanya di lingkungan rumah, melainkan juga di sekolah dan lingkungan yang lebih luas lagi. Tugas perkembangannya adalah anak harus sudah diperhatikan

minat dan bakatnya sehingga orang tua bisa mengarahkan dengan tepat, membekali anak dengan berbagai kegiatan kreatif agar motoriknya berkembang dengan baik. dan memperhatikan anak akan risiko pengaruh teman serta sekolahnya.

e. Keluarga dengan Anak Remaja (13-20 tahun)

Pada perkembangan tahap remaja ini orang tua perlu memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab. Mengingat bahwa remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi. Ia ingin mengatur kehidupannya sendiri tetapi masih membutuhkan bimbingan. Oleh sebab itu, komunikasi antara orang tua dan anak harus terus dijaga. Selain itu, beberapa peraturan juga sudah mulai diterapkan untuk memberikan batasan tertentu tetapi masih dalam tahap wajar. Misalnya dengan membatasi jam malam dan lain sebagainya.

f. Keluarga dengan Anak Dewasa (anak 1 meninggalkan rumah)

Tahapan ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Artinya keluarga sedang menghadapi persiapan anak yang mulai mandiri. Orang tua mesti merelakan anak untuk pergi jauh dari rumahnya demi tujuan tertentu. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini, antara lain membantu dan mempersiapkan anak untuk hidup mandiri, menjaga keharmonisan dengan pasangan, memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar. bersiap mengurus keluarga besar (orang tua pasangan) memasuki masa tua. dan memberikan contoh kepada anak-anak mengenai lingkungan rumah yang positif.

g. Keluarga Usia Pertengahan (*Midle Age Family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangan bersiap negatif atau meninggal. Tugas perkembangan keluarganya, yaitu menjaga kesehatan, meningkatkan keharmonisan dengan pasangan. anak. dan teman sebaya, serta mempersiapkan masa tua.

h. Keluarga Lanjut Usia

Masa usia lanjut adalah masa-masa akhir kehidupan manusia. Maka tugas perkembangan dalam masa ini yaitu beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, ataupun saudara. Selain itu melakukan “*life review*” juga penting, di samping tetap mempertahankan kedamaian rumah, menjaga kesehatan, dan mempersiapkan kematian.

2.2 Konsep Penyakit Tuberkulosis Paru

Pada pemaparan konsep penyakit tuberkulosis paru, penulis memaparkan mengenai pengertian, etiologi, klasifikasi, tanda dan gejala, pencegahan, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan komplikasi penyakit TB paru

2.2.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan (GI) serta luka yang terbuka pada kulit. Tetapi yang paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut (Nurarif & Kusuma, 2015).

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis biasanya menyerang bagian paru-paru, yang kemudian dapat menyerang ke semua bagian tubuh. Infeksi biasanya terjadi pada 2-10 minggu. Pasca 10 minggu, akan muncul manifestasi penyakit pada klien karena gangguan dan ketidakefektifan respon imun. Namun demikian, proses aktivasi TBC ini juga dapat berlangsung secara berkepanjangan (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

2.2.2 Etiologi

Tuberkulosis (TBC) disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar saat penderita TB batuk atau bersin dan orang lain menghirup droplet yang dikeluarkan, yang mengandung bakteri TB. Meskipun TB menyebar dengan cara yang sama dengan flu, penyakit ini tidak menular dengan mudah, dibutuhkan kontak dalam waktu beberapa jam dengan orang yang terinfeksi. Misalnya, infeksi TBC biasanya menyebar antar anggota keluarga yang tinggal di rumah yang sama. Akan sangat tidak mungkin bagi seseorang untuk terinfeksi dengan duduk di samping orang yang terinfeksi di bus atau kereta api. Selain itu, tidak semua orang dengan TB dapat menularkan TB.

Anak dengan TB atau orang dengan infeksi TB yang terjadi di luar paru-paru (TB ekstrapulmoner) tidak menyebarkan infeksi (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Mycobakterium tuberculosis tidak berspora sehingga mudah dibasmi dengan pemanasan, sinar matahari, dan sinar ultraviolet. Ada dua macam bakteri yaitu tipe human dan tipe bovin. Tipe bovin berada dalam susu sapi yang menderita mastitis tuberculosis usus. Basil tipe human bisa berada di bercak ludah (*droplet*) dan di udara yang berasal dari penderita tuberculosis paru dan orang yang terkena rentan terinfeksi bila menghirupnya (Nurarif & Kusuma, 2015).

Setelah organisme terinhalasi dan masuk ke dalam paru-paru, bakteri dapat bertahan hidup dan menyebar ke nodus limfatikus lokal. Penyebaran melalui aliran darah ini dapat menyebabkan tuberculosis pada organ lain, dimana infeksi laten dapat bertahan sampai bertahun-tahun (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.3 Cara Penularan

Menurut Kepmenkes nomor 364 tahun 2009, beberapa cara penularan TB paru diantaranya:

- a. Sumber penularan adalah klien TB BTA positif.
- b. Pada waktu batuk atau bersin, klien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
- c. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman.
- d. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- e. Daya penularan seorang klien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular klien tersebut.
- f. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

2.2.4 Klasifikasi Tuberkulosis

Menurut Kardiyudiani dan Susanti (2019) klasifikasi TB paru diantaranya:

a. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit

1) Tuberkulosis paru.

TB yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Limfadenitis TB di rongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologi yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru. Klien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai klien TB paru.

2) Tuberkulosis ekstra paru.

TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak, dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologi atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan berdasarkan penemuan *Mycobacterium tuberculosis*. Klien TB ekstra paru yang menderita TB pada beberapa organ, diklasifikasikan sebagai klien TB ekstra paru pada organ menunjukkan gambaran TB yang terberat.

b. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya:

1) Klien baru TB: adalah klien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT tetapi kurang dari 1 bulan (< dari 28 dosis).

2) Klien yang pernah diobati TB: adalah klien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (2 dari 28 dosis).

3) Klien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:

a) Klien kambuh: adalah klien TB yang pernah dinyatakan sembuh setelah menjalani pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologi atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).

- b) Klien yang diobati kembali setelah gagal: adalah klien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
- c) Klien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*) adalah klien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow-up* (klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan klien setelah putus berobat/ default).
- d) Lain-lain: adalah klien TB yang pernah diobati tetapi hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

c. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat

Pengelompokan klien TB berdasarkan hasil uji kepekaan contoh uji dari *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT dan dapat berupa:

- 1) Mono resistan (TB MR): resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja.
- 2) Poli resistan (TB PR): resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan.
- 3) Multidrug resistan (TB MDR): resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan.
- 4) Extensive drug resistan (TB XDR): adalah TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (kanamisin, kapreomisin, dan amikasin).
- 5) Resistan Rifampisin (TB RR): resistan terhadap rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (tes konvensional)

2.2.5 Tanda dan Gejala

Dalam Kepmenkes nomor 364 tahun 2009 menerangkan bahwa gejala utama klien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat

prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke sarana pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) klien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.

Menurut Wahid & Suprpto (2013) tanda dan gejala yang muncul pada klien TB paru diantaranya:

a. Batuk darah

Adanya darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

b. Sesak napas

Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, di mana infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dll.

c. Nyeri dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

d. Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadang-kadang panas bahkan dapat mencapai $40-41^{\circ}\text{C}$. Keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

2.2.6 Patofisiologi

Menghirup *Mycobacterium tuberculosis* menyebabkan salah satu dari empat kemungkinan hasil, yakni pembersihan organisme, infeksi laten, permulaan penyakit aktif (penyakit primer), penyakit aktif bertahun-tahun kemudian (reaktivasi penyakit). Sumber utama penularan penyakit ini adalah klien TB BTA positif. Pada saat klien batuk atau bersin, klien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Sekali batuk, klien TB BTA positif dapat menghasilkan 3.000 percikan dahak. Umumnya, penularan terjadi dalam ruangan di mana dahak berada dalam waktu yang lama. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan gelap dan lembap (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Setelah terhirup, droplet infeksius tetesan menular menetap di seluruh saluran udara. Sebagian besar bakteri terjebak di bagian atas saluran napas di mana sel epitel mengeluarkan lendir. Lendir yang dihasilkan menangkap zat asing dan silia di permukaan sel terus-menerus menggerakkan lendir dan partikelnya yang terperangkap untuk dibuang. Sistem ini memberi tubuh pertahanan fisik awal yang mencegah infeksi tuberkulosis (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Saat *Mycobacterium tuberculosis* berhasil menginfeksi paru-paru, maka dengan segera akan tumbuh koloni bakteri yang berbentuk *globular*. Biasanya melalui serangkaian reaksi *imunologis* bakteri TB paru ini akan berusaha dihambat melalui pembentukan dinding di sekeliling bakteri itu oleh sel-sel paru. Mekanisme pembentukan dinding itu membuat jaringan di sekitarnya menjadi jaringan parut dan bakteri TB paru akan menjadi *dormant* (istirahat). Bentuk-bentuk *dormant* inilah yang sebenarnya terlihat sebagai tuberkel pada pemeriksaan foto rontgen (Darliana, 2011).

Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri; *limpospesifik-tuberculosis* melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli, menyebabkan bronkopneumonia dan infeksi awal terjadi dalam 2-10 minggu setelah pemajanan.

Massa jaringan paru yang disebut granulomas merupakan gumpalan basil yang masih hidup. Granulomas diubah menjadi massa jaringan fibrosa, bagian sentral dari massa fibrosa ini disebut tuberkel ghon dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Massa ini dapat mengalami klasifikasi, membentuk *skar kolagenosa*. Bakteri menjadi dorman, tanpa perkembangan penyakit aktif (Darliana, 2011).

Setelah pemaparan dan infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadkuat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman. Dalam kasus ini, tuberkel ghon memecah melepaskan bahan seperti keju dalam bronkus. Bakteri kemudian menjadi tersebar di udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Tuberkel yang menyerah menyembuh membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, menyebabkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut (Darliana, 2011).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan dahak mikroskopis

Dalam Kepmenkes nomor 364 tahun 2009, pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS),

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

Pada hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, ada beberapa hasil diantaranya:

1) TB paru BTA positif

- a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran TB.
- c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
- d) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) TB paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- a) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif
 - b) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran TB.
 - c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
 - d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan
- b. Foto thoraks

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) foto thoraks PA dengan atau tanpa lateral merupakan pemeriksaan radiologi standar. Jenis pemeriksaan radiologi lain hanya atas indikasi Top foto, oblik, tomogram dan lain-lain. Karakteristik radiologi yang menunjang diagnostik antara lain:

- 1) Bayangan lesi radiologi yang terletak di lapangan atas paru.
- 2) Bayangan yang berawan (patchy) atau berbecak (noduler)
- 3) Kelainan yang bilateral, terutama bila terdapat di lapangan atas paru.
- 4) Bayang yang menetap atau relatif menetap setelah berapa minggu.
- 5) Bayangan bilier.

c. Darah

Pada saat tuberkulosis baru mulai (aktif) akan didapatkan jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan diferensiasi pergeseran ke kiri. Jumlah limfosit masih di bawah normal. Laju endap darah mulai meningkat, Bila penyakit mulai sembuh

jumlah leukosit kembali normal dan jumlah limfosit masih tetap tinggi. Laju endap darah menurun ke arah normal lagi (Wahid & Suprpto, 2013).

d. Tes Tuberculin

Menurut Wahid & Suprpto (2013) pemeriksaan ini masih banyak dipakai untuk membantu menegakkan diagnosis tuberkulosis terutama pada anak-anak (balita). Biasanya dipakai cara Mantoux yakni dengan menyuntikkan 0,1cc tuberculin P.P.D (putified protein derivative) intrakutan berkekuatan 5 T.U (*intermediate strength*). Hasil tes mantoux ini dibagi dalam:

- 1) Indurasi 0-5mm (diameternya) : mantoux negatif = golongan *no sensitivity*. Di sini peranan *antibody humoral* paling menonjol.
- 2) Indurasi 6-9 mm : hasil meragukan golongan *low grade sensitivity*. Di sini peranan *antibody humoral* masih lebih menonjol.
- 3) Indurasi 10-15 mm : mantoux positif = golongan *normal sensitivity*. Di sini peranan kedua *antibody* seimbang.
- 4) Indurasi lebih dari 16 mm; mantoux positif kuat = golongan *hyper-sensitivity*. Di sini peranan *antibody* selular paling menonjol.

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut Wahid & Suprpto (2013) pada penatalaksanaan klien TB paru, terdapat dua penatalaksanaan yaitu penatalaksanaan pengobatan dan penatalaksanaan suportif/simptomatik.

a. Pengobatan TB

Dalam Kepmenkes nomor 364 tahun 2009 dijelaskan bahwa pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan klien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Dalam pengobatan TB digunakan OAT dengan jenis, sifat, efek samping, dan dosis sebagaimana pada tabel berikut ini.

Tabel 2.1 Obat OAT lini pertama

Jenis	Sifat	Efek samping
Isoniazid (H)	Bakterisida	Neuropati perifer, psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang.
Rifampisin (R)	Bakterisida	<i>Flu syndrome</i> , gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, <i>skin rash</i> , sesak nafas, anemia hemolitik.
Pirazinamid (Z)	Bakterisida	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout artritis.
Streptomisin (S)	Bakterisida	Nyeri di tempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni.
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer.

(PDPI, 2017)

Tabel 2.2 Dosis dewasa obat OAT

OAT	Dosis			
	Harian		3 x/ Minggu	
	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum (mg)	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum/hari (mg)
Isoniazid	5 (4 - 6)	300	10 (8 -12)	900
Rifampisin	10 (8 -12)	600	10 (8 -12)	600
Pirazinamid	25 (20 - 30)	-	35 (30 - 40)	-
Etambutol	15 (15 - 20)	-	30 (25 - 35)	-
Streptomisin	15 (12 -18)	-	15 (12 - 18)	1000

(PDPI, 2017)

Catatan:

Pemberian streptomisin untuk klien yang berumur >60 tahun atau klien dengan berat badan <50 kg mungkin tidak dapat mentoleransi dosis >500mg/hari. Beberapa buku rujukan menganjurkan penurunan dosis menjadi 10 mg/kg/BB/hari.

(PDPI, 2017)

Tabel 2.3 OAT dalam pengobatan TB MDR

Jenis	Sifat	Efek samping
Golongan 1: OAT lini pertama oral		
Pirazinamid (Z)	Bakterisida	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout artritis. Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer.
Etambutol (E)	Bakteriostatik	
Golongan 2: OAT suntikan		
Kanamycin (Km)	Bakterisida	Km, Am, Cm memberikan efek samping yang serupa seperti pada gangguan Streptomisin.
Amikacin (Am)	Bakterisida	
Capreomycin (Cm)	Bakterisida	
Golongan 3: Fluorokuinolon		
Levofloksasin (Lfx)	Bakterisida	Mual, muntah, sakit kepala, pusing, sulit tidur, ruptur tendon (jarang).
Moksifloksasin (Mfx)	Bakterisida	Mual, muntah, diare, sakit kepala, pusing, nyeri sendi, ruptur tendon (jarang).

Golongan 4: OAT lini kedua oral

Para-aminosalicylic acid (PAS)	Bakteriostatik	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati dan pembekuan darah (jarang), hipotiroidisme yang <i>reversible</i>
Cycloserine (Cs)	Bakteriostatik	Gangguan sistem saraf pusat: sulit konsentrasi dan lemah, depresi, bunuh diri, psikosis. Gangguan lain adalah neuropati perifer, <i>Stevens Johnson Syndrome</i> .
Ethionamide (Etio)	Bakterisida	Gangguan gastrointestinal, anoreksia, gangguan fungsi hati, jerawat, rambut rontok, gineomasti, impotensi, gangguan siklus menstruasi, hipotiroidisme yang <i>reversible</i> .

Golongan 5: obat yang masih belum jelas manfaatnya dalam pengobatan TB resistan obat.

Clofazimine (Cfz), Linezolid (Lzd), Amoxicillin/Clavunate (Amx/Clv), Thioacetazone (Thz), Imipenem/Cilastatin (Ipm/Cln), Isoniazid dosis tinggi (H), Clarithromycin (Clr), Bedaquilin (Bdq).

(PDPI, 2017)

1) Prinsip pengobatan

Dalam Kepmenkes Nomor 364 Tahun 2009 menjelaskan pengobatan TB dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut:

- a) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan.
- b) Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap
- c) (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- d) Untuk menjamin kepatuhan klien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
- e) Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan lanjutan.
 - (1) Tahap awal (intensif)
 - (a) Pada tahap awal (intensif) klien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
 - (b) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya klien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
 - (c) Sebagian besar klien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

(2) Tahap Lanjutan

- (a) Pada tahap lanjutan klien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama
- (b) Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister sehingga mencegah terjadinya kekambuhan

2) Paduan OAT KDT dan Peruntutuknya

a) Kategori-1: 2(HRZE)/ 4(HR)3

Paduan OAT ini diberikan untuk klien baru: Klien TB paru terkonfirmasi bakteriologi, klien TB paru terdiagnosis klinis, klien TB ekstra paru.

Tabel 2.4 Dosis panduan OAT KDT kategori 1

Berat badan	Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30 - 37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38 - 54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55 - 70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

(PDPI, 2017)

Tabel 2.5 Dosis panduan OAT kombipak kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari/ kali				Jumlah hari/ kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @300 mgr	Kaplet Rifampisin @450 mgr	Tablet Pirazinamid @500 mgr	Tablet Etambutol @250 mgr	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

(PDPI, 2017)

b) Kategori -2: 2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HR)3E3

Paduan OAT ini diberikan untuk klien BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang): Klien kambuh, klien gagal pada pengobatan dengan paduan OAT kategori 1 sebelumnya, dan klien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*).

Tabel 2.6 Dosis panduan OAT KDT kategori 2

Berat badan	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E (400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
	30 – 37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj.	2 tab 4KDT
38 – 54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55 – 70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥ 71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	5 tab 4KDT (> do maks)	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

(PDPI, 2017)

Tabel 2.7 Dosis panduan OAT kombipak kategori 2

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Tablet Isoniazid @300 mgr	Kaplet Rifampisin @450 mgr	Tablet Pirazinamid @500 mgr	Etambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tablet @250 mgr	Tablet @400 mgr		
Tahap Awal (dosis harian)	2 bulan 1 bulan	1 1	1 1	3 3	3 3	- -	0,75 gr -	56 28
Tahap Lanjutan (dosis 3x/minggu)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

(PDPI, 2017)

Catatan:

- (1) Untuk perempuan hamil lihat pengobatan TB pada keadaan khusus.
- (2) Cara melarutkan streptomisin vial 1 gram yaitu dengan menambahkan aquabidest sebanyak 3,7ml sehingga menjadi 4ml (1ml = 250mg).
- (3) Berat badan klien ditimbang setiap bulan dan dosis pengobatan harus disesuaikan apabila terjadi perubahan berat badan.
- (4) Penggunaan OAT lini kedua misalnya golongan aminoglikosida (misalnya kanamisin), dan
- (5) Golongan kuinolon tidak dianjurkan diberikan kepada klien baru tanpa indikasi yang jelas karena potensi obat tersebut jauh lebih rendah daripada OAT lini pertama. Di samping itu dapat juga meningkatkan risiko terjadinya resistensi pada OAT lini kedua.

(6) OAT lini kedua disediakan di Fasyankes yang telah ditunjuk guna memberikan pelayanan pengobatan bagi klien TB yang resistan obat.

Pengobatan kasus TB merupakan salah satu strategi DOTS yang mampu mengendalikan penyakit TB karena dapat memutuskan rantai penularan penyakitnya. Meskipun Program Pengendalian TB Nasional telah berhasil mencapai target angka penemuan dan angka kesembuhan, namun penatalaksanaan TB di sebagian besar puskesmas, rumah sakit dan praktik swasta belum sesuai dengan strategi DOTS dan penerapan standar pelayanan berdasarkan *International Standards for Tuberculosis Care* (ISTC) (Kemenkes RI, 2013).

b. Pengobatan suportif/simptomatik

Dalam PDPI (2017) pengobatan yang diberikan kepada penderita TB perlu diperhatikan keadaan klinisnya. Bila keadaan klinis baik dan tidak ada indikasi rawat, dapat rawat jalan. Selain OAT kadang perlu pengobatan tambahan atau suportif/simptomatik untuk meningkatkan daya tahan tubuh atau mengatasi gejala/keluhan.

1) Penderita rawat jalan

a) Makan makanan yang bergizi, bila dianggap perlu dapat diberikan vitamin tambahan (pada prinsipnya tidak ada larangan makanan untuk penderita tuberkulosis, kecuali untuk penyakit komorbidnya).

b) Bila demam dapat diberikan obat penurun panas/demam

c) Bila perlu dapat diberikan obat untuk mengatasi gejala batuk, sesak napas atau keluhan lain.

2) Penderita rawat inap

a) Indikasi rawat inap :

(1) TB paru disertai keadaan/komplikasi sebagai berikut: Batuk darah (profus), keadaan umum buruk, Pneumotoraks, Empiema, Efusi pleura masif / bilateral, Sesak napas berat (bukan karena efusi pleura).

(2) TB di luar paru yang mengancam jiwa : TB paru milier dan Meningitis TB.

b) Pengobatan suportif / simptomatik yang diberikan sesuai dengan keadaan klinis dan indikasi rawat

2.2.9 Komplikasi

Menurut Wahid & Suprpto (2013) ada beberapa komplikasi yang terjadi pada penderita tuberkulosis paru pada stadium lanjut diantaranya:

- a. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran napas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan napas.
- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial
- c. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
- d. Pneumotoraks (adanya udara dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
- f. Insufisiensi Kardiopulmoner (*Cardio Pulmonary Insufficiency*) Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis

Dalam konsep asuhan keperawatan mencakup lima proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Berikut konsep asuhan keperawatan keluarga tuberkulosis.

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas umum keluarga

1) Umur

Dotulong (2015) menyebutkan usia 15-55 tahun adalah kelompok usia yang mempunyai mobilitas yang sangat tinggi sehingga kemungkinan terpapar dengan kuman *Mycobacterium tuberculosis* lebih besar selain itu reaktifan endogen (aktif kembali yang telah ada dalam tubuh) dapat terjadi pada usia yang sudah tua.

2) Jenis kelamin

Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian TB Paru, dimana penderita laki-laki lebih rentan terserang penyakit TB Paru dibandingkan dengan perempuan (Korua *et al.*, 2017). Menurut Naga (2012) hal ini terjadi karena

kebiasaan laki-laki yang sering merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol yang dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh dan sering disebut sebagai agen dari penyakit TB Paru.

3) Pendidikan

Nurjana (2015) menyatakan bahwa semakin rendah pendidikan seseorang maka semakin besar risiko untuk menderita TB paru. Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan yang nantinya berhubungan dengan upaya pencarian pengobatan. Hal serupa juga dikemukakan Mahfuzhah *et al.*, (2014) yang menyatakan bahwa tingkat kesehatan seseorang dapat ditentukan oleh tingkat pengetahuan atau pendidikan dari orang tersebut, sehingga semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka tingkat kesehatan orang tersebut juga akan semakin baik. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat.

4) Genogram

Somantri (2012) menyebutkan bahwa penyakit Tuberkulosis paru muncul bukan karena sebagai penyakit keturunan tetapi merupakan penyakit infeksi menular sehingga perawat perlu menanyakan dengan siapa klien tinggal sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah. Indreswari & Suharyo (2014) juga mengatakan riwayat kontak serumah dengan penderita tuberkulosis paru memberikan kontribusi terhadap perkembangan tuberkulosis dalam tubuh orang yang sehat dalam keluarga.

5) Agama dan Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

Menurut Hamid (2017) hubungan antara agama dan kesehatan memiliki konsep jangka panjang dan tidak hanya berorientasi pada masa kini sekarang serta disini, agama dapat memberi dampak yang cukup berarti dalam kehidupan manusia, termasuk terhadap kesehatan. Dengan mengamalkan nilai-nilai agama maka seseorang berada dalam keadaan mental yang tenang dan normal. Mental yang sehat tidak akan mudah terganggu oleh Stressor lingkungan.

5) Sosial ekonomi

Hasil penelitian Mahfuzhah (2014) menunjukkan bahwa semakin rendah tingkat sosial ekonomi sebuah keluarga maka akan semakin resiko terkena penyakit TB paru. Kondisi sosial ekonomi memberikan dampak terhadap terjadinya penyakit TB paru anak karena dengan rendahnya kondisi sosial ekonomi sebuah keluarga akan menimbulkan berbagai masalah seperti kecukupan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan didalam keluarga sehingga membuat anggota keluarga tidak mengkonsumsi makanan yang cukup gizi untuk memenuhi kebutuhan zat gizi tubuhnya sehingga akan berdampak kepada imunitas tubuh dan penyakit yang akan didapatkan sang anak. Sosial ekonomi yang rendah juga akan berjalan beriringan dengan kondisi lingkungan yang kurang baik sehingga akan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit termasuk penyakit TB paru.

6) Aktivitas rekreasi keluarga

Menurut Gusti (2013) rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, tetapi juga penggunaan waktu luang atau senggang keluarga. Rahman *et al.*, (2018) memaparkan beberapa manfaat dari aktivitas rekreasi diantaranya manfaat secara fisik sebagai media olahraga, menjaga kesehatan tubuh, melatih fisik, dan membantu menurunkan berat badan. Secara psikologi merevitalisasi pikiran atau refreshing, relaksasi dan rekreasi

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Riwayat kesehatan saat ini

Menurut Somantri (2012) riwayat kesehatan yang bsering muncul antara lain adanya batuk dan sesak napas. Batuk dimulai dari batuk kering sampai dengan batuk purulen (menghasilkan sputum). Dalam Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009, batuk bisa disertai dahak dan tidak selama 2-3 minggu atau lebih pada penderita TB.

2) Riwayat penyakit sebelumnya

Wahid dan Suprpto (2013) mengatakan bahwa penderita TB paru memiliki riwayat salah satunya yaitu sakit batuk yang lama dan tidak kunjung sembuh, pernah berobat tetapi tidak sembuh dan pernah berobat tetapi tidak teratur.

3) Riwayat penyakit keturunan

Somantri (2012) menyebutkan bahwa penyakit Tuberkulosis paru muncul bukan karena sebagai penyakit keturunan tetapi merupakan penyakit infeksi menular sehingga perawat perlu menanyakan dengan siapa klien tinggal sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah.

4) Status Gizi dan Imunisasi

Muaz (2014) mengungkapkan bahwa responden dengan IMT kurang dapat lebih beresiko sebesar 2,5 kali menderita penyakit tuberkulosis dibandingkan responden yang berstatus IMT baik.

Penelitian Pamungkas *et al.*, (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat pemberian imunisasi BCG dengan kejadian TB paru. Imunisasi BCG dapat mengurangi risiko terkena penyakit TB paru dengan efektifitas sebesar 50%. Imunisasi BCG merupakan faktor protektif terhadap TB paru dan dapat mencegah TB paru sekitar 10% pada populasi sampel. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Rosandali *et al.*, (2016) dimana responden yang tidak mempunyai scar BCG lebih banyak pada responden TB paru, yang artinya terdapat hubungan yang bermakna antara pembentukan scar vaksin BCG dengan kejadian infeksi tuberkulosis, artinya orang yang tidak memiliki scar BCG lebih banyak pada klien TB paru dibandingkan dengan orang sehat.

c. Pengkajian lingkungan

Oktavia (2016) rumah dengan ventilasi yang tidak memenuhi syarat berisiko 27,12 kali untuk dapat menyebarkan kejadian penyakit TB paru dibandingkan dengan ventilasi yang memenuhi syarat. Ventilasi yang baik dapat dilihat dari ada tidak adanya ventilasi dan jendela yang sering terbuka atau jarang.

d. Fungsi keluarga

Menurut Kausar *et al.*, (2015) gambaran tugas kesehatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB paru tergolong cukup sampai kurang. Dimana dari hasil penelitian didapatkan persentase untuk keluarga yang baik dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga hanya 26% sedangkan untuk keluarga yang cukup dan kurang dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga masing-masing 37%. Tugas kesehatan keluarga yaitu: mengenal masalah kesehatan keluarga,

membuat keputusan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Pada tugas kesehatan keluarga mengenal masalah kesehatan didapatkan hasil 50% responden dalam kategori kurang untuk pelaksanaan tugas mengenal masalah kesehatan TB paru.

Pada tugas kesehatan keluarga membuat keputusan tindakan yang tepat didapatkan hasil 60% membuat keputusan kesehatan yang tepat dengan cukup baik. Tugas ini mengarahkan keluarga untuk dapat memutuskan hal yang tepat saat terjadi masalah kesehatan pada anggota keluarganya.

Pada tugas kesehatan keluarga memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit didapatkan hasil 50% dalam melaksanakan tugas perawatan pada anggota keluarganya yang sakit masih kurang.

Pada tugas kesehatan keluarga melaksanakan tugas mempertahankan suasana rumah yang sehat didapatkan hasil 43% keluarga melaksanakan tugas mempertahankan suasana rumah yang sehat dengan cukup baik.

Sedangkan pada tugas kesehatan keluarga menggunakan fasilitas dengan baik didapatkan 40% keluarga dapat mencapai fasilitas kesehatan dengan baik.

e. Stress dan koping keluarga

Zahroh (2016) menyatakan bahwa pengobatan TBC yang lama dapat mempengaruhi tingkat stres penderita TBC. Semakin lama pengobatan TBC maka semakin besar tingkat stres pada penderita TBC. Penderita TBC yang bosan minum obat dalam jumlah banyak setiap hari dengan waktu yang terbilang lama. Dampak stres secara fisik dapat berpengaruh pada proses penyembuhan, karena pada penderita yang mengalami stres sistem kekebalan tubuhnya akan mengalami perubahan.

f. Pemenuhan gizi keluarga

Menurut Lazulfa *et al.*, (2016) pada umumnya penderita TB paru mengalami penurunan nafsu makan hingga berdampak pada penurunan berat badannya dan status gizi penderita tuberkulosis mayoritas berada pada kategori kurus.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum Fisik Dan Tanda- Tanda Vital

Menurut Wahid dan Suprpto (2013) keadaan umum pada klien dengan TB paru dapat dilakukan secara selintas pandang dengan menilai keadaan fisik setiap bagian tubuh. Selain itu, perlu dinilai secara umum tentang kesadaran klien yang terdiri atas *compos mentis*, *apatis*, *somnolen*, *spoor*, *soporokoma*, atau *koma*. Seorang perawat perlu mempunyai pengalaman dan pengetahuan tentang konsep anatomi fisiologi umum sehingga dengan cepat dapat menilai keadaan umum, kesadaran dan pengukuran GCS bila kesadaran klien menurun yang memerlukan kecepatan dan ketepatan penilaian.

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

2) B1 (Breathing)

Pemeriksaan fisik pada klien dengan TB paru merupakan pemeriksaan fokus yang terdiri atas inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

a) Inspeksi

Bentuk dada dan pergerakan pernafasan sekaligus pandang tentang klien dengan TB paru biasanya tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada anterior-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral. Apabila ada penyulit TB paru seperti adanya efusi pleura yang masif, maka terlihat adanya ketidaksimetri rongga dada, pelebaran *intercosta space* (ICS) pada sisi yang sakit. TB paru yang disertai *atelektasis* paru membuat bentuk dada menjadi tidak simetris, yang penderitanya mengalami penyempitan *intercosta space* (ICS) pada sisi yang sakit.

Batuk dan sputum. Saat melakukan pengkajian batuk pada klien dengan TB paru, biasanya didapat batuk produktif yang disertai adanya peningkatan produksi sekret dan sekresi sputum yang purulen. Pemeriksaan jumlah produksi sputum, terutama apabila TB paru disertai adanya *bronkiektasis* yang membuat klien akan

mengalami peningkatan produksi sputum per hari sebagai penunjang evaluasi terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan.

b) Palpasi

Palpasi trachea. Adanya pergeseran trachea menunjukkan- meskipun terapi tidak spesifik- penyakit dari lobus atau paru. Pada TB paru yang disertai adanya efusi pleura masif dan pneumothoraks akan mendorong posisi trachea kearah berlawanan dari sisi sakit.

Gerakan dinding thoraks anterior/ ekskruksi pernafasan. TB paru tanpa komplikasi pada saat dilakukan palpasi, gerakan pada saat bernafas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Adanya penurunan gerakan dinding pernafasan biasanya ditemukan pada klien TB paru dengan kerusakan perenkim paru yang luas

c) Perkusi

Klien TB paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada klien TB paru yang disertai dengan komplikasi seperti efusi leura akan didapatkan bunyi redup sampai pekek pada sisi yang sakit sesuai banyaknya akumulasi cairan di ronggo pleura. Apabila disertai pneumothoraks ventil yang mendorong posisi paru ke sisi yang sehat.

d) Auskultasi

Klien dengan TB paru didapatkan bunyi nafas tambahan (ronchi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat memeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah dimana didapatkan adanya ronchi. Bunya yang terdengar di stetoskop ketika klien berbicara disebut sebagai resonan vocal. Klien TB paru yang disertai komplikasi serta efusi pleura dan pneumotoraks akan didapat penurunan resonan vocal pada sisi yang sakit.

3) B2 (Blood)

Pada klien dengan TB paru pengkajian yang didapat meliputi:

- a) Inspeksi : inspeksi tentang adanya parut dan keluhan kelemahan fisik.
- b) Palpasi : denyut nadi perifer melemah
- c) Perkusi : batas jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura masif mendorong ke sisi sehat

dikarenakan terjadi peningkatan produksi sputum akibat proses penyakit yang terjadi. Akumulasi sputum yang tidak keluar dengan batuk dimanifestasikan dengan ronchi basah saat pemeriksaan auskultasi.

4.2.9 Harapan Keluarga

Tabel 4.17 Harapan keluarga

Harapan Keluarga	Keluarga Klien 1	Keluarga Klien 2
Terhadap masalah kesehatan	Keluarga berharap penyakit yang diderita Ny. P segera sembuh dan tidak kambuh lagi	Keluarga berharap penyakit yang diderita Sdr. I segera sembuh dan tidak kambuh lagi
Terhadap petugas kesehatan yang ada	Keluarga senang ketika petugas kesehatan datang memberi kunjungan seperti ini, karena merasa ada yang mengontrol dan diperhatikan	Keluarga senang ketika petugas kesehatan datang memberi kunjungan seperti ini, karena merasa ada yang mengontrol dan diperhatikan

Menurut Rachmawati *et al.*, (2015) menyatakan bahwa adanya harapan akan kesembuhan anggota keluarga yang menderita TB paru merupakan bentuk kebutuhan psikososial klien. Hal ini juga menunjukkan adanya peran keluarga yang baik disebabkan karena adanya kesadaran yang tinggi dari keluarga untuk saling memelihara dan memberi perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit sehingga dapat mempengaruhi keberhasilan perawatan klien TB Paru. Berdasarkan tabel 4.17 didapatkan kesesuaian antara teori dengan fakta, dimana kedua keluarga mengharapkan kesembuhan pada klien. Menurut penulis, bentuk harapan keluarga ini nantinya juga akan menjadi sebuah support bagi keberhasilan pengobatan yang dijalani klien karena dengan begitu peran keluarga menjadi efektif.

4.3 Analisa Data

Tabel 4.18 Analisa data asuhan keperawatan keluarga klien 1

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. P pernah menjalani pengobatan OAT kategori 1 dan menghentikan pengobatan dan akhirnya tidak sembuh dan kambuh - Keluarga tidak mengetahui tentang pengobatan TB Paru yang dilakukan oleh Ny. P. Sehingga saat sudah membaik, pengobatan dihentikan begitu saja sampai akhirnya kambuh <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk (+) - Ronkhi (+) - Dahak (-) - RR 16 x/menit - BB: 37 kg - Mata cowong 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru</p>	<p>Ketidakpatuhan pengobatan</p>
2.	<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jendela jarang dibuka - Pencahayaan kurang - Kontak serumah dengan penderita 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah</p>	<p>Risiko Penularan</p>
3.	<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB: 37 kg - Mata cowong - Mukosa bibir kering 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan batuk dan sesak - Keluarga mengatakan tidak terlalu mengerti tentang TB paru <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ronkhi (+) - Batuk tidak efektif - Dahak (-) - RR 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal penyakit TB paru</p>	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas</p>

Tabel 4.19 Analisa data asuhan keperawatan keluarga klien 2

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sdr. I pernah menjalani pengobatan OAT kategori 1 dan menghentikan pengobatan dan akhirnya tidak sembuh dan kambuh - Keluarga mengira saat Sdr. I sudah dirasa sembuh, keluarga menghentikan pengobatan TB Paru yang dilakukan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk (+) - Ronkhi (+) - Dahak (-) - RR 16 x/menit - BB: 38 kg - Mata cowong - Tugor kulit jelek 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru</p>	<p>Ketidakpatuhan pengobatan</p>
2.	<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jendela jarang dibuka - Pencahayaan kurang - Kontak serumah dengan penderita - Lingkungan kotor dan kumuh 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah</p>	<p>Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan</p>
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan jika ada keluarga yang sakit keluarga sesekali membawa ke puskesmas. - Ny. M yang sudah berusia renta, hanya mampu merawat sebisanya Sdr. I yang sakit <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. M juga menderita penyakit TB 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit</p>	<p>Risiko komplikasi</p>
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan batuk dan sesak - Keluarga mengatakan tidak terlalu mengerti tentang TB paru <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ronkhi (+) - Batuk tidak efektif - Dahak (-) - RR 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal penyakit TB paru</p>	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas</p>

5.	DS: DO: - BB: 38 kg - Mata cowong - Tugor kulit jelek - Mukosa bibir kering	Keidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
----	--	---	---

4.4 Skoring

Tabel 4.20 Scoring diagnosa keperawatan keluarga klien 1

1. Diagnosa Keperawatan : Ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga mengatakan tidak tahu kalau pengobatan TB harus sampai tuntas dan harus selalu diawasi. Sehingga ketika sudah dirasa membaik, maka tidak minum obat
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Setelah diberikan penjelasan, keluarga dan klien akhirnya bahwa persepsi selama ini salah dan untuk selanjutnya bersedia menjalankan anjuran dari penulis
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga akan terus mendukung program pengobatan dan mendampingi klien, sehingga masalah dapat dicegah
4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Karena jika tidak segera ditangani maka akan berdampak pada lama proses penyembuhan klien
Total				5	

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko penularan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Ancaman	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah ini menjadi ancaman pada anggota keluarga yang lain. Karena jika keluarga tidak mengubah kebiasaan membuka jendela, kuman TB paru akan semakin berkembang.
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Setelah diberikan penjelasan, keluarga menjadi tahu akan risiko penularan. Sehingga keluarga berkomitmen akan membuka jendela
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga mau berkomitmen untuk menjaga jendela agar tetap dibuka
4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Jika masalah pada keluarga tidak ditangani maka akan berdampak pada kesehatan anggota yang lain
Total				4 2/3	

3. Diagnosa Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga mengetahui bahwa Ny. P mengalami penurunan nafsu makan, terlihat Ny. P yang semakin kurus
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Untuk mengupayakan nutrisi yang cukup perlu waktu yang lebih lama agar nutrisi benar-benar seimbang
3.	Potensial untuk dicegah Rendah	1	1	$1/3 \times 1 = 1/3$	Ny. P masih tersugesti kalau tidak sembuh tidak akan nafsu makan walaupun sudah berusaha untuk makan banyak

4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	1	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Jika nutrisi terus dibiarkan maka akan memperburuk kesehatan Ny. P sehingga perlu ditangani segera
Total		2 2/6			

4. Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah yang terjadi sudah lama terjadi pada klien
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Jika klien dapat patuh pada pengobatan, maka masalah ini dapat teratasi
3.	Potensial untuk dicegah Sedang	1	1	$1/3 \times 1 = 1/3$	Masalah dapat dicegah jika kepatuhan klien meningkat
4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	1	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Ketidakefektifan tentunya mengganggu pola pernapasan klien sehingga perlu penanganan segera
Total		2 2/6			

Tabel 4.21 Skoring diagnosa keperawatan keluarga klien 2

1. Diagnosa Keperawatan : Ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga mengira saat Sdr. I sudah dirasa sembuh, keluarga menghentikan pengobatan TB Paru yang dilakukan
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Setelah diberikan penjelasan, keluarga dan klien akhirnya bahwa persepsi selama ini salah dan untuk selanjutnya bersedia menjalankan anjuran dari penulis
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga akan terus mendukung program pengobatan dan mendampingi klien,

4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	sehingga masalah dapat dicegah Karena jika tidak segera ditangani maka akan berdampak pada lama proses penyembuhan klien
Total				5	

2. Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Aktual	3	1	$3 \times 1 = 3$	Hal ini bisa dilihat dari lingkungan yang kotor dan tak tertata sebagaimana mestinya
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Hal ini karena kurangnya kesadaran dan kebiasaan di dalam keluarga. Perubahan membutuhkan waktu bertahap
3.	Potensial untuk dicegah Rendah	1	1	$1/3 \times 1 = 1/3$	Keluarga kurang kesadaran untuk menjaga lingkungan untuk tetap sehat
4.	Menonjolnya masalah Masalah tidak dirasakan	1	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Jika masalah pada keluarga tidak ditangani maka akan berdampak pada kesehatan anggota yang lain
Total				4 2/6	

3. Diagnosa Keperawatan : Risiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Ancaman	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah ini menjadi ancaman pada Sdr. I Karena disamping kemampuan anggota yang merawat kurang yang juga menderita TB, lingkungan yang kotor juga menjadi pemicu bakteri terus berkembang

2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Hal ini karena kurangnya kemampuan di dalam keluarga. Perubahan membutuhkan waktu bertahap
3.	Potensial untuk dicegah Sedang	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Di dalam keluarga hanya Ny. M yang sudah tua yang merawat yang juga sakit TB
4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Jika masalah pada keluarga tidak ditangani maka akan memperburuk kesehatan Sdr. I
Total				3 2/3	

4. Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Aktual	3	1	$3 \times 1 = 3$	Masalah yang terjadi sudah lama terjadi pada klien
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1/2$	Jika klien dapat patuh pada pengobatan, maka masalah ini dapat teratasi
3.	Potensial untuk dicegah Sedang	1	1	$1/3 \times 1 = 1/3$	Masalah dapat dicegah jika kepatuhan klien meningkat
4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Ketidakefektifan tentunya mengganggu pola pernapasan klien sehingga perlu penanganan segera
Total				4 2/6	

5. Diagnosa Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit

No.	Kriteria	Nilai/ skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga mengetahui bahwa Sdr. I mengalami penurunan nafsu makan, terlihat Sdr. I yang semakin kurus
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Kemampuan ekonomi yang kurang memaksa keluarga untuk

	Sebagian				mencukupi seadanya	nutrisi
3.	Potensial untuk dicegah Rendah	1	1	$1/3 \times 1 = 1/3$	Sdr. I masih tersugesti kalau tidak sembuh tidak akan nafsu makan walaupun sudah berusaha untuk makan banyak	
4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani	1	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Jika nutrisi terus dibiarkan maka akan memperburuk kesehatan Sdr. I sehingga perlu ditangani segera	
		Total			2 2/6	

4.5 Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas

4.5.1 Diagnosa keperawatan keluarga klien 1

- Ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru
- Risiko penularan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit
- Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam anggota yang sakit

4.5.2 Diagnosa keperawatan keluarga klien 2

- Ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru
- Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit
- Risiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit

Tabel 4.22 Batasan karakteristik

Batasan Karakteristik	Klien 1	Klien 2
1) Perilaku yang menunjukkan kegagalan untuk memenuhi (dengan observasi langsung atau melalui pernyataan klien atau orang terdekat).	√	√
2) Menunjukkan perkembangan komplikasi	-	-
3) Menunjukkan perburukan gejala	√	√
4) Tidak kembali memeriksakan diri sesuai janji	√	√
5) Gagal menunjukkan kemajuan	-	√
6) Tes objektif (misal, pengukuran fisiologis, deteksi tanda-tanda fisiologis)	√	√

Dari 6 tanda ketidakpatuhan pada tabel 4.22 terdapat 4 batasan karakteristik yang sesuai dengan klien 1, sedangkan pada klien 2 memenuhi 5 batasan karakteristik. Tanda yang tidak terdapat pada kedua klien ditandai dengan tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan perkembangan komplikasi. Menurut Kemenkes (2016) komplikasi berbahaya dapat timbul bila tidak diobati dan pengobatan tidak tuntas. Pada batasan gagal menunjukkan perkembangan muncul pada klien 2 sedangkan pada klien 1 tidak. Ini disebabkan karena kurangnya kemampuan keluarga dalam mendukung klien dalam berobat serta rendahnya status ekonomi.

<p>lingkungan rumah agar tetap sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mendukung program pengobatan klien 	<p>4) Keluarga mampu melakukan pendampingan pengobatan klien</p>	<p>11) Lakukan pendampingan dan pengawasan pengobatan secara berkelanjutan</p> <p>12) Bantu klien dalam merumuskan rencana yang sistematis untuk mengubah perilaku ketidakpatuhan</p> <p>13) Bantu klien atau keluarga memahami kebutuhan untuk mematuhi program pengobatan dan konsekuensi akibat ketidakpatuhan.</p> <p>14) Ajarkan klien dan keluarga penggunaan aplikasi Sembuh TB</p>
---	--	--

Pada tabel 4.23 didapatkan perencanaan tindakan atau intervensi untuk diagnosa ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah pengobatan TB. Intervensi keperawatan yang telah direncanakan sama dengan teori. Namun, tidak semua intervensi yang ada di teori dimasukkan ke dalam intervensi ketidakpatuhan pengobatan. Hal tersebut dilakukan sesuai dengan kebutuhan masing-masing klien. Intervensi ini mengacu pada intervensi keluarga yang meliputi diagnosa keperawatan, tujuan umum, tujuan khusus, kriteria dan standar. Intervensi ketidakpatuhan menurut Wilkinson (2016) yaitu meliputi aktivitas keperawatan dan pendidikan kesehatan sebagai penyuluhan kepada klien dan keluarga tentang penyakit TB paru dan pengobatannya. Dalam penyusunan intervensi ini penulis juga memberikan intervensi inovasi yakni penggunaan aplikasi sembuh TB.

4.7 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.24 Implementasi dan evaluasi keluarga klien 1

Klien 1				
No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1.	10 September 2019	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru	<p>Pertemuan 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) BHSP dengan klien dan keluarga 2) Mengkaji pengetahuan keluarga tentang TB dan pengobatannya 3) Mengidentifikasi penyebab ketidakpatuhan klien 4) Memberikan dukungan emosi kepada anggota keluarga untuk membantu mempertahankan hubungan positif dengan klien. 5) Mendiskusikan strategi efektif mengatasi ketidakpatuhan 6) Memberikan penguatan positif terhadap kepatuhan untuk mendukung perilaku positif yang terus-menerus. 7) Melakukan kontak tertulis dengan klien, dan evaluasi perilaku patuh secara berkelanjutan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan tidak terlalu mengetahui TB paru dan pengobatannya - Klien mengatakan terkadang lupa minum obat kalau tidak ada yang mengingatkan <p>O :</p> <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
2.	13 September 2019	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru	<p>Pertemuan 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HE kepada keluarga dan klien tentang penyakit TB paru 2) HE tentang informasi obat untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang tepat. 3) HE tentang pentingnya PMO 4) Mendiskusikan dengan keluarga pembentukan PMO 5) Melakukan pendampingan dan pengawasan pengobatan secara berkelanjutan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan berkomitmen untuk mendampingi pengobatan klien <p>O :</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>

			6) Merumuskan rencana yang sistematis untuk mengubah perilaku ketidakpatuhan		
			7) Membantu klien atau keluarga memahami kebutuhan untuk mematuhi program pengobatan dan konsekuensi akibat ketidakpatuhan		
3.	17 September 2019	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru	<p>Pertemuan 3</p> <p>1) Mendiskusikan kembali tentang pengobatan TB paru</p> <p>2) Mengajarkan keluarga mengawasi minum obat klien</p> <p>3) Mengajarkan keluarga memotivasi klien untuk mematuhi pengobatan</p> <p>4) Memberikan reinforcement positif atas usaha keluarga</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga Tn. S mengatakan senang dan merasa lebih paham tentang penyakit TB paru dan pengobatan yang dilakukan - Ny. P mengatakan akhir-akhir ini rajin minum obat <p>O :</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi dengan kontrol ke pelayanan kesehatan secara rutin</p>	

Tabel 4.25 Implementasi dan evaluasi keluarga klien 2

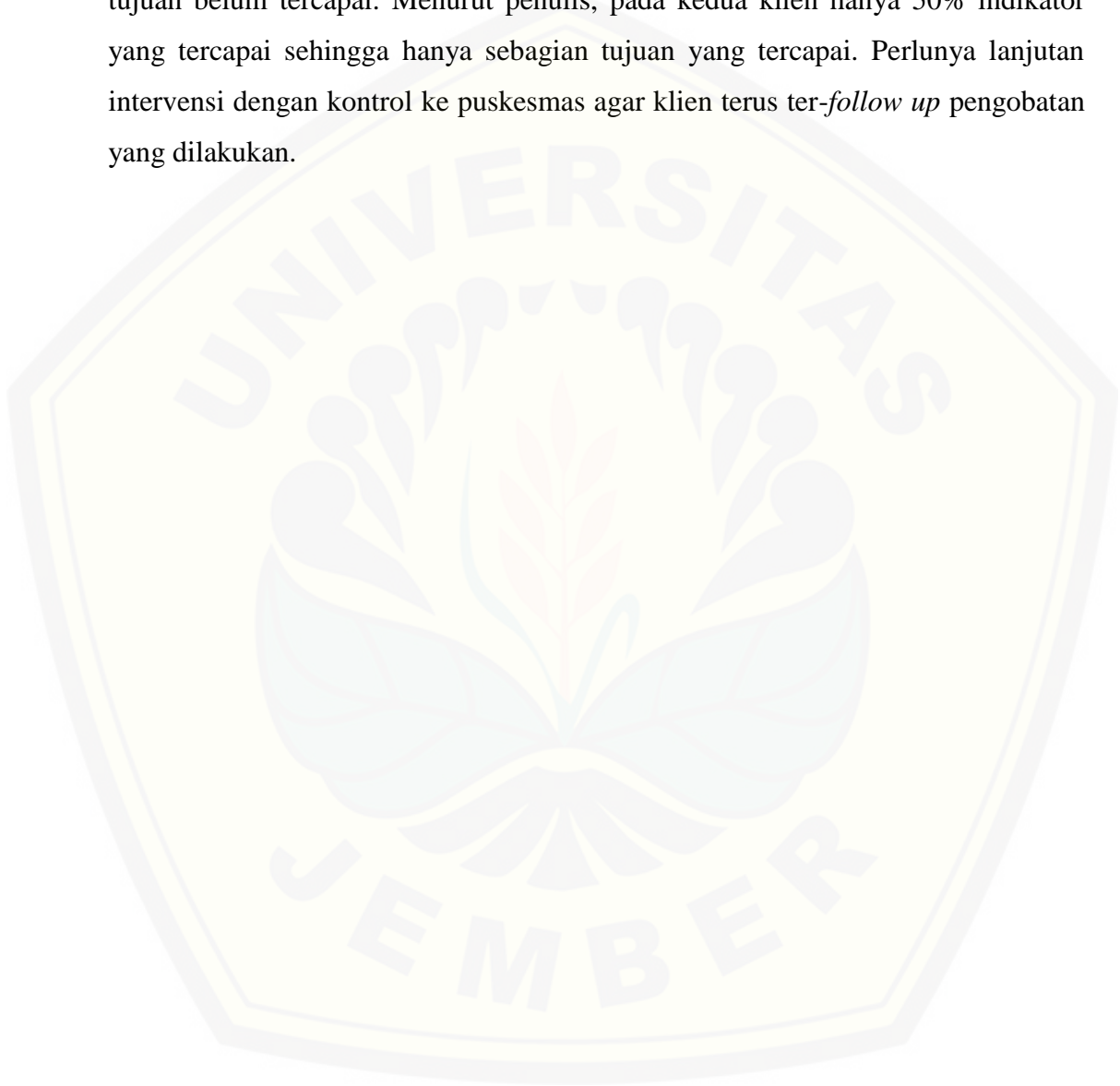
Klien 2					
No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	
1.	10 September 2019	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru	<p>Pertemuan 1 :</p> <p>1) BHSP dengan klien dan keluarga</p> <p>2) Mengkaji pengetahuan keluarga tentang TB dan pengobatannya</p> <p>3) Mengidentifikasi penyebab ketidakpatuhan klien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan tidak terlalu mengetahui TB paru dan pengobatannya - Klien mengatakan jika dirasa membaik maka tidak minum obat <p>O :</p>	

			<ol style="list-style-type: none"> 4) Memberikan dukungan emosi kepada anggota keluarga untuk membantu mempertahankan hubungan positif dengan klien. 5) Mendiskusikan strategi efektif mengatasi ketidakpatuhan 6) Memberikan penguatan positif terhadap kepatuhan untuk mendukung perilaku positif yang terus-menerus. 7) Melakukan kontak tertulis dengan klien, dan evaluasi perilaku patuh secara berkelanjutan. 	<p>A : Tujuan belum tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
2.	12 September 2019	Ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru	<p>Pertemuan 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HE kepada keluarga dan klien tentang penyakit TB paru 2) HE tentang informasi obat untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang tepat. 3) HE tentang pentingnya PMO 4) Mendiskusikan dengan keluarga pembentukan PMO 5) Melakukan pendampingan dan pengawasan pengobatan secara berkelanjutan 6) Merumuskan rencana yang sistematis untuk mengubah perilaku ketidakpatuhan 7) Membantu klien atau keluarga memahami kebutuhan untuk mematuhi program pengobatan dan konsekuensi akibat ketidakpatuhan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan berkomitmen untuk mendampingi pengobatan klien <p>O :</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>

3.	19 September 2019	Ketidapatuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal pengobatan TB paru	pengobatan dengan	Pertemuan 3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mendiskusikan kembali tentang pengobatan TB paru 2) Menganjurkan keluarga mengawasi minum obat klien 3) Menganjurkan keluarga memotivasi klien untuk mematuhi pengobatan 4) Memberikan reinforcement positif atas usaha keluarga 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan senang dan merasa lebih paham tentang penyakit TB paru dan pengobatan yang dilakukan - Sdr. I mengatakan akhir-akhir ini rajin minum obat <p>O :</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi dengan kontrol ke pelayanan kesehatan secara rutin</p>
----	-------------------	--	-------------------	--------------------	--	---

Pada table 4.24 dan 4.25 didapatkan hasil implementasi dan evaluasi pada kedua klien. Implementasi yang dilakukan pada klien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidapatuhan pengobatan sudah sesuai dengan intervensi yang telah disusun sesuai teori Wilkinson (2016). Namun dari 15 intervensi yang disusun, hanya dapat diimplementasikan 14 kepada kedua klien yakni pada intervensi inovasi penggunaan aplikasi Sembuh TB tidak dapat dilakukan kepada kedua klien. Kendala yang dialami penulis saat akan melakukan implementasi pada klien pertama kesulitan pada kurangnya kemampuan klien dalam mengakses aplikasi melalui perangkat android (gaptek), sedangkan kendala yang terjadi pada klien kedua adalah klien tidak memiliki perangkat android, sehingga pada kedua klien tidak memungkinkan untuk dilakukan intervensi inovasi tersebut.

Pada evaluasi kedua keluarga klien, tujuan hanya tercapai sebagian sehingga perlu adanya lanjutan intervensi dengan kontrol ke pelayanan kesehatan. Dalam teori disebutkan untuk kriteria tujuan tercapai harus 100% dari indikator, jika hanya 50% atau lebih maka tujuan tercapai sebagian, dan jika kurang dari 50% maka tujuan belum tercapai. Menurut penulis, pada kedua klien hanya 50% indikator yang tercapai sehingga hanya sebagian tujuan yang tercapai. Perlunya lanjutan intervensi dengan kontrol ke puskesmas agar klien terus ter-*follow up* pengobatan yang dilakukan.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah membahas asuhan keperawatan keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang tahun 2019. Pada bab ini penulis akan menyampaikan kesimpulan dan saran untuk perbaikan.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada keluarga klien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan didapatkan data klien 1 berinisial P, berjenis kelamin perempuan yang berusia 52 tahun, sedangkan klien 2 berinisial I, jenis kelamin laki-laki yang berusia 28 tahun. Kedua klien sama-sama memiliki riwayat penyakit tuberkulosis paru sebelumnya dan saat ini masih menjalani program pengobatan tuberkulosis paru kategori 2. Pada pengkajian lingkungan didapatkan data lingkungan klien 1 bersih, rapi, namun jendela jarang dibuka, sedangkan pada lingkungan klien 2 tampak kotor, kumuh, dan jendela juga jarang dibuka. Pada pengkajian keluarga terdapat perbedaan data diantara kedua keluarga klien, keluarga klien 1 merupakan klien yang cukup mampu dalam aspek ekonomi dan klien 2 kurang mampu. Pada fungsi perawatan didapatkan data pada keluarga kedua keluarga klien sebenarnya sudah cukup mengenal dan mengetahui tentang penyakit tuberkulosis paru, namun dalam hal memutuskan tindakan dan perawatan anggota keluarga yang sakit masih kurang mampu. Pada pengkajian fisik didapatkan data pada kedua klien terjadi penurunan berat badan sehingga proporsi tubuh pada kedua klien tampak kurus. Pada pemeriksaan auskultasi respirasi kedua klien juga didapatkan adanya ronkhi.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian dan analisa data yang telah dilakukan, bahwa pada klien 1 (Ny. P) ditemukan 4 diagnosa keperawatan dan pada klien 2 (Tn. I) ditemukan 5 diagnosa keperawatan. Setelah dilakukan skoring pada masing-masing diagnosa keperawatan didapatkan diagnosa keperawatan prioritas pada

kedua klien sama yakni ketidakpatuhan pengobatan dengan etiologi ketidakmampuan keluarga dalam memutuskan tindakan yang tepat.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah direncanakan sama dengan teori. Intervensi ini mengacu pada intervensi keluarga yang meliputi diagnosa keperawatan, tujuan umum, tujuan khusus, kriteria dan standart. Intervensi ketidakpatuhan menurut Wilkinson (2016) yaitu meliputi aktivitas keperawatan dan pendidikan kesehatan sebagai penyuluhan kepada klien dan keluarga tentang penyakit tuberkulosis paru dan pentingnya mengawasi pengobatan klien. Penulis juga menambahkan intervensi inovasi yakni mengajarkan penggunaan aplikasi Sembuh TB.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada keluarga klien dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan secara umum sama. Namun dari 15 intervensi yang disusun, hanya dapat diimplementasikan 14 kepada kedua klien yakni pada intervensi inovasi penggunaan aplikasi Sembuh TB tidak dapat dilakukan kepada kedua klien. Kendala yang dialami penulis saat akan melakukan implementasi pada klien pertama kesulitan pada kurangnya kemampuan klien dalam mengakses aplikasi melalui perangkat android (gaptek), sedangkan kendala yang terjadi pada klien kedua adalah klien tidak memiliki perangkat android, sehingga pada kedua klien tidak memungkinkan untuk dilakukan intervensi inovasi tersebut.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil tercapai hanya tercapai sebagian dalam 3 kali kunjungan terhadap keluarga klien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan, namun walaupun demikian klien dan keluarga sudah memahami tentang pengobatan tuberkulosis sehingga kepatuhan klien lebih meningkat daripada sebelumnya. Sehingga dibutuhkan intervensi lanjutan dengan kontrol ke pelayanan kesehatan yakni puskesmas, hal ini dijukan agar supaya pengobatan yang dilakukan terus ter-*follow up* dan diharapkan peningkatan kepatuhan yang terjadi bertambah lagi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian asuhan keperawatan Tuberkulosis Paru pada keluarga Tn. S dan Tn. U dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang tahun 2019.

5.2.2 Bagi Puskesmas

Dalam memberikan pelayanan kesehatan dapat memaksimalkan atau memonitoring penderita tuberkulosis paru untuk melakukan kunjungan dengan sistem berkelanjutan dengan meningkatkan kualitas pelayanan, melakukan upaya peningkatan cara penyampaian informasi kepada klien dan keluarga tentang penyakit tuberkulosis paru. Puskesmas melalui kerjasama dengan pemerintah terkait hendaknya dapat memberikan fasilitas kepada klien seperti perangkat android agar dapat mengakses aplikasi Sebuah TB khususnya kepada keluarga yang kurang mampu, sehingga sistem monitoring pengobatan TB paru dapat terbantu dengan adanya aplikasi berbasis android tersebut.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan khususnya prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang diharapkan bisa menambah dan mengembangkan sumber pustaka terbaru sehingga ada teori yang bisa diterapkan dan dapat memberikan wadah untuk menambah pengetahuan tentang ilmu keperawatan yang *up to date* khususnya dalam hal ini yaitu asuhan keperawatan keluarga dengan tuberkulosis paru dengan masalah ketidakpatuhan.

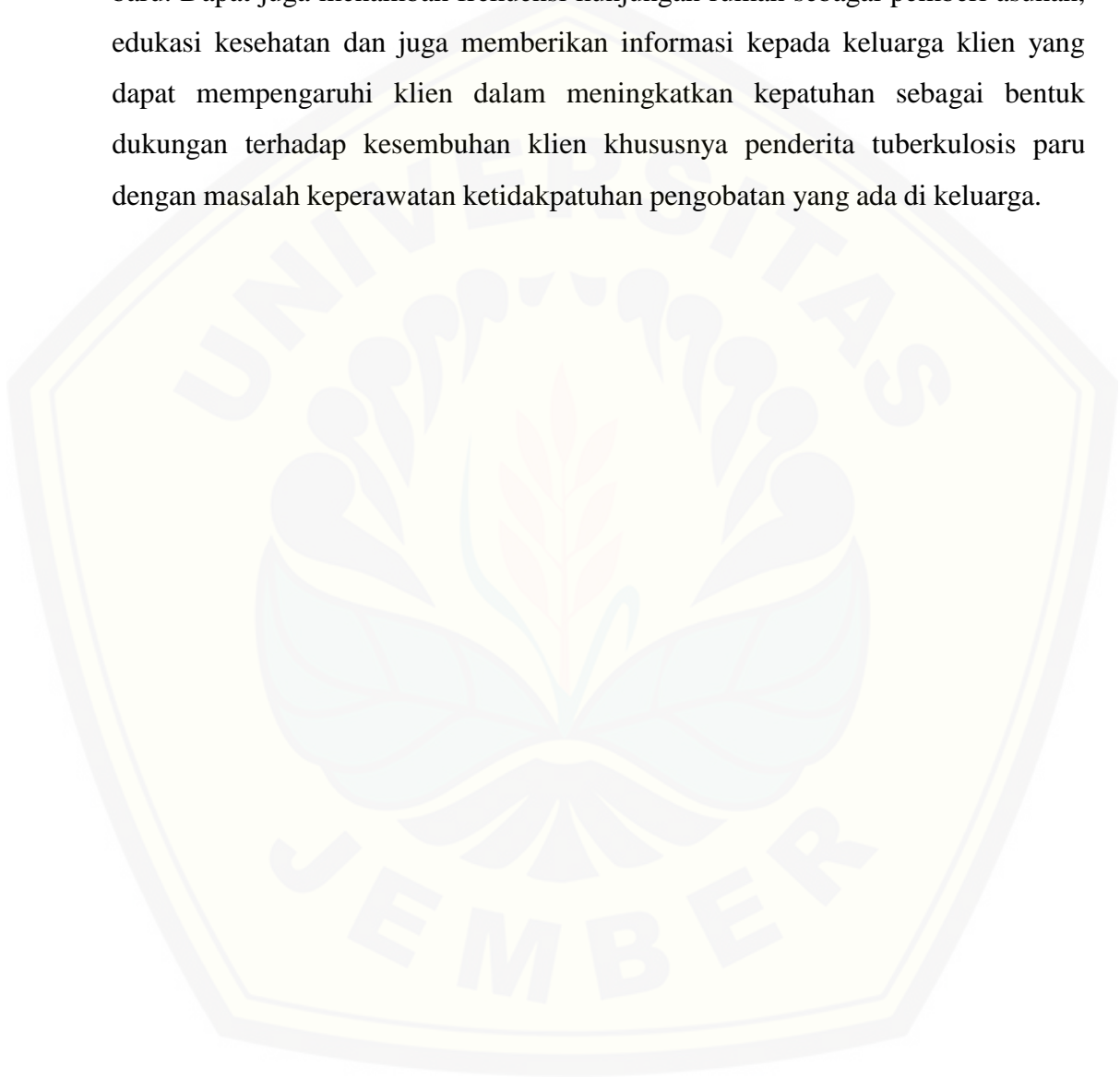
5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga

Keluarga diharapkan lebih memberi dukungan/support karena keluarga merupakan orang yang terdekat dengan klien dan bertindak sebagai pengawas pengobatan yang dilakukan dan lebih berkomitmen lagi mendampingi pengobatan klien sampai sembuh. Support dalam keluarga juga sangat penting, support ini berupa pelaksanaan fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan yang meliputi lima tugas kesehatan keluarga (menenal, memutuskan, merawat, memodifikasi, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Karena pada hakikatnya, support yang diberikan

keluarga pada klien juga menjadi faktor pemicu kepatuhan dan motivasi pada klien untuk lebih patuh lagi terhadap pengobatan yang dilakukan.

5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis dapat memodifikasi atau menambahkan teori yang lebih baru. Dapat juga menambah frekuensi kunjungan rumah sebagai pemberi asuhan, edukasi kesehatan dan juga memberikan informasi kepada keluarga klien yang dapat mempengaruhi klien dalam meningkatkan kepatuhan sebagai bentuk dukungan terhadap kesembuhan klien khususnya penderita tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pengobatan yang ada di keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. H., 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Bagi Mahasiswa Keperawatan dan Praktisi Perawat Perkesmas*. Edisi 2. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Amelia, F., Nahrin, S. N., Permatasari, D. A. & Suryani, F., 2014. Aplikasi Kalender Minum Obat TBC Berbasis Android. *Seminar Nasional Informatika Medis V*, Volume V, pp. 127-134.
- Bakri, M. H., 2018. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Corwin, E. J., 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Darlina, D., 2011. Manajemen Klien Tuberkulosis Paru. *Idea Nursing Journal*, pp. 27-31.
- Depkes, 2018. *Rakerkesnas 2018, Kemenkes Percepat Atasi 3 Masalah Kesehatan*. [Online] Available at: www.depkes.go.id. [Diakses 19 Juni 2018].
- Dinkes Jawa Timur, 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Surabaya, Dinkes Jawa Timur.
- Dinkes Kabupaten Lumajang, 2017. *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang Tahun 2016*, Lumajang: Dinkes Kabupaten Lumajang.
- Dotulong, J. F., Sapulete, M. R. & Kandou, G. D., 2015. Hubungan Faktor Risiko Umur, Jenis Kelamin Dan Kepadatan Hunian Dengan Kejadian Penyakit TB Paru di Desa Wori Kecamatan Wori. *Jurnal Kedokteran Komunitas*, Volume III, pp. 57-65.
- Fadila, R. N. & Riono, P., 2014. Pengaruh Rejimen terhadap Ketidakpatuhan Berobat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Volume 9, pp. 107-112.
- Gusti, S., 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Jakarta: CV Trans Info Media.
- Hamid, A., 2017. Agama dan Kesehatan Mental Dalam Perspektif Psikologi Agama. *Jurnal Kesehatan Tadulako Vol. 3 No. 1, Januari 2017*, Volume 3, pp. 1-84.
- Hidayat, A. A. A., 2009. *Metodologi Penelitian dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

- Indreswari, S. A. & Suharyo, 2014. Diagnosis Dini Tuberkulosis pada Kontak Serumah dengan Penderita Tuberkulosis Paru. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 9, No. 1, Agustus 2014*, pp. 32-38.
- Kardiyudiani, N. K. & Susanti, B. A. D., 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Kausar, L. I. E., Herawati & Pertiwiwati, E., 2015. Tugas Kesehatan Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita TB Paru. *DK Vol.3/No.2/September/2015*, pp. 34-45.
- Kemenkes RI, 2018. *Data dan Infomasi: Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Korua, E. S., Kapantow, N. H. & Kawatu, P. A., 2017. Hubungan Antara Umur, Jenis Kelamin, Dan Kepadatan Hunian Dengan Kejadian Tb Paru Pada Klien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*.
- Lazulfa, R. W. A., Wirjatmadi, B. & Adriani, M., 2016. Tingkat Kecukupan Zat Gizi Makro dan Status Gizi Klien Tuberkulosis dengan Sputum BTA (+) dan Sputum BTA (-). *Media Gizi Indonesia, Vol. 11, No. 2 Juli-Desember 2016*, Volume 2, pp. 144-152.
- Mahfuzhah, I., Salam, A. & Handini, M., 2014. Gambaran Faktor Risiko Penderita TB Paru Berdasarkan Status Gizi dan Pendidikan di RSUD Dokter Soedarso. *Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak*.
- Maulidia, D. F., 2014. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis di Wilayah Ciputat Tahun 2014. *FKIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*.
- Mbata & Iroezindu, 2014. Complications of Tuberculosis. *Pioneer Medical Journal*, Volume 3, pp. 22-26.
- Mitsuhita, D. R., 2016. Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru dengan Masalah Risiko Ketidapatuhan Program Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Pacar Keling Surabaya. Dalam: Surabaya: Poltekes Surabaya, pp. xi-xii.
- Muaz, F., 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Tuberkulosis Paru Basil Tahan Asam Positif di Puskesmas Wilayah Kecamatan Serang Kota Serang Tahun 2014. *Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta*.

- Mubarak, A. & Iqbal, W., 2012. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Naga, S. S., 2012. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Nurarif, A. H. & Kusuma, H., 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. 1 penyunt. Yogyakarta: Mediacion.
- Nurjana, M. A., 2015. Faktor Risiko Terjadinya Tuberculosis Paru Usia Produktif (15-49 Tahun) di Indonesia. *Media Litbangkes, Vol. 25 No. 3, September 2015*, Volume 25, pp. 165-170.
- Oktavia, S. & Destriatania, R. M. S., 2016. Analisis Faktor Risiko Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kertapati Palembang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, pp. 124-138.
- Pamungkas, P., Rahardjo, S. S. & Murti, B., 2018. Evaluation of Multi-Drug Resistant Tuberculosis Predictor Index in Surakarta, Central Java. *Journal of Epidemiology and Public Health*, pp. 263-276.
- PDPI, 2017. *Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan TB di Indonesia (Konsensus TB)*. Jakarta: PDPI.
- Pohan, J. A. & Budiningsih, T. E., 2015. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Minum Obat. *Intuisi: Jurnal Psikologi Ilmiah* .
- Rachmawati, N. I., Suryani & Isabella, C., 2015. Kebutuhan Psikososial Keluarga yang Mempunyai Anggota Keluarga Menderita TB Paru. *Universitas Padjadjaran Volume 3 Nomor 1 April 2015*, Volume 3, pp. 25-32.
- Rahman, F. A., Sugiyanto & Kristiyanto, A., 2018. Mountaineering Physical Activities as Community Recreational Sports. *Jurnal Pendidikan: Teori, Penelitian, dan Pengembangan Volume: 3 Nomor: 3 Bulan Maret Tahun 2018*, Volume 3, pp. 398-405.
- Riasmini, N. M. et al., 2017. *Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).
- Rosandali, F., Aziz, R. & Suharti, N., 2016. Hubungan antara Pembentukan Scar Vaksin BCG dan Kejadian Infeksi Tuberculosis. *Jurnal Kesehatan Andalas. 2016; 5(2)*, pp. 381-384.

- Situmorang, F. P., Kendek, R. & Putra, W. F., 2017. Solusi Mengatasi Ketidapatuhan Minum Obat Klien Tuberkulosis. *Universitas Cendrawasih*.
- Somantri, I., 2012. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Tandang, F., Amat, A. L. S. & Pakan, P. D., 2018. Hubungan Kebiasaan Merokok pada Perokok Aktif dan Pasif dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Sikumana Kota Kupang. *Cendana Medical Journal, Volume 15, Nomor 3, Desember 2018*, pp. 382-390.
- Wahid, A. & Suprpto, I., 2013. *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Edisi 1. Jakarta: Trans Info Media.
- Widyanto, F., 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wilkinson, J., 2016. *Diagnosa Keperawatan : Diagnosa NANDA-I, Intervensi Nic, Hasil Noc*. Jakarta: EGC.
- World Health Organization, 2018. *Global Tuberculosis Report 2018*. Geneva, World Health Organization.
- Zahroh, S. C., 2016. Hubungan Lama Pengobatan TBC Dengan Tingkat Stres Penderita TBC di Puskesmas Tambelang Kabupaten Sampang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol. 9, No. 2, Agustus 2016, Volume 9*, pp. 138-145.

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan KTI

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2018																TAHUN 2019																			
	SEPT				OKT				NOV-DES				JAN				FEB				SEPT				OKT				NOV				DES			
	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	1	2	3	4
Informasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Judul					■	■																														
Penyusunan Proposal							■	■	■	■	■	■	■																							
Konsul Proposal											■	■	■	■	■	■	■																			
Seminar Proposal															■																					
Revisi Proposal															■	■																				
Pengumpulan Data																			■	■	■	■	■	■												
Konsul Penyusunan Data																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Ujian Sidang Laporan Kasus																																			■	
Revisi Laporan Kasus																																			■	■
Pengumpulan Laporan Kasus																																			■	■

Lampiran 2 Informed Consent Klien 1

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Ny. P*

Umur : *52 thn*

Jenis kelamin : *Perempuan*

Alamat : *Jln kalimas Borong Krajan II Rt 04 Rw 06*

Pekerjaan : *Ibu Rumah Tangga*

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

"Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita
Tuberkulosis Paru dengan Masalah Ketidapatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja
Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019"

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

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Amiruz Zamroni
NIM. 162303101010

Lumajang, *03 September* 2019

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(... *Ny. P*

Lampiran 3 Informed Consent Klien 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Sdr. I*

Umur : *25*

Jenis kelamin : *LAKI LAKI*

Alamat : *JUANDA*

Pekerjaan : *SUASTA*

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

"Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita
Tuberkulosis Paru dengan Masalah Ketidakpatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja
Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019"

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

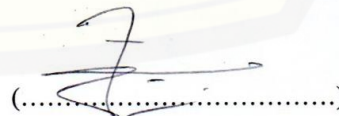
Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Amiruz Zamroni
NIM. 162303101010

Lumajang, 2019

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

Lampiran 4 Surat Permohonan Ijin Penyusunan KTI

Lumajang, 26 Agustus 2019

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di –
L U M A J A N G

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

Nama : Amiruz Zamroni
NIM : 162303101010

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing Tugas Akhir saya untuk menyusun Tugas Akhir dengan
judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita Tuberkulosis
dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas
Rogotrunan Lumajang Tahun 2019”

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

Nama Instansi : Puskesmas Rogotrunan Lumajang
Alamat : Jalan Citandui No. 05, Jogoyudan, Kec.Lumajang, Kab. Lumajang
Waktu penelitian : September – Desember 2019

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI


Dr. SUHARI, A,Per.Pen., MM

NIP. 19630302 198603 1 023

Hormat kami,
Pemohon,



Amiruz Zamroni

NIM 162303101010

Lampiran 5 Surat Ijin Penyusunan KTI



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
 Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
 Email : d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 877 /UN25.1.14.2/ LT/2019

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Tugas Akhir Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 26 Agustus 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Amiruz Zamroni
 Nomor Induk Mahasiswa : 162303101010
 Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 14 Oktober 1998
 Prodi : D3 Keperawatan
 Tingkat / Semester : III/ VII
 A l a m a t : Desa Wonosari RT/RW 006/004, Kec. Tekung, Kab. Lumajang
 diijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita Tuberkulosis dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019 "

Dengan pembimbing :

1. Dr. SUHARI, A,Per.Pen., MM

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

Ditetapkan di : Lumajang
 Pada Tanggal : 26 Agustus 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
 Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Kampus Lumajang



NERUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM

NIP. 19650629 198703 2 008

Lampiran 6 Surat Pemberitahuan Melakukan Penelitian



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 : 072/1/ESBA/427.75/2019

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor: 878/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 26 Agustus 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama AMIRUZ ZAMRONI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : AMIRUZ ZAMRONI
2. Alamat : Desa Wonosari RT 006 RW 004 Kec. Tekung
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101010
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga yang Menderita Tuberkulosis dengan Masalah Keperawatan Ketidaktepatan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
4. Anggota Peserta :
5. Waktu Penelitian : 02 September 2019 s/d 31 Desember 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, Puskesmas Rogotruran Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnnya 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 sah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

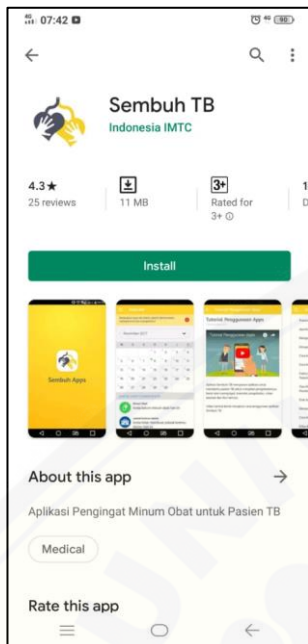
Lumajang, 28 Agustus 2019
 a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL


Drs. ABU HASAN
 Pembina
 NIP. 19620801 199303 1 001

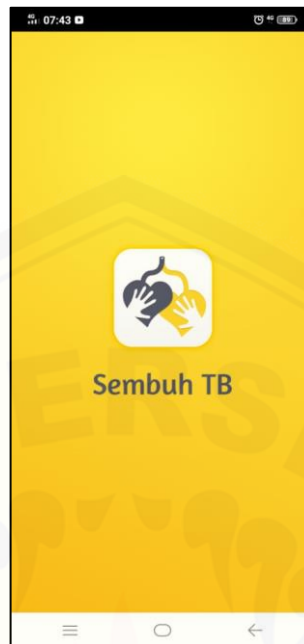
Tembusan Yth. :

1. 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 Rogotruran Lumajang,
6. Sdr. Koord. Prodi D3 Keperawatan
 UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

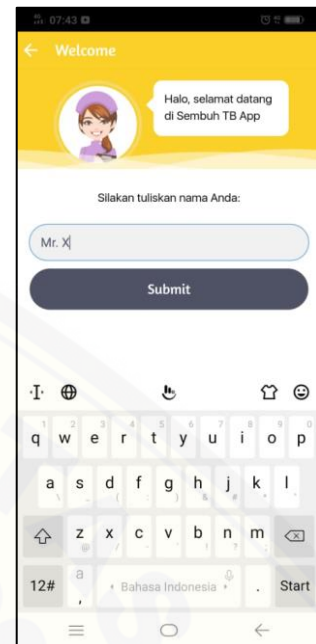
Lampiran 7 Alur Penggunaan Aplikasi Sembuh TB



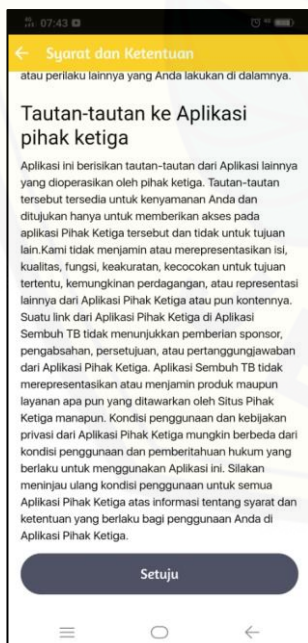
a) Download aplikasi Sembuh TB di Playstore



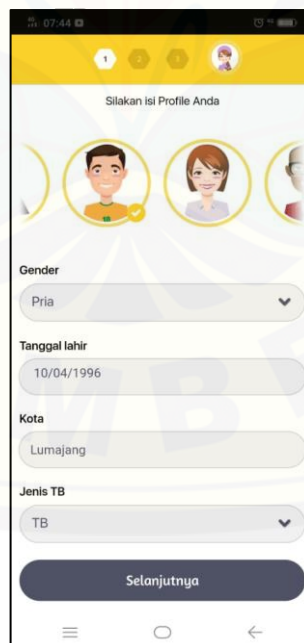
b) setelah terinstall di perangkat android, buka aplikasi Sembuh



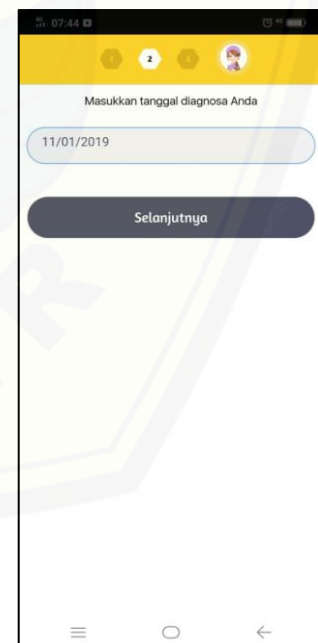
c) Isikan nama pengguna



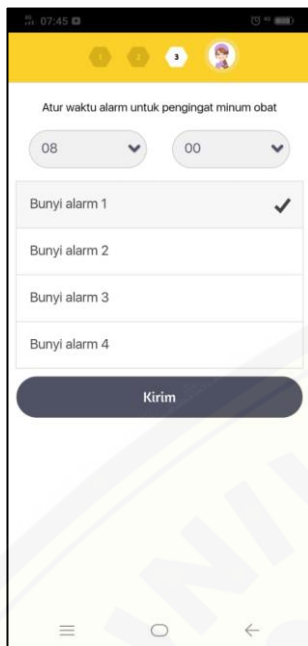
d) Klik Setuju



e) Daftar dan isi data diri dengan benar sebagai klien



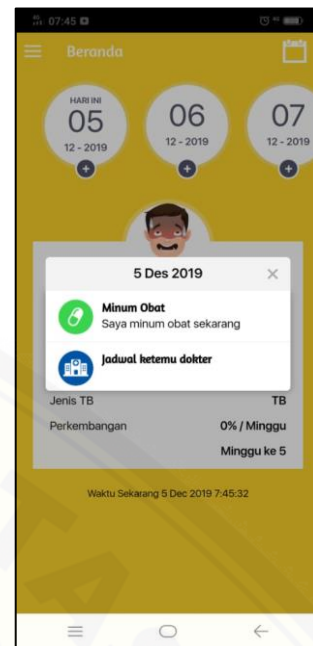
f) Masukkan tanggal klien memulai pengobatan



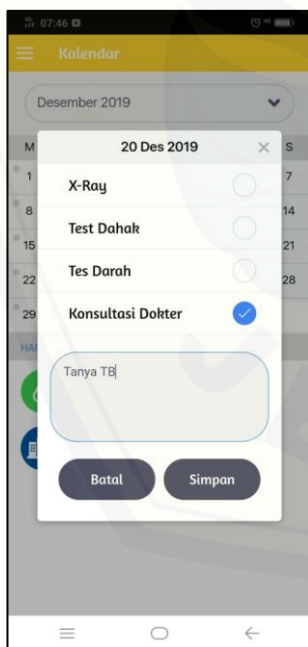
g) Atur waktu alarm dan nada alarm minum obat



h) Setelah selesai, akan diarahkan pada tampilan beranda



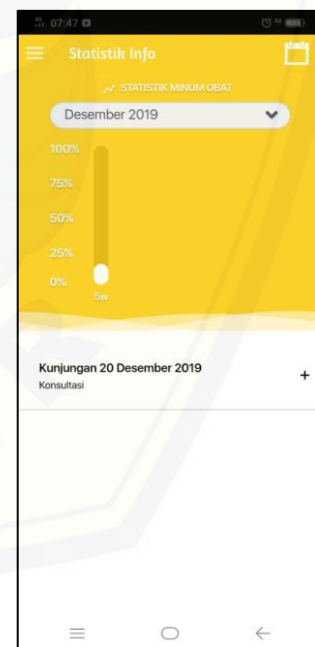
i) Beri tanda bila sudah minum obat dengan klik pada tanggal



j) Buat jadwal berkunjung dokter sesuai kebutuhan

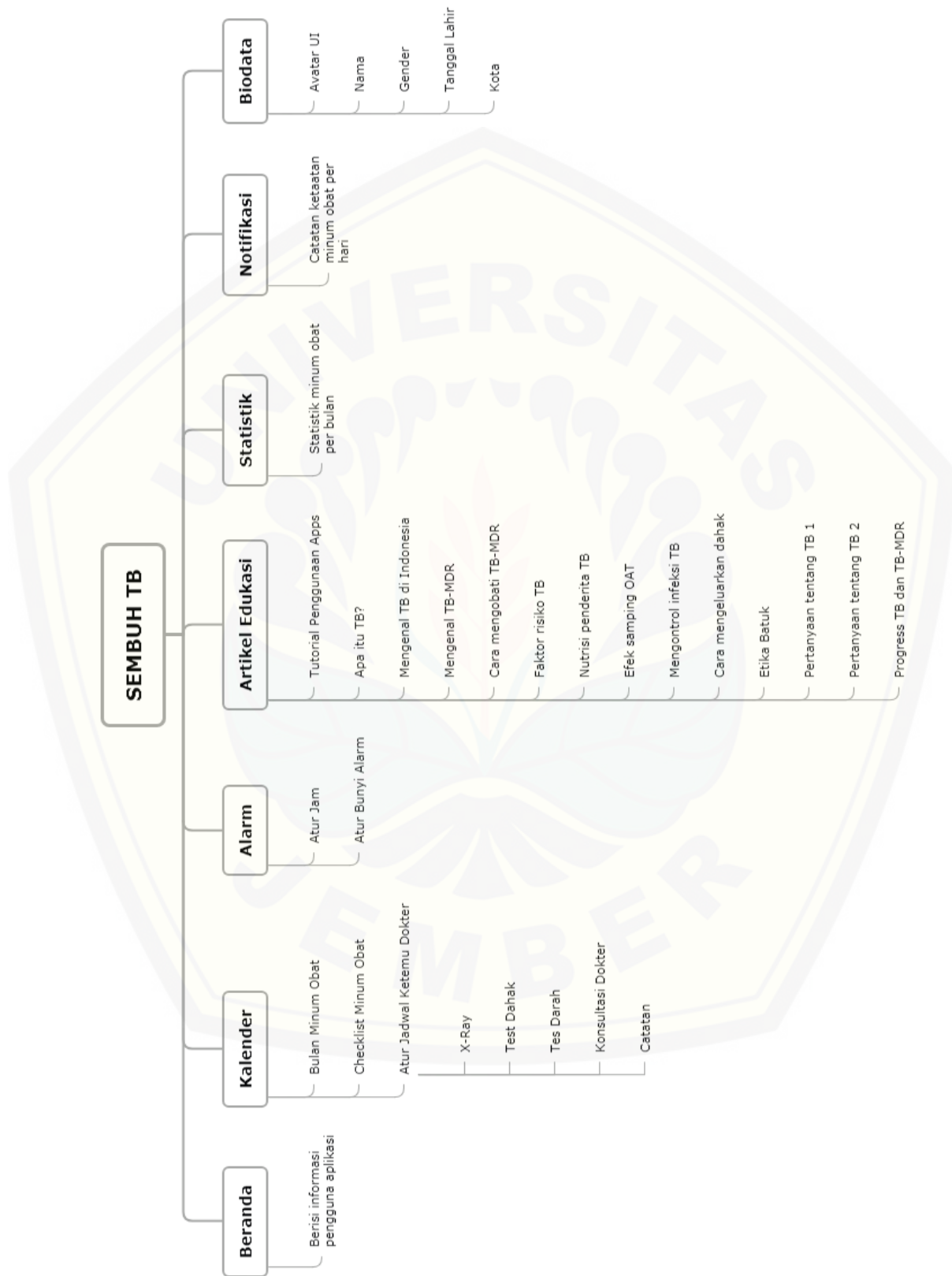


k) Pengguna dapat mendapatkan informasi seputar TB dengan klik pada menu Artikel Edukasi



l) Pengguna juga dapat melihat statistik dan persentase kepatuhan minum obat dengan klik menu statistik

Lampiran 8 Diagram Hipo Aplikasi Sembuh TB



Lampiran 9 Satuan Acara Penyuluhan Tuberkulosis Paru

SATUAN ACARA PENYULUHAN

**TUBERKULOSIS PARU
PADA KELUARGA NY. P DAN TN. I**



Oleh

AMIRUZ ZAMRONI

162303101010

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Tuberkulosis Paru
Hari/Tanggal : 12 & 13 September 2019
Waktu : 1 x 20 menit
Tempat : Rumah klien
Sasaran : Keluarga klien 1 (Ny. P) dan klien 2 (Sdr. I)

1. Analisis Situasi

- a. Audien
 - 1) Keluarga klien 1 dan klien 2
 - 2) Latar belakang pendidikan anggota keluarga merupakan pendidikan dasar
 - 3) Minat dan perhatian dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.
- b. Penyuluh
 - 1) Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember
 - 2) Mampu mengkomunikasikan kegiatan penyuluhan tentang Tuberkulosis paru dengan baik dan mudah dipahami oleh keluarga
- c. Ruangan
 - 1) Ruang tamu
 - 2) Penerangan dan sirkulasi udara kondusif

2. Tujuan Intruksional

- a. Tujuan umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang Tuberkulosis Paru diharapkan keluarga mampu mengetahui dan memahami konsep penyakit Tuberkulosis Paru dan perawatannya
- b. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga mampu:

 - 1) Mengetahui pengertian Tuberkulosis Paru
 - 2) Mengetahui penyebab Tuberkulosis Paru

- 3) Mengetahui tanda dan gejala Tuberkulosis Paru
- 4) Mengetahui cara penularan Tuberkulosis Paru
- 5) Mengetahui cara pencegahan Tuberkulosis Paru
- 6) Mengetahui komplikasi Tuberkulosis Paru

3. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Salam pembukaan b. Perkenalan diri c. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus d. Kontrak waktu e. Persepsi tentang Tuberkulosis Paru 	Memperhatikan dan menjawab salam	Ceramah	2 menit
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Penyampaian materi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengertian Tuberkulosis Paru 2) Penyebab Tuberkulosis Paru 3) Tanda dan gejala Tuberkulosis Paru 4) Cara penularan Tuberkulosis Paru 5) Pencegahan Tuberkulosis Paru 6) Komplikasi Tuberkulosis Paru b. Tanya Jawab 	Mendengarkan, memperhatikan, dan bertanya	Ceramah, Leaflet, dan Tanya Jawab	15 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan pertanyaan kepada keluarga b. Menyimpulkan isi materi penyuluhan c. Salam penutup 	Menjawab	Ceramah	3 menit

4. Materi

(Terlampir)

5. Media dan Alat Penyuluhan

Leaflet

6. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

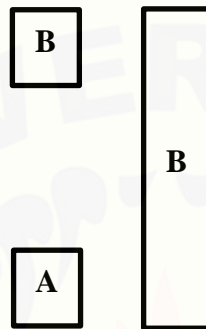
7. Pengorganisasian

Pemateri : Amiruz Zamroni

8. Evaluasi

a. Evaluasi struktur:

Setting tempat duduk



Keterangan:

A = Penyaji

B = Keluarga

b. Evaluasi proses:

- 1) Penyaji menyampaikan materi dengan baik.
- 2) Keluarga mengikuti penyampaian materi oleh penyaji dan mendengarkan antusias.
- 3) Keluarga memperhatikan dan kondusif.

c. Evaluasi hasil

Keluarga merespon/memberikan feedback dengan baik.

9. Tanya jawab

- a. Jelaskan definisi dan penyebab dari Tuberkulosis Paru?
- b. Sebutkan tanda Tuberkulosis Paru?
- c. Sebutkan komplikasi Tuberkulosis Paru?

LAMPIRAN MATERI TUBERKULOSIS PARU

1. Pengertian

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan (GI) serta luka yang terbuka pada kulit. Tetapi yang paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut (Nurarif & Kusuma, 2015)

2. Penyebab (Etiologi)

Tuberkulosis (TBC) disebabkan oleh sejenis bakteri yang disebut *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar saat penderita TB batuk atau bersin dan orang lain menghirup droplet yang dikeluarkan, yang mengandung bakteri TB. Meskipun TB menyebar dengan cara yang sama dengan flu, penyakit ini tidak menular dengan mudah, dibutuhkan kontak dalam waktu beberapa jam dengan orang yang terinfeksi. Misalnya, infeksi TBC biasanya menyebar antar anggota keluarga yang tinggal di rumah yang sama. Akan sangat tidak mungkin bagi seseorang untuk terinfeksi dengan duduk di samping orang yang terinfeksi di bus atau kereta api. Selain itu, tidak semua orang dengan TB dapat menularkan TB. Anak dengan TB atau orang dengan infeksi TB yang terjadi di luar paru-paru (TB ekstrapulmoner) tidak menyebarkan infeksi. (Kardiyudiani & Susanti, 2019)

3. Cara Penularan

Dalam Kepmenkes nomor 364 tahun 2009, beberapa cara penularan TB paru diantaranya:

- a. Sumber penularan adalah klien TB BTA positif.
- b. Pada waktu batuk atau bersin, klien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
- c. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman.
- d. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- e. Daya penularan seorang klien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular klien tersebut.
- f. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

4. Tanda dan Gejala

Dalam Kepmenkes nomor 364 tahun 2009 menerangkan bahwa gejala utama klien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke sarana pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) klien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.

Menurut Wahid & Suprpto (2013) tanda dan gejala yang muncul pada klien TB paru diantaranya:

a. Batuk darah

Adanya darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

b. Sesak napas

Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, di mana infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dll.

c. Nyeri dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

d. Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadang-kadang panas bahkan dapat mencapai $40-41^{\circ}\text{C}$. Keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

5. Cara pencegahan

a. Melaksanakan pengobatan TB dengan obat anti tuberculosis (OAT) dengan pengawasan hingga dinyatakan sembuh

b. Menutup mulut dan hidung pada saat batuk dan bersin bagi penderita TB

c. Imunisasi BCG pada bayi mencegah TB berat pada anak sejak dini

d. Membuang dahak di tempat yang tertutup dan dibuang di tempat yang mengalir seperti lubang WC, atau diberi desinfektan (lisol, detergen, dll) atau membakar dahak di tempat pembuangan

- e. Menjaga agar terjadi pergantian udara dalam rumah dengan cara membuka jendela setiap hari, dan menjaga agar seluruh bagian rumah terkena sinar matahari.
- f. Menggunakan masker bagi penderita (Ernawati, et al., 2017)

6. Komplikasi

Menurut Wahid & Suprpto (2013) ada beberapa komplikasi yang terjadi pada penderita tuberkulosis paru pada stadium lanjut diantaranya:

- a. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran napas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan napas.
- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial
- c. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
- d. Pneumotoraks (adanya udara dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
- f. Insufisiensi Kardiopulmoner (*Cardio Pulmonary Insufficiency*) Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Ernawati, K. et al., 2017. Penyuluhan Cara Pencegahan Penularan Tuberkulosis dan Pemakaian Masker di Keluarga Penderita Pengalaman dari Johar Baru, Jakarta Pusat. *Berita Kedokteran Masyarakat*, Volume 34, pp. 44-49.

Kardiyudiani, N. K. & Susanti, B. A. D., 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364 Tahun 2009, 13 Mei 2009. *Pedoman Penanganan Tuberkulosis (TB)*, s.l.: s.n.

Nurarif, A. H. & Kusuma, H., 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. 1 ed. Yogyakarta: Mediaction.

PENCEGAHAN



Makan makanan yang bergizi untuk meningkatkan daya tahan tubuh

Membuka jendela agar rumah mendapatkan cukup sinar matahari dan udara segar



Menjemur alas tidur agar tidak lembab

Mendapatkan suntikan vaksin BCG bagi anak usia dibawah 5 tahun untuk menghindari TB berat (menigitis dan miler)



Olahraga teratur

Tidak merokok



1. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran napas bawah)
2. Kolaps paru-paru
3. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
4. Pneumotoraks (adanya udara dalam rongga pleura)
5. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.

KOMPLIKASI

--- Terima Kasih ---



Mengenal

TB Paru



Oleh: Amiruz Zamroni



PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019

TUBERKULOSIS PARU

Bagaimana Penularan TBC?
Kuman TBC keluar ke udara melalui dropet/percikan dahak pada saat penderita TBC batuk, bersin atau berbicara

Kuman TBC yang keluar, terhirup oleh orang lain melalui saluran pernafasan.

Jika daya tahan tubuh lemah, orang tersebut menjadi sakit TBC

Jika daya tahan tubuh kuat, orang tersebut akan tetap sehat

WASPADA !!!

GEJALA

GEJALA UTAMA
BATUK (berdahak maupun tidak berdahak) > 3 Minggu

GEJALA LAINNYA

- Demam Meriang
- Batuk Berdahak
- Nyeri Dada
- Berkeringat tanpa sebab
- Nafsu makan menurun
- Berat badan menurun

Apa itu TBC?
TBC atau Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TBC Mycobacterium Tuberculosis. Kuman ini menyerang tubuh manusia, terutama pada paru. TBC bukan penyakit turunan, bukan disebabkan oleh kutukan ataupun gunaguna.

Lampiran 10 Satuan Acara Penyuluhan Pentingnya Pengobatan TB Paru

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PENTINGNYA PENGOBATAN TB PARU

PADA KELUARGA NY. P DAN TN. I



Oleh

AMIRUZ ZAMRONI

162303101010

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Pentingnya Pengobatan TB Paru
Hari/Tanggal : 12 & 13 September 2019
Waktu : 1 x 20 menit
Tempat : Rumah klien
Sasaran : Keluarga klien 1 (Ny. P) dan klien 2 (Sdr. I)

1. Analisis Situasi

- a. Keluarga
 - 1) Keluarga klien 1 dan klien 2
 - 2) Latar belakang pendidikan anggota keluarga merupakan pendidikan dasar
 - 3) Minat dan perhatian dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.
- b. Penyuluh
 - 1) Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember
 - 2) Mampu mengkomunikasikan kegiatan penyuluhan tentang pentingnya pengobatan tuberkulosis paru dengan baik dan mudah dipahami oleh keluarga
- c. Ruangan
 - 1) Ruang tamu
 - 2) Penerangan dan sirkulasi udara kondusif

2. Tujuan Intruksional

- a. Tujuan umum
Setelah dilakukan penyuluhan tentang pentingnya pengobatan tuberkulosis Paru diharapkan keluarga mampu mengetahui dan memahami pengobatan tuberkulosis paru
- b. Tujuan khusus
Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga mampu:
 - 1) Mengetahui tujuan pengobatan tuberkulosis paru

- 2) Mengetahui tahap pengobatan tuberkulosis paru
- 3) Mengetahui lama pengobatan tuberkulosis paru
- 4) Mengetahui cara pengobatan tuberkulosis paru
- 5) Mengetahui dampak berhenti pengobatan tuberkulosis paru

3. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Salam pembukaan b. Perkenalan diri c. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus d. Kontrak waktu e. Persepsi tentang pengobatan Tuberkulosis Paru 	Memperhatikan dan menjawab salam	Ceramah	2 menit
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Penyampaian materi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Tujuan pengobatan tuberkulosis paru 2) Prinsip pengobatan 3) Tahap pengobatan 4) Jenis obat 5) Lama pengobatan 6) Cara pengobatan 7) Dampak berhenti pengobatan b. Tanya Jawab 	Mendengarkan, memperhatikan, dan bertanya	Ceramah, Leaflet, dan Tanya Jawab	15 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> d. Memberikan pertanyaan kepada keluarga e. Menyimpulkan isi materi penyuluhan f. Salam penutup 	Menjawab	Ceramah	3 menit

4. Materi

(Terlampir)

5. Media dan Alat Penyuluhan

Leaflet

6. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

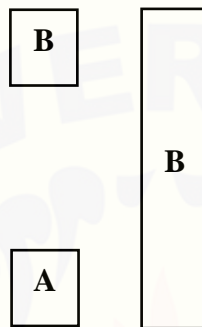
7. Pengorganisasian

Pemateri : Amiruz Zamroni

8. Evaluasi

a. Evaluasi struktur:

Setting tempat duduk



Keterangan:

A = Penyaji

B = Keluarga

b. Evaluasi proses:

- 1) Penyaji menyampaikan materi dengan baik.
- 2) Keluarga mengikuti penyampaian materi oleh penyaji dan mendengarkan antusias.
- 3) Keluarga memperhatikan dan kondusif.

c. Evaluasi hasil

Keluarga merespon/memberikan feedback dengan baik.

9. Tanya jawab

- a. Apa tujuan dari pengobatan tuberkulosis paru?
- b. Sebutkan jenis obat tuberkulosis paru!
- c. Sebutkan dampak buruk jika berhenti pengobatan!

LAMPIRAN MATERI

PENTINGNYA PENGOBATAN TB

1. Tujuan Pengobatan

Dalam Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009 menyatakan pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan klien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Penatalaksanaan penyakit TB merupakan bagian dari surveilans penyakit; tidak sekedar memastikan klien menelan obat sampai dinyatakan sembuh, tetapi juga berkaitan dengan pengelolaan sarana bantu yang dibutuhkan, petugas yang terkait, pencatatan, pelaporan, evaluasi kegiatan dan rencana tindak lanjutnya.

2. Prinsip pengobatan

Pengobatan TB dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut:

- a. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup
- b. dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan.
- c. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap
- d. (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- e. Untuk menjamin kepatuhan klien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT= Directly Observed Treatment) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO). (Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009)

3. Tahap Pengobatan

Dalam Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009 Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan lanjutan.

- a. Tahap awal (intensif)
 - 1) Pada tahap awal (intensif) klien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.

- 2) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya klien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- 3) Sebagian besar klien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

b. Tahap Lanjutan

- 1) Pada tahap lanjutan klien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama
- 2) Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister sehingga mencegah terjadinya Kekambuhan

4. Jenis Obat

- a. Isoniazid (H)
- b. Rifampicin (R)
- c. Pyrazinamide (Z)
- d. Streptomycin (S)
- e. Ethambutol (E)

Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan TB di Indonesia:

- a. Kategori 1 : 2HRZE/4(HR)3.
- b. Kategori 2 : 2HRZES/(HRZE)/5(HR)3E3.

Obat TB diberikan secara GRATIS, namun harus diminum TERATUR sesuai aturan dari dokter untuk mencegah dari kebal terhadap obat TB. (Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009)

5. Lama Pengobatan

Pada fase intensif, ditentukan berdasarkan hasil BTA dan kultur. Lama minimal yang direkomendasikan setidaknya selama 2 bulan. Dan fase lanjutan, setidaknya selama minimal 4 bulan. (Depkes, 2016)

6. Cara pengobatan

Setelah dinyatakan sakit TB, klien diberi obat yang harus diminum secara teratur sampai tuntas selama 6 sampai 8 bulan. Klien akan didampingi oleh petugas menelan obat (PMO) selama proses pengobatan. Selama masa pengobatan diperlukan pemeriksaan dahak pada:

- a. Akhir tahap awal(intensif) pengobatan sesudah 2 sampai 3 bulan
- b. 1 bulan sebelum masa pengobatan berakhir
- c. Akhir pengobatan. (Depkes, 2016)

7. Dampak berhenti pengobatan

- a. Penyakit TB tidak sembuh dan dapat menular ke orang lain
- b. Kuman TB dalam tubuh menjadi kebal terhadap obat sehingga pengobatan berikutnya akan lebih lama dan lebih mahal karena jenis obat nya berbeda
- c. Kuman TB yang kebal obat juga dapat ditularkan ke orang lain (Depkes, 2016)

8. TB Resisten Obat

Merupakan suatu keadaan penderita TB mengalami kebal terhadap beberapa obat TB yang. Jenis resisten dibedakan menjadi 2, yaitu resistensi primer (kasus baru) dimana resistensi obat terjadi pada klien yang belum pernah mendapat OAT atau pernah mendapatkan OAT kurang dari satu bulan. Kemudian resistensi sekunder (kasus yang pernah diobati) dimana resistensi obat terjadi pada klien yang sudah pernah menjalani pengobatan OAT selama paling sedikit satu bulan. (Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009)

9. Penyebab Resisten Obat TB Pada Penderita

- a. Tidak patuh minum obat
- b. Malabsorpsi
- c. Reaksi terhadap adverse event dan efek samping obat
- d. Masalah informasi, transportasi, biaya
- e. Masalah sosial
- f. Ketergantungan obat (Depkes, 2016)

10. Menduga MDR-TB Secara Klinis

Pengenalan kegagalan obat secara dini:

- a. Batuk seharusnya membaik dalam waktu dua minggu pertama setelah pengobatan
- b. Tanda-2 kegagalan: sputum tidak konversi, batuk masih ada atau berulang, demam masih berlanjut, keringat malam hari dan tidak ada kenaikan berat badan (Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009)



DAFTAR PUSTAKA

Depkes, 2016. *www.depkes.go.id*. [Online] Available at: <http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=16040400008> [Accessed 07 Oktober 2019].

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364 Tahun 2009, 13 Mei 2009. *Pedoman Penanganan Tuberkulosis (TB)*, s.l.: s.n.



JENIS OBAT

1. Isoniazid (H)
2. Rifampisin (R)
3. Pirazinamid (Z)
4. Ethambutol (E)
5. Streptomycin (E)

Sebaiknya diberikan obat KDT
(Kombinasi Dosis Tetap)

KDT



DAMPAK JIKA STOP

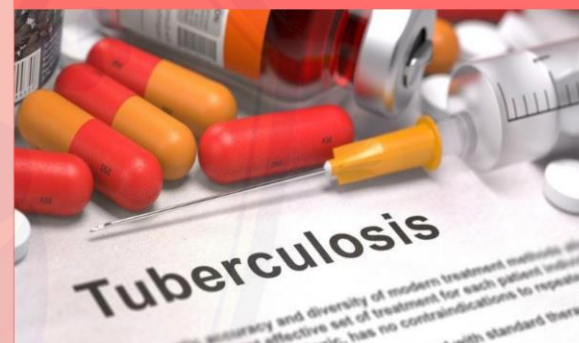
- a. Penyakit TB tidak sembuh dan dapat menular ke orang lain
- b. Kuman TB dalam tubuh menjadi kebal terhadap obat sehingga pengobatan berikutnya akan lebih lama dan lebih mahal karena jenis obat nya berbeda
- c. Kuman TB yang kebal obat juga dapat ditularkan ke orang lain



--- Terima Kasih ---



Pentingnya Pengobatan TB



Oleh: Amiruz Zamroni



PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

2019

TUJUAN



Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

- OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup
- dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan.
- Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap
- (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh PMO

PRINSIP



TAHAPAN

PENGOBATAN TB

Pengobatan berlangsung selama 6-8 bulan yang terbagi dalam 2 tahap

Tahap Awal (Fase Intensif)

Obat diminum setiap hari selama 2 atau 3 bulan



Obat diminum 3 kali seminggu selama 4 atau 5 bulan

Tahap Lanjutan

- Tahap awal (intensif)
 - Pada tahap awal (intensif) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung
 - Bila pengobatan diberikan secara tepat, biasanya pasien menjadi tidak menular dalam waktu 2 minggu.
- Tahap Lanjutan
 - Pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama
 - Penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan

Lampiran 11 Satuan Acara Penyuluhan Pengawas Menelan Obat (PMO)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO)

PADA KELUARGA NY. P DAN TN. I



Oleh

AMIRUZ ZAMRONI

162303101010

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Pengawas Menelan Obat (PMO)
Hari/Tanggal : 12 & 13 September 2019
Waktu : 1 x 20 menit
Tempat : Rumah klien
Sasaran : Keluarga klien 1 (Ny. P) dan klien 2 (Sdr. I)

1. Analisis Situasi

- a. Keluarga
 - 1) Keluarga klien 1 dan klien 2
 - 2) Latar belakang pendidikan anggota keluarga merupakan pendidikan dasar
 - 3) Minat dan perhatian dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.
- b. Penyuluh
 - 1) Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember
 - 2) Mampu mengkomunikasikan kegiatan penyuluhan tentang Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan baik dan mudah dipahami oleh keluarga
- c. Ruangan
 - 1) Ruang tamu
 - 2) Penerangan dan sirkulasi udara kondusif

2. Tujuan Intruksional

- a. Tujuan umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang pentingnya pengobatan tuberkulosis Paru diharapkan keluarga mampu mengetahui dan memahami tentang Pengawas Menelan Obat (PMO)
- b. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga mampu:

 - 1) Mengetahui pengertian Pengawas Menelan Obat (PMO)
 - 2) Mengetahui tugas Pengawas Menelan Obat (PMO)

- 3) Mengetahui syarat dari Pengawas Menelan Obat (PMO)
- 4) Mengetahui hal apa saja yang perlu diketahui oleh Pengawas Menelan Obat (PMO)
- 5) Mengetahui siapa saja yang bisa menjadi Pengawas Menelan Obat (PMO)

3. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Salam pembukaan b. Perkenalan diri c. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus d. Kontrak waktu e. Persepsi tentang Pengawas Menelan Obat (PMO) 	Memperhatikan dan menjawab salam	Ceramah	2 menit
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Penyampaian materi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengertian PMO 2) Tugas PMO 3) Syarat menjadi PMO 4) Informasi yang perlu dipahami oleh PMO b. Tanya Jawab 	Mendengarkan, memperhatikan, dan bertanya	Ceramah, Leaflet, dan Tanya Jawab	15 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan pertanyaan kepada keluarga b. Menyimpulkan isi materi penyuluhan c. Salam penutup 	Menjawab	Ceramah	3 menit

4. Materi

(Terlampir)

5. Media dan Alat Penyuluhan

Leaflet

6. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

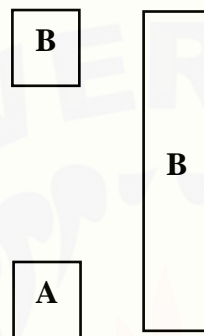
7. Pengorganisasian

Pemateri : Amiruz Zamroni

8. Evaluasi

a. Evaluasi struktur:

Setting tempat duduk



Keterangan:

A = Penyaji

B = Keluarga

b. Evaluasi proses:

- 1) Penyaji menyampaikan materi dengan baik.
- 2) Keluarga mengikuti penyampaian materi oleh penyaji dan mendengarkan antusias.
- 3) Keluarga memperhatikan dan kondusif.

c. Evaluasi hasil

Keluarga merespon/memberikan feedback dengan baik.

9. Tanya jawab

- a. Apa pengertian dari PMO?
- b. Apa saja tugas seorang PMO?
- c. Siapa saja yang bisa menjadi PMO?

LAMPIRAN MATERI

PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO)

1. Pengertian

Dalam Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009 disebutkan salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO.

Pengawas menelan obat atau disebut dengan istilah PMO adalah bertugas menjamin keteraturan pengobatan agar klien lekas sembuh atau sukses berobat. Oleh karena itu, Depkes merekomendasikan persyaratan menjadi PMO adalah dikenal, dan disetujui penderita maupun oleh petugas kesehatan, selain itu harus disegani oleh penderita sendiri, kemudian tempat tinggal dekat penderita dan bersedia membantu dengan sukarela di sisi lain, PMO harus memahami tanda dan gejala penyakit termasuk cara penularan, pengobatan dan perawatannya. (Nurarif & Kusuma, 2015)

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga. (Kepmenkes No. 364 tahun 2009)

2. Tugas Pengawas Menelan Obat (PMO)

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) menyatakan depkes menetapkan empat tugas pokok pengawas menelan obat (PMO) sebagai berikut:

- a. Mengawasi penderita TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai masa pengobatan;
- b. Memberikan dorongan kepada penderita agar mau berobat secara teratur;
- c. Mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan;

- d. Memberikan penyuluhan pada anggota keluarga penderita tuberkulosis yang mempunyai gejala-gejala tersangka TB tmtuk segera memeriksa kepada petugas kesehatan terdekat;
- e. Membantu atau mendampingi penderita dalam pengambilan obat anti TB (OAT) di pelayanan kesehatan terdekat;
- f. Membantu petugas kesehatan dalam rangka memantau perkembangan penyakit TB di desanya. (surveilen TB desa)

Point a sampai dengan point d adalah tugas pokok yang ditetapkan Depkes. Akan tetapi dalam pelaksanaan di lapangan PMO juga berperan melakukan hal-hal yang berhubungan dengan penderita TB dan petugas kesehatan seperti yang tercantum pada tugas point e dan point f di atas. Tugas seorang PMO **bukan** untuk mengganti kewajiban klien mengambil obat dari sarana pelayanan kesehatan.

3. Persyaratan PMO

- a. Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun klien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh klien.
- b. Seseorang yang tinggal dekat dengan klien.
- c. Bersedia membantu klien dengan sukarela.
- d. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan klien. (Kepmenkes Nomor 364 tahun 2009)

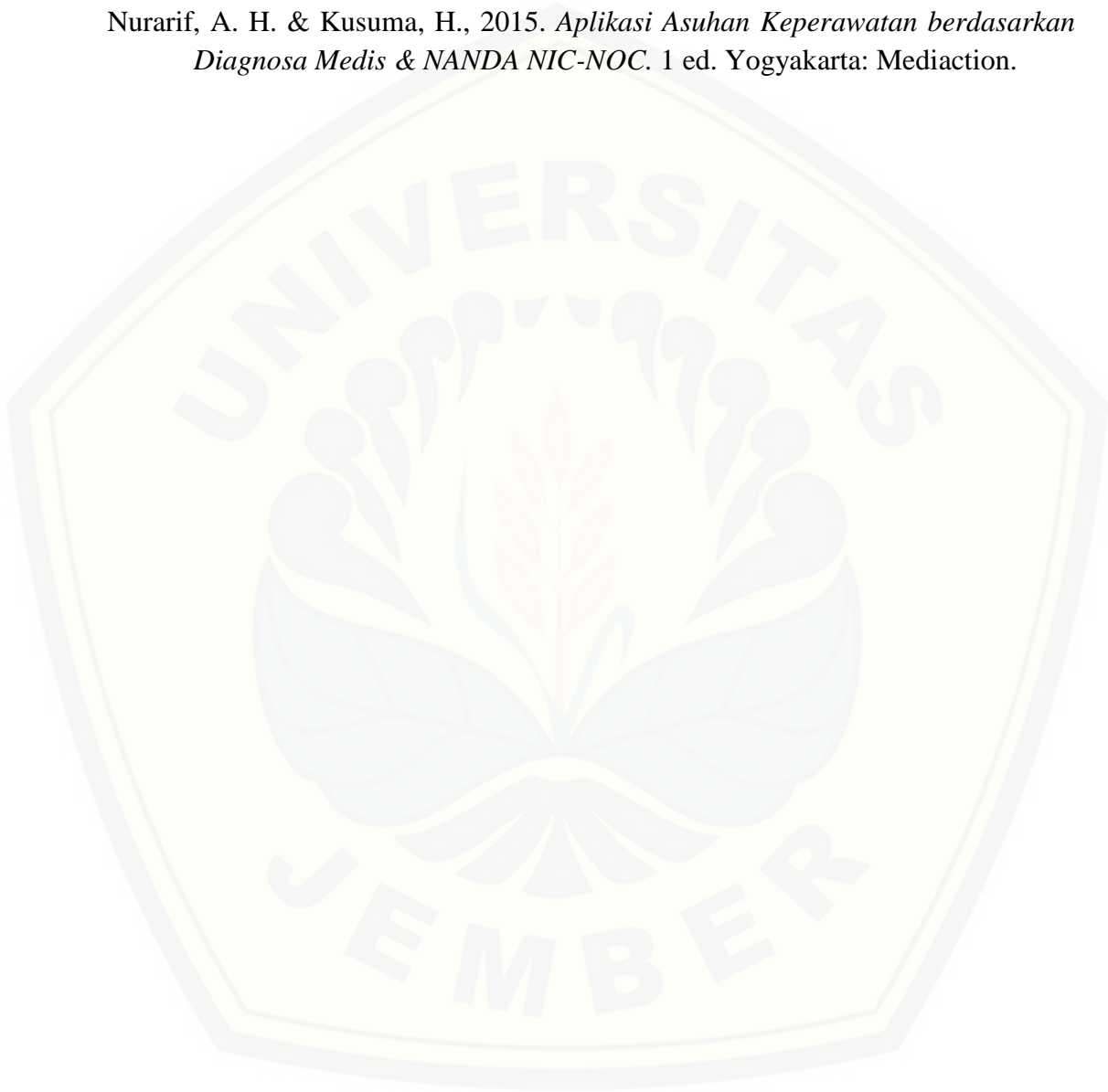
4. Informasi penting yang perlu dipahami PMO

- a. TB disebabkan kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan
- b. TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur
- c. Cara penularan TB, gejala-gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya.
- d. Cara pemberian pengobatan klien (tahap intensif dan lanjutan)
- e. Pentingnya pengawasan supaya klien berobat secara teratur
- f. Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke sarana pelayanan kesehatan. (Nurarif & Kusuma, 2015)

DAFTAR PUSTAKA

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364 Tahun 2009, 13 Mei 2009. *Pedoman Penanganan Tuberkulosis (TB)*, s.l.: s.n.

Nurarif, A. H. & Kusuma, H., 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. 1 ed. Yogyakarta: Mediaction.



CONTOH PMO



INGAT !!!

Tugas seorang PMO bukan untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari sarana pelayanan kesehatan.

INFORMASI BAGI PMO

- TB disebabkan kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan
- TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur
- Cara penularan TB, gejala-gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya.
- Cara pemberian pengobatan pasien (tahap intensif dan lanjutan)
- Pentingnya pengawasan supaya pasien berobat secara teratur
- Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke sarana pelayanan kesehatan.

**TUBERKULOSIS
BISA DISEMBUHKAN**



Peran Pengawas Menelan Obat



Oleh: Amiruz Zamroni



PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019



DEFINISI

Pengawas menelan obat atau disebut dengan istilah PMO adalah seseorang yang bertugas menjamin keteraturan pengobatan agar pasien lekas sembuh atau sukses berobat pengobatan TB

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


SYARAT PMO



TUGAS PMO

1. Mengawasi penderita TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai masa pengobatan;
2. Memberikan dorongan kepada penderita agar mau berobat secara teratur;
3. Mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan;
4. Memberikan penyuluhan pada anggota keluarga penderita tuberkulosis yang mempunyai gejala-gejala tersangka TB tmtuk segera memeriksa kepada petugas kesehatan terdekat;
5. Membantu atau mendampingi penderita dalam pengambilan obat anti TB (OAT) di pelayanan kesehatan terdekat;
6. Membantu petugas kesehatan dalam rangka memantau perkembangan penyakit TB di desanya. (surveilens TB desa)

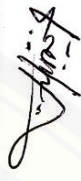



Lampiran 12 Log Book Penyusunan KTI

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN KTI
MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Amfuz Zamroni
 N I M : 162303101010
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

TAHAP PENULISAN KTI

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	10 Juli 2018	1. Asuhan keperawatan keluarga pada pasien TBC dengan masalah keperawatan Fisiko perulangan di area kerja fkm Robobrunan.	Ate - Cari literatur - Fokus 9.		
2	20 Januari 2019	Konsul Bab 1	Revisi Bab 1 + Granti masalah Dep.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	
3	22 Januari 2019	Konsul Revisi Bab I	Judul sudah di sesuaikan Bab I - all → II		
4	25 Januari 2019	Konsul Bab II	Bab II Edit & tambahkan		
5	29 Januari 2019	Konsul Bab II (Revisi)	Bab II. Intervensi & bely. koreksi homonime		
6	01 Februari 2019	Konsul Bab II (Revisi)	Bab II. Aca ... lanjut Bab III		
7	04 Februari 2019	Konsul Bab III	Bab III di tambahkan		
8	06 Februari 2019	Konsul Bab III (Revisi)	Bab III Aca		
9	10. September 2019.	Konsul Bab IV	Tambahkan teoriz yang sesuair		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	20 September 2019.	Konsul Revisi Bab IV	Acc ⇒ V - Dambahkan teori.		
11	23 September 2019.	Konsul Revisi Bab IV Konsul Bab V	- lanjut Bab V - Penulisan.		
12	27 September 2019.	Konsul Revisi Bab IV	- Bab IV Acc - Ringkasan + Summary.		
13.	01 Oktober 2019.	Konsul Ringkasan.	Summary, tiap slide 1/1		
14.	27 November 2019.	- Konsul revisi penulisan tanda baca (.) - Konsul revisi KH.	Acc cek kembali 1-5.		
15.	28 November 2019.	- Konsul revisi kriteria partisipan.	Acc		
16.	09 Desember 2019.	- Konsul Revisi stela pendanta becamatan eli Latar belakang.	Pasibkan dante yang genera sudah upda...		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17	05 Desember 2019.	<ul style="list-style-type: none"> - Forum Fevri Hub. Tipe keluarga \Rightarrow TB - Forum revisi Intervensi 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan FTO dalam pembelajaran - Opini disempurnakan 	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
18.	06 Desember 2019.	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul revisi Intervensi Inovasi \Rightarrow Aplikasi Sembuh TB. 	Tambahkan gambar penunjang Aplikasi pada tampilan.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
19.	07 Desember 2019.	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul revisi penulisan dan tata letak. 	Sesuaikan dengan feedomun unes ACE.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
20	09 Desember 2019.	<ul style="list-style-type: none"> - Cet ukang hari konsul revisi Bab 1-5. 	ACE	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
21.	10-12-19	ACE revisi pasca sidang KTI	ACE Cetak!!!	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Lampiran 13 Dokumentasi



Keluarga Klien 1



Keluarga Klien 2