



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M DAN Ny. S  
YANG MENDERITA TUBERKULOSIS PARU DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PEMELIHARAAN KESEHATAN DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
LUMAJANG 2019**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

Ahmad Falihul Idhhar  
NIM 162303101006

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M DAN Ny. S  
YANG MENDERITA TUBERKULOSIS PARU DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PEMELIHARAAN KESEHATAN DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
LUMAJANG 2019**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

Oleh

Ahmad Falihul Idhhar  
NIM 162303101006

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

### **PERSETUJUAN PEMBIMBING**

Laporan tugas akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. M Dan Ny. S Yang Menderita Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Tahun 2019” telah disetujui pada :

Hari, tanggal :

Tempat : Prodi Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

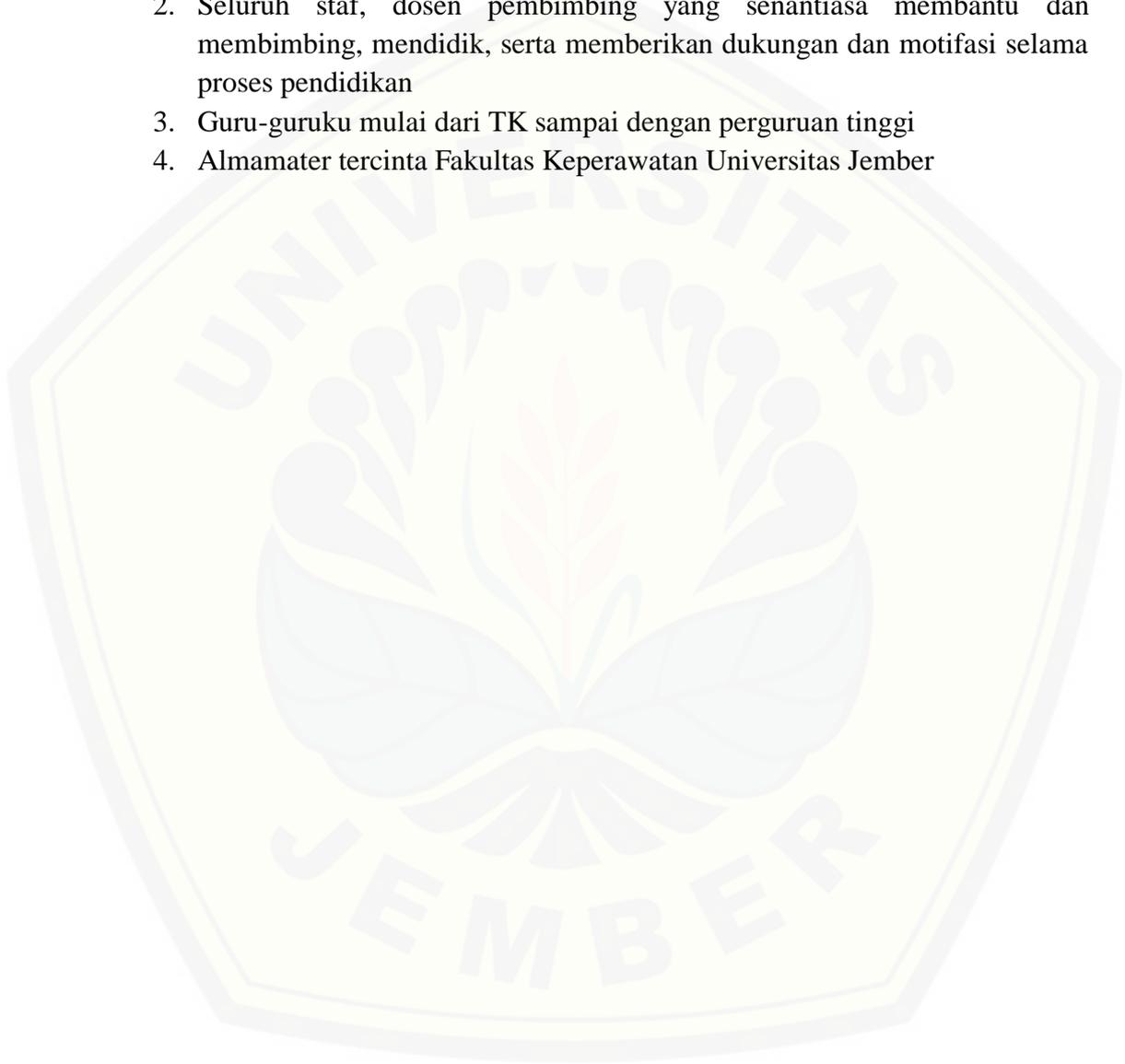
Dosen Pembimbing

R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep  
NIDN. 3427028801

## PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini di persembahkan untuk :

1. Ayah dan ibu tersayang tercinta yang saya banggakan
2. Seluruh staf, dosen pembimbing yang senantiasa membantu dan membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motifasi selama proses pendidikan
3. Guru-guruku mulai dari TK sampai dengan perguruan tinggi
4. Almamater tercinta Fakultas Keperawatan Universitas Jember



**MOTTO**

“Untuk menjadi diri sendiri perlu orang lain, jadi belajarlh dari orang lain dalam hal baik maupun buruk dan ambil hikmah yang pantas diterapkan.”



---

Ahmad Falihul Idhhar

**PERNYATAAN**

Dengan ini saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Ahmad Falihul Iddhar

NIM : 162303101006

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Asuhan keperawatan pada keluarga Ny. M dan Ny. S yang menderita tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan di Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019" adalah benar benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, 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 sebenar benarnya, tanpa ada tekanan atau paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 22 mei 2019

Yang menyatakan,

Ahmad Falihul Idhhar  
NIM. 162303101043

**PENGESAHAN**

Laporan tugas akhir yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. M Dan Ny. S Yang Menderita Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Tahun 2019” Karya Ahmad Falihul Idhhar telah diuji di sahkan pada :  
Hari, tanggal :

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji

Ketua

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

Anggota I,

Anggota II,

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

R. Endro Sulistyono,S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIDN. 3427028801

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

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

## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan keluarga pada Ny. M Dan Ny. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019** ; Ahmad Falihul Idhhar, 162303101006; 2019; 116: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Tuberkulosis paru merupakan penyakit paru yang menyerang parenkim paru-paru, di sebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Tuberkulosis ini adalah penyakit yang memiliki rentang waktu yang lama, disini perawat ikut berperan penting untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kegiatan tersebut terlaksana dengan adanya mahasiswa di masyarakat berperan sebagai perawat keluarga yang akan membina keluarga tersebut.

Melaporkan Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Menderita *tuberkulosis* Paru Yang Mengalami Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019. Desain yang di gunakan pada penyusunan tugas akhir ini adalah laporan kasus. Teknik pengambilan data menggunakan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Teknik pengambilan data menggunakan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada partisipan adalah penyuluhan tentang kesehatan rumah yang ideal.

Hasil yang di dapatkan selama 6 kali kunjungan adalah tujuan tercapai pada klien 1 dan tercapai pada klien 2 karena sudah bisa memelihara kesehatan rumah, sehingga penulis menyimpulkan bahwa tindakan memberikan penyuluhan dan tata cara kesehatan rumah yang ideal dapat membantu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.

Dari hasil tersebut diharapkan untuk penulis selanjutnya dan petugas kesehatan dapat mengembangkan mengenai penatalaksanaan cara cepat dan tepat khususnya pada pasien tuberkulosis dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan sehingga tidak menimbulkan dampak yang lebih buruk. Untuk keluarga dan pasien mampu membantu membersihkan kebersihan lingkungan rumah mampu memberikan rasa nyaman bagi pasien dan keluarga.

## SUMMARY

**Family Nursing care for Mrs. M And Ny. S with Nursing Problems Ineffectiveness of Health Care in the Work Area of Rogotrunan Lumajang Health Center in 2019;** Ahmad Falihul Idhhar, 162303101006; 2019; 116: Nursing Faculty of Jember University.

Pulmonary tuberculosis is a lung disease that attacks the lung parenchyma, caused by *Mycobacterium tuberculosis*. This disease can also spread to other parts of the body such as meninges, kidneys, bones, and lymph nodes. Tuberculosis is a disease that has a long period of time, here nurses play an important role to improve community health status. The activity was carried out with the students in the community acting as family nurses who would foster the family.

Reporting Family Nursing Care with Family Members Suffering from Pulmonary Tuberculosis Who Have Nursing Problems Ineffectiveness of Health Care in the Working Area of the Lumot Rogotrunan Health Center in 2019. The design used in the preparation of this final project is a case report. Data collection techniques using interviews, observation, and documentation. Data collection techniques using interviews, observation, and documentation. Nursing orders for participants were counseling about ideal home health.

The results obtained during 6 visits are the goals achieved in client 1 and achieved in client 2 because it can maintain home health, so the authors conclude that the act of providing extension and ideal home health procedures can help the effectiveness of health maintenance.

From these results it is expected that further authors and health professionals can develop management of fast and appropriate methods, especially in tuberculosis patients with nursing problems that are ineffective in maintaining health so that they do not have a worse impact. For families and patients able to help clean the cleanliness of the home environment is able to provide comfort for patients and families.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karnia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. M Dan Ny. S Yang Menderita Tuberkulosis Paru Dengan Masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrnan Tahun 2019”. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) pada Jurusan 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. Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember;
2. Ibu Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep. M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ibu Ns. Nurul Hayati, S.Kep. MM. selaku Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang;
4. Bapak Ns. R. Endro Sulistyono S.Kep, M.Kep. selaku Dosen Pembimbing dan Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan laporan tugas akhir ;
5. Ibu Dr. Rosalia Retno Gayatri, selaku Kepala Puskesmas Rogotrnan yang telah memberikan izin di wilayah kerja Puskesmas Rogotrnan;
6. Bapak/Ibu sekeluarga yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesainya laporan tugas akhir ini;
7. Amalia Listi Rahma S.K.M selaku kakak saya yang telah meluangkan waktunya untuk berkontribusi dalam bertukar ide dan pendapat sehingga terselesainya laporan tugas akhir ini;
8. Bapak ibu dosen dan staf Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah mengajarkan berbagai ilmu keperawatan;
9. Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan laporan tugas akhir . 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, Juli 2019

Penulis



**DAFTAR ISI**

<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING.....</b>	<b>iii</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>PENGESAHAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xix</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Tujuan Penulisan .....</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Manfaat Penulisan .....</b>	<b>3</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	4
1.4.2 Manfaat praktis .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Konsep Penyakit.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Klasifikasi .....	7
2.1.4 Manifestasiklinis .....	8
2.1.5 Patofisiologi .....	10
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	12
2.1.7 Penatalaksanaan .....	14
2.1.8 Komplikasi .....	19
<b>2.2 Konsep Keluarga.....</b>	<b>19</b>

2.2.1 Definisi keluarga .....	19
2.2.2 Tipe Keluarga.....	20
2.2.3 Tahap Perkembangan Keluarga .....	21
2.2.4 Fungsi Keluarga .....	24
<b>2.3 Konsep Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan .....</b>	<b>26</b>
2.3.1 Definisi.....	26
2.3.2 Batasan Karakteristik: .....	26
2.3.3 Batasan Karakteristik lain ( non-NANDA Intenational ).....	26
2.3.4 Sistem Kesehatan .....	26
2.3.5 Jaringan .....	27
2.3.6 Intervensi :.....	27
2.3.7 Evaluasi.....	28
<b>2.4 Asuhan Keperawatan Dengan Tuberkulosis Paru.....</b>	<b>29</b>
2.4.1 Tahap Pengkajian.....	29
<b>2.5 Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>38</b>
2.5.1 Komponen Diagnosa.....	38
2.5.2 Menetapkan Etiologi .....	38
2.5.3 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga.....	38
<b>2.6 Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>38</b>
2.6.1 Tujuan .....	38
<b>2.7 Intervensi .....</b>	<b>39</b>
<b>2.8 Implementasi .....</b>	<b>39</b>
<b>2.9 Evaluasi .....</b>	<b>40</b>
<b>BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Desain Penulisan.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Batasan Istilah .....</b>	<b>41</b>
3.2.1 Asuhan Keperawatan .....	41
3.2.2 Pasien Tuberkulosis Paru .....	41
3.2.3 Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan.....	41
<b>3.3 Partisipan .....</b>	<b>42</b>
3.3.1 Berada dalam 1 wilayah Puskesmas yang sama. ....	42

3.3.2 Pasien mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan sesuai batasan istilah diatas .....	42
3.3.3 Pasien yang terdiagnosa Tuberkulosis Paru .....	42
3.3.4 Pasien bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani <i>informed consent</i> .....	42
<b>3.4 Lokasi dan Waktu .....</b>	<b>42</b>
<b>3.5 Pengumpulan Data .....</b>	<b>43</b>
3.5.1 Wawancara .....	43
3.5.2 Observasi .....	43
<b>3.6 Uji Keabsahan Data .....</b>	<b>43</b>
<b>3.7 Analisa Data .....</b>	<b>44</b>
3.7.1 Pengumpulan data .....	44
3.7.2 Mereduksi data .....	44
3.7.3 Penyajian data .....	44
3.7.4 Kesimpulan .....	44
<b>3.8 Etika Penulisan .....</b>	<b>44</b>
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (persetujuan menjadi pasien) .....	45
3.8.2 <i>Anonimity</i> (tanpa nama) .....	45
3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan) .....	45
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 Gambaran Lokasi Dan Pengambilan Data .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2 Pengkajian .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Analisa Data .....</b>	<b>76</b>
<b>4.4 Penentuan Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>78</b>
4.4.1 Diagnosa keperawatan (Klien 1) .....	78
4.4.2 Diagnosa keperawatan (Klien 2) .....	79
4.4.3 Penentuan Prioritas Diagnosa Keperawatan .....	81
<b>4.5 Intervensi Keperawatan Keluarga .....</b>	<b>82</b>
<b>4.6 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Formatif .....</b>	<b>83</b>
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>90</b>
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>90</b>

5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	90
5.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	90
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	90
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	91
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	91
<b>5.2 Saran.....</b>	<b>91</b>
5.2.1 Bagi Penulis .....	91
5.2.2 Bagi Perawat .....	91
5.2.3 Bagi Keluarga .....	92
5.2.4 Bagi Puskesmas Rogotrunan Lumajang .....	92
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya .....	92
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>93</b>

**DAFTAR TABEL**

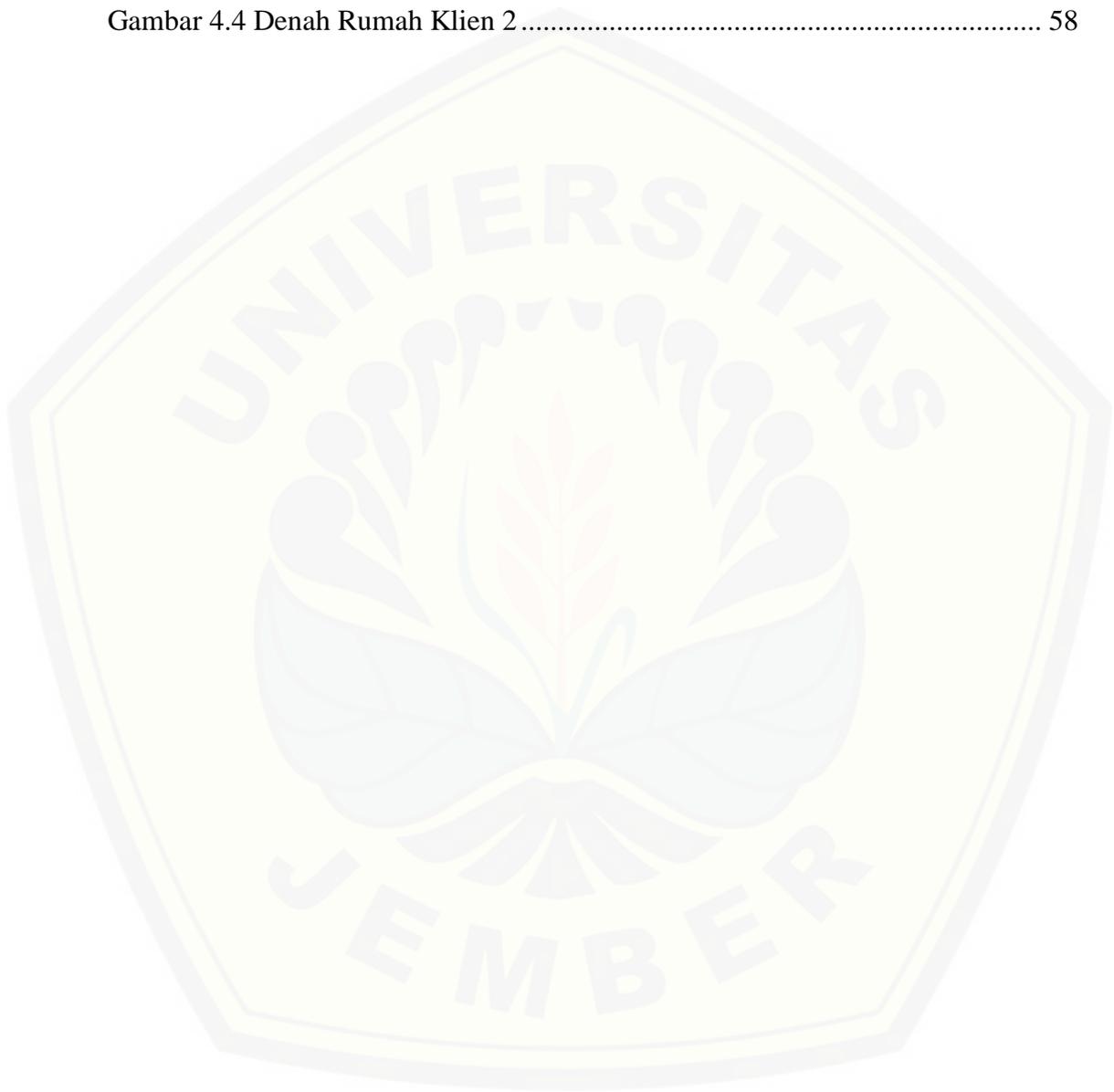
Tabel 2.1 Panduan OAT kategori 1.....	17
Tabel 2.2 Panduan OAT kategori 2.....	17
Tabel 2.3 Tahap Panduan OAT kategori 3.....	18
Tabel 2.4 Tabel Panduan OAT sisipan .....	18
Tabel 2.5 Tabel efek samping dari obat-obat TBC .....	18
Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga .....	47
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga Klien 1 .....	47
Tabel 4.3 Komposisi Keluarga Klien 2.....	47
Tabel 4.4 Type Keluarga.....	50
Tabel 4.5 Suku Bangsa.....	50
Tabel 4.6 Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan.....	51
Tabel 4.7 Status sosial ekonomi keluarga .....	52
Tabel 4.8 Aktivitas Rekreasi Keluarga .....	53
Tabel 4.9 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga .....	54
Tabel 4.10 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Klien 1 .....	55
Tabel 4.11 Karakteristik Rumah .....	56
Tabel 4.12 Karakteristik di Komunitas .....	59
Tabel 4.13 Struktur Keluarga.....	61
Tabel 4.14 Fungsi Keluarga .....	62
Tabel 4.15 Fungsi Perawatan Kesehatan .....	63
Tabel 4.16 Fungsi Reproduksi .....	65
Tabel 4.17 Stres dan Koping keluarga .....	66
Tabel 4.18 Keadaan Gizi Seimbang.....	66
Tabel 4.19 Pemeriksaan Status Kesehatan.....	67
Tabel 4.20 Harapan Keluarga .....	72
Tabel 4.21 Format Pemeriksaan Fisik.....	73
Tabel 4.22 Analisa Data.....	76
Tabel 4.23 Analisa Data Lain Yang Muncul .....	77
Tabel 4.24 Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam menjaga lingkungan. .....	78
Tabel 4.25 Diagnosa Keperawatan: Resiko Penularan berhubungan dengan ketidakmampuan klien mencegah resiko penularan penyakit Tuberkulosis.....	78
Tabel 4.26 Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan klien dalam mengenal tanda dan penyebab dari penyakit yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya. ....	79
Tabel 4.27 Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam menjaga lingkungan. .....	79
Tabel 4.28 Diagnosa Keperawatan: Resiko Penularan berhubungan dengan ketidakmampuan klien mencegah resiko penularan penyakit Tuberkulosis.....	80

Tabel 4.29 Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan klien dalam mengenal tanda dan penyebab dari penyakit yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya. ....	80
Tabel 4.30 Intervensi Keperawatan Keluarga Klien 1 dan Klien 2 .....	82
Tabel 4.31 Implementasi dan Implementasi Pertemuan Awal.....	83
Tabel 4.32 Implementasi dan Evaluasi Pertemuan 2 .....	85
Tabel 4.33 Implementasi dan Evaluasi Pertemuan 3 .....	87



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 4.1 Genogram klien 1 .....	48
Gambar 4.2 Genogram klien 2 .....	49
Gambar 4.3 Denah Rumah Klien .....	57
Gambar 4.4 Denah Rumah Klien 2 .....	58



**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Proposal Dan Karya Tulis Ilmiah :Laporan Kasus .....	99
Lampiran 2 <i>Informe Consent</i> .....	100
Lampiran 3 .....	102



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis ini penyakit radang parenkim paru. Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Penyakit ini menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil tuberkulosis. Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan utama yang menyebabkan kematian . (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sepertiga populasi dunia yaitu sekitar dua milyar penduduk terinfeksi *mycobacterium tuberculosis*. Lebih dari 8 juta populasi terkena TB aktif setiap tahunnya dan sekitar 2 juta meninggal. Lebih dari 90% kasus TB dan kematian berasal dari negara berkembang salah satunya Indonesia. Secara global pada tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus insiden TBC ( CI 8,8 juta-12 juta) yang setara dengan kasus 120 kasus per 100.000 penduduk. Lima negara dengan insiden kasus tertinggi yaitu India, Indonesia, China, Philipina, dan Pakistan. Di Indonesia sendiri jumlah kasus TBC sebanyak 420.994 kasus pada tahun 2017 (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2018), WHO memperkirakan kasus TBC akan semakin meningkat sampai 35 juta orang pada tahun 2000 – 2020 (WHO, Global Tuberculosis Report, 2018). Data di Puskesmas Rogotruran pada bulan Januari 2016 sampai Januari 2017 sejumlah 118 penderita sedangkan pada bulan Oktober 2018 sampai Desember 2018 sejumlah 122 penderita TB Paru dan yang menduduki angka terbanyak yaitu pada jenis kelamin laki-laki di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang.

Seorang yang di curigai menghirup basil *mycobacterium tuberculosis* akan menjadi terinfeksi. Bakteri menyebar melalui jalan nafas ke alveoli, dimana pada daerah tersebut bakteri bertumpuk dan berkembangbiak. Sedangkan orang yang sudah terdiagnosis TBC aktif akan mengalami banyak penumpukan sputum, sehingga klien akan merasakan batuk-batuk, dari batuk akan mengakibatkan resiko penularan.

Tuberkulosis ini adalah penyakit yang memiliki rentang waktu yang lama, disini perawat ikut berperan penting untuk meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat. Kegiatan tersebut terlaksana dengan adanya mahasiswa di masyarakat berperan sebagai perawat keluarga yang akan membina keluarga tersebut. Model pendekatan yang di lakukan oleh mahasiswa keperawatan ini di harapkan dapat membantu peningkatan pengetahuan dan pemeliharaan kesehatan keluarga, dengan cara memberi pelayanan kesehatan atau penyuluhan atau memberikan informasi kepada anggota keluarga khususnya untuk pasien yang terdiagnosis tuberkulosis paru, contohnya dengan mengajarkan atau memberi informasi harus menjaga kebersihan rumah, membangun rumah yang ideal, dan membantu pasien dalam menerapkan di rumah.

Keluarga yang menjadi binaan mahasiswa tersebut khususnya pasien yang mengalami tuberkulosis. Berdasarkan hasil survey yang di lakukan mahasiswa di ketahui beberapa faktor yang mengakibatkan terjadinya tuberkulosis yaitu kurangnya pengetahuan, kurangnya menjaga kebersihan rumah, dan kurang efektifnya keadaan rumah. Berdasarkan data tersebut mahasiswa mengangkat masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada pasien tuberkulosis paru. Agar tidak memperbanyak kasus TBC di Jawa Timur, khususnya pada wilayah kerja puskesmas Rogotruman Lumajang.

Asuhan keperawatan keluarga yang komprehensif sangat di perlukan dalam upaya mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada pasien TB paru. Beberapa tindakan yang dapat di lakukan oleh perawat di antaranya adalah melakukan atau memberikan pelayanan kesehatan atau penyuluhan. Tindakan ini merupakan kegiatan pencegahan dan perawatan terhadap meningkatkan perilaku kesehatan. Untuk menunjang keberhasilan tindakan mandiri perawat tersebut, perawat harus mendorong pasien untuk mengidentifikasi pengetahuan klien, jelaskan tentang apa yang harus dilakukan untuk kesehatan rumah. Dengan adanya kombinasi tindakan mandiri dan kolaborasi tersebut, di harapkan perkembangan kuman TB paru menurun dan kemampuan memelihara kesehatan terpenuhi. Solusi untuk hal tersebut adalah dengan melibatkan anggota keluarga dalam proses pelaksanaan keperawatan. Pendekatan yang dapat digunakan terkait hal tersebut adalah *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan di masyarakat, untuk menentukan resiko

gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan, anggota lebih mudah menerima informasi, jika informasi tersebut didukung oleh anggota keluarga lainnya, keluarga merupakan *support system* bagi individu. Kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dapat meningkatkan kemandirian anggota keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan, sementara itu potensi dan keterlibatan keluarga menjadi semakin lebih besar ketika salah satu anggota keluarganya memerlukan bantuan karena masalah kesehatannya (Friedman, 2016)

Berdasarkan latar belakang yang telah di jelaskan, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Menderita *tuberculosis* Paru Yang Mengalami Masalah Keperawatan Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019

### **1.2 Rumusan Masalah**

“Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat di rumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut, “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Menderita *tuberculosis* Paru Yang Mengalami Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019 ?

### **1.3 Tujuan Penulisan**

“ Melaporkan Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Menderita *tuberculosis* Paru Yang Mengalami Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019”

### **1.4 Manfaat Penulisan**

Adapun manfaat dari penulisan ini adalah sebagai berikut

#### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi guna menambah dan mengembangkan ilmu keperawatan terkait dengan konsep asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan.

#### 1.4.2 Manfaat praktis

##### 1) Bagi penulis

Hasil penelitian ini sebagai pengalaman yang nyata dalam mengaplikasikan serta meningkatkan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan.

##### 2) Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta masukan yang dapat meningkatkan keterampilan perawat terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada keluarga yang anggota keluarganya menderita Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan sehingga rumah sakit dapat semakin berkualitas.

##### 3) Bagi Puskesmas Rogotrunan

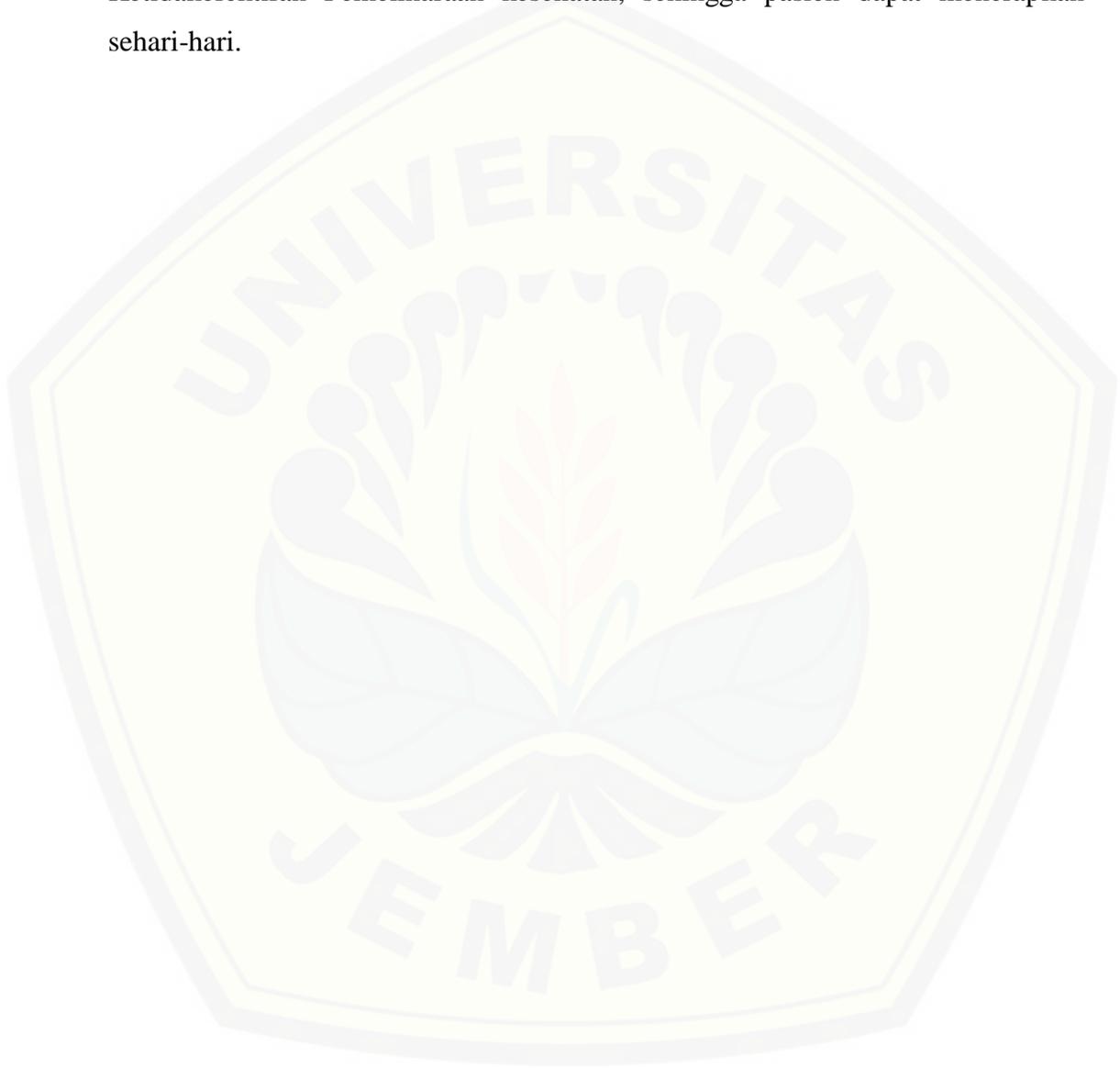
Hasil penelitian ini diharapkan memberikan data evaluasi terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada keluarga yang anggota keluarganya menderita tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan.

##### 4) Bagi Institusi Universitas Jember Kampus Lumajang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi dan tambahan informasi bagi mahasiswa dalam peningkatan dan mutu pendidikan di masa yang akan datang terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan sehingga mahasiswa memiliki konsep yang tepat pada saat praktek keperawatan keluarga.

#### 5) Bagi Klien/Pasien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperbaiki dan meningkatkan derajat kesembuhan dan pemeliharaan kesehatan pada keluarga yang anggota keluarganya menderita tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan, sehingga pasien dapat menerapkan sehari-hari.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini, penulis akan membahas tinjauan pustaka tentang konsep penyakit tuberkulosis paru meliputi definisi, etiologi patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, dan komplikasi. Serta pembahasan mengenai konsep asuhan keperawatan pada tuberkulosis paru.

### 2.1 Konsep Penyakit

#### 2.1.1 Definisi

Tuberkulosis paru merupakan penyakit paru yang menyerang parenkim paru-paru, disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Tuberkulosis pada manusia ditemukan dalam dua bentuk yaitu:

- a. Tuberkulosis primer: jika terjadi infeksi yang pertama kali
- b. Tuberkulosis sekunder: kuman yang dorman pada tuberkulosis primer akan aktif setelah bertahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi tuberkulosis dewasa. Mayoritas terjadi karena adanya penurunan imunitas, misalnya karena malnutrisi, penggunaan alkohol, penyakit maligna, diabetes, AIDS, dan gagal ginjal (Somantri I., Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan, 2012)

#### 2.1.2 Etiologi

Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri atau kuman ini berbentuk batang, dengan ukuran panjang 1-4 µm dan tebal, 0,3-0,6 µm. Sebagian besar kuman lemak/lipid, sehingga kuman tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap kimia atau fisik. Sifat lain dari kuman ini adalah *aerob* yang menyukai daerah dengan banyak oksigen, dan daerah yang memiliki kandungan oksigen tinggi yaitu apical/apiks paru. Daerah ini menjadi predileksi pada penyakit tuberkulosis. (Somantri I., asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernapasan, 2013).

Sedangkan menurut (Marni, 2014). Penyakit ini disebabkan infeksi *mycobacterium tuberculosis* yang ditularkan melalui *droplet infection*, terutama pada saat batuk atau bersin. Bakteri lain yang sering menyerang tuberkulosis paru

adalah *Mycobacterium bovis*. Keadaan yang membuat lebih cepat terinfeksi bakteri ini adalah yang kekurangan nutrisi, sedang mendapat terapi kortikosteroid, stress dan herediter.

### 2.1.3 Klasifikasi

#### a. Pembagian secara patologis

- 1). Tuberculosis primer (*childhood tuberculosis*)
- 2). Tuberculosis post primer (*adult tuberculosis*)

#### b. Pembagian secara aktivitas radiologis tuberculosis paru (*Koch pulmonum*) aktif, non aktif dan *quiescent* (bentuk aktif yang mulai menyembuh).

#### c. pembagian secara radiologis (luas lesi)

##### 1). Tuberculosis minimal

Terdapat sebagian kecil infiltrate nonkavitas pada satu paru maupun kedua paru, tetapi jumlahnya tidak melebihi satu lobus paru

##### 2). *Moderately advanced tuberculosis*

Ada kavitas dengan diameter lebih dari 4 cm. jumlah infiltrate bayangan halus tidak lebih dar 1 bagian paru. Bila bayangan kasar tidak lebih dari sepertiga bagian 1 paru.

##### 3). *Far advanced tuberculosis*

Terdapat infiltrat dan kavitas yang melebihi keadaan pada *moderately advanced tuberculosis*

Menurut (Ns. Abd. Wahid, 2013). Klasifikasi TB paru di buat berdasarkan gejala klinik, bakteriologik, radiologig dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi.

Sesuai dengan program Gerdunas P2TB klasifikasi TB paru di bagi menjadi berikut :

#### a. TB Paru BTA Positif dengan kriteria:

- 1). Dengan atau tanpa gejala klinik
- 2). BTA positif: mikriskopik positif 2 kli, mikroskopik positif 1 kali di sikong biakan positif satu kali atau di sokong radiologic positif 1 kali.

3). Gambaran radiologic sesuai dengan TB paru

b. TB Paru BTA negatif dengan kriteria:

- 1). Gejala klinik dan gambaran radiologic sesuai dengan TB Paru aktif.
- 2). BTA negatif, biakan negative tetapi radiologic positif.

c. bekas TB paru dengan kriteria:

- 1). Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negative.
- 2). Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru.
- 3). radiologic menunjukkan gambaran TB inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah.
- 4). Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung). (Sinar Harapan, 2004).

#### 2.1.4 Manifestasiklinis

Tuberkulosis sering di juluki “ *the great imitator*” yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang bisa juga memberikan gejala yang timbul tidak jelas sehingga di abaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik. (Ns. Abd. Wahid, 2013)

Gambaran klinik TB paru dapat di bagi menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dan gejala sistemik:

a. Gejala respiratorik, meliputi

1). Batuk

Gejala batuk timbul paling dini. Gejala ini banyak di temukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini di perlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dengan batuk kering kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif ini terjadi lebih 3 minggu. Keadaan yang lanjut adalah bentuk daerah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

2). Batuk darah

Darah yang di dikeluarkan bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat

banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

Gejala klinis haemoptoe:

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

a). Batuk darah

Darah di batukkan dengan rasa panas di tenggorokan, darah berbuih bercampur udara, darah segar berwarna merah muda, darah bersifat alkalis, anemia kadang-kadang terjadi, benzidin test negatif.

b). Muntah darah

Darah di muntahkan dengan rasa mual, darah bercampur sisa makan, darah berwarna hitam karena bercampur asam lambung, darah bersifat asam, anemia sering terjadi, benzidin test positif

c). Epistaksis

Darah menetes dari hidung, batuk pelan kadang keluar, darah berwarna merah segar, darah bersifat alkalis, anemia jarang terjadi.

3). Sesak nafas

Sesak nafas akan di temukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah sebagian dari paru-paru.

Gejala ini di temukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumotoraks, anemia dan lain-lain.

4). Nyeri dada

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

b. Gejala sitemik :

1). Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam inflinza. Tapi kadang-kadang panas bahkan mencapai 40-41 derajat C, keadaan ini sangat di pengaruhi daya

tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberkulosis yang masuk.

Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul sore dan malam mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang srangannya sedang masa bebas seranagn makin pendek

## 2). Gejala sistemik lain

Gejala sistemik lain ialah keringat mala, anoreksiam, penurunan berat badan, serta malaise. Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak nafas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.(Tempo,2005).

### 2.1.5 Patofisiologi

Seseorang yang di curigai menghirup basil *Mycobacterium tuberculosis* akan menjadi terinfeksi. Bakteri menyebar melalui jalan nafas ke alveoli, dimana pada daerah tersebut bakteri bertumpuk dan berkembang biak. Penyebaran basil ini bisa juga melalui sistem limfe dan aliran darah ke tubuh lain( ginjal, tulang, korteks serebri) dan area lain pada paru-paru (lobus atas).

Sistem kekebalan tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Neurotrofil dan makrofag memfagositosis ( menelan) bakteri. Limfosit yang spesifik terhadap tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jareingan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli dan terjadilah bronkopnemonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar.

Massa jaringan baru di sebut *granuloma*, yang berisi gumpalan basil yang hidup dan yang sudah mati, di kelilingi oleh makrofag yang membentuk dinding. Granuloma berubah bentuk menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut *Ghon Tubercle*. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik, membentuk perkijuan (*necrotizing caseosa*). Setelah itu akan terbentuk klsifikasi, membentuk jaringan kolagen. Bakteri menjadi non-aktif.

Penyakit akan berkembang menjadi aktif setelah infeksi awal, karena respons sistem imun yang tidak adekuat. Penyakit aktif dapat juga timbul akibat infeksi ulang atau aktifnya kembali bakteri yang tidak aktif. Pada kasus ini, terjadi ulserasi pada *ghon tubercle*, dan akhirnya menjadi perkijuan. Tuberkel yang ulserasi proses penyembuhan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan bronkopneumonia, pembentukan tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus di fagosit atau berkembang biak dalam sel. Basil juga menyebar melalui kelenjar getah bening. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang di kelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis serta jaringan granulasi yang di kelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respons berbeda dan akhirnya membentuk suatu kapsul yang di kelilingi oleh tuberkel. (Somantri I. , asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernapasan, 2013).

Sedangkan menurut (marni, 2014). Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan *Mycobacterium bovis* masuk ke paru / tubuh melalui udara ( *droplet infection* ), jika daya tahan tubuh rendah atau bakteri yang masuk banyak, maka akan terjadi eksudasi dan konsolidasi, bakteri akan menyebar, histosit mulai mengangkut organisme tersebut ke kelenjar limfe regional melalui saluran getah bening maka akan terbentuk kompleks primer dan mengadakan reaksi eksudasi sekitar 6-10 minggu pasca infeksi.

Bersamaan dengan terbentuknya kompleks primer terjadi pula hipersensitivitas tuberkuloprotein yang dapat di ketahui melalui uji tuberkulin. Masa terbentuknya infeksi sampai terbentuknya kompleks primer di sebut masa inkubasi. Pada orang yang mengalami lesi, akan lebih banyak terkena bagian lapang bawah paru di abnding lapang atas, lesi akan meluas ke seluruh paru baik bronkhi maupun pleura. Terdapat pembesaran kelenjar regional, penyembuhan mengarah ke klasifikasi dan penyebaran sering lebih banyak terjadi melalui hematogen.

Menurut Nugraha, et al., (2016) berbagai faktor resiko memengaruhi perkembangan TB paru, diantaranya:

- a. Pecandu alkohol. Pada pasien pecandu alkohol yang memiliki kelainan pada hati akan mengalami penurunan jumlah limfosit.
- b. Infeksi HIV, pada pasien yang terinfeksi HIV terjadi penurunan dan disfungsi limfosit T CD4 secara progresif disertai dengan terjadinya defek fungsi makrofag dan monosit.
- c. Diabetes Militus (DM). Pada pasien DM dengan kadar gula yang tinggi akan memicu terjadinya defek imunologis yang akan menurunkan fungsi neutrofil, monosit mampu limfosit.
- d. Kemiskinan diidentikkan dengan keadaan malnutrisi, keadaan malnutrisi menurunkan resistensi terhadap infeksi, karena produksi antibodi oleh tubuh berkurang.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa semua faktor resiko Tb menurunkan fungsi imun tubuh yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap kuman TB. Malnutrisi pada infeksi TB menurunkan status imun karena terjadi penurunan produksi limfosit akibat atrofi timus. Penurunan imun akibat malnutrisi mengakibatkan peningkatan pertumbuhan mikroorganisme dan resiko diseminasi (Piwoz, 2008; Vishvkmla, 2009). Infeksi TB meningkatkan kebutuhan energi untuk mempertahankan fungsi normal tubuh ditandai dengan meningkatkan penggunaan energi saat istirahat *resting energy expenditure* (REE). Peningkatan ini mencapai 10-30% dari kebutuhan energi orang normal (Piwoz, 2008; SHE, 2007). Proses ini menimbulkan anoreksia peningkatan produksi leptin sehingga terjadi penurunan asupan dan malabsorpsi nutrisi

#### 2.1.6 Pemeriksaan penunjang

##### a. Pemeriksaan Laboratorium

###### 1). Darah

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

ini kurang mendapat perhatian karena angka-angka positif palsu dan negatif palsunya masih besar.

#### 2). Sputum

Pemeriksaan sputum penting karena dengan di temukanya kuman BTA, diagnosis tuberkulosis sudah dapat dipastikan. Disamping itu pemeriksaan sputum juga dapat memberikan evaluasi terhadap pengobatan yang sudah diberikan. Kriteria sputum BTA positif adalah bila sekurang-kurangnya di temukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan. Dengan kata lain ditemukan 5000 kuman dalam 1 ml sputum. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif jika sedikitnya 2-3 spesimen BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu dilakukan pemeriksaan SPS ulang. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dilakukan pemeriksaan lain misalnya biakan. Bila ketiga spesimen hasilnya negatif diberikan antibiotik spectrum luas selama 1-2 minggu. Bila tidak ada perbaikan gejala klinis tetap mencurigakan TBC, ulangi pemeriksaan SPS.

#### 3). Tes Tuberculin

Pemeriksaan ini masih banyak digunakan untuk membantu menegakan diagnosis tuberkulosis terutama pada anak. Biasanya dipakai cara Mantoux yakni dengan menyuntikan 0,1 cc tuberculin P.P.D ( *purified protein derivative* ) intrakutan

Hasil tes Motoux ini dibagi dalam:

- a). Indurasi 0-5 mm : mantoux negatif = golongan no sensitifity. Disini peranan antibody humoral masih paling menonjol
- b). indurasi 6-9 mm : hasil meragukan golongan low grade sensitifity. Disini peranan antibody masih lebih menonjol
- c). indurasi 10-15 mm : mantoux positif = golongan normal sensitifity. Disini peranan antibody seimbang.
- d). indurasi lebih dari 16 mm : mantoux positif kuat = golongan hypersensitivity. Disini peranan antibody selular paling menonjol.

#### 4). Foto thorax

Foto thorax PA dengan atau tanpa literal merupakan pemeriksaan radiologi standar. Jika pemeriksaan radiologi lain hanya atas indikasi Topfoto, oblik, tomogram dan lain-lain

Karakteristik radiologi yang menunjang diagnostik antara lain:

- a). bayangan lesi radiologi yang terletak di lapangan atas paru.
- b). bayangan yang berawan atau berbercak.
- c). kelainan yang bilateral, terutama terdapat diatas lapang paru.
- d). bayangan yang menetap atau relatif menetap setelah beberapa minggu
- e). bayangan bilier

#### 2.1.7 Penatalaksanaan

##### a. Pemeriksaan Clapping :

- 1). Mengatur posisi sesuai darah paru yang terganggu dengan posisi drainage
- 2). Memasang alas/handuk pada area yang akan di perkusi dan tempatkan pot sputum di dekat mulut pasien
- 3). Melakukan clapping dengan cara telapak tangan dibentuk seperti mangkuk lalu pukulkan ke punggung klien perlahan lahan selama kurang lebih 1-2 menit
- 4). Meminta klien untuk batuk dan mengeluarkan sekret setelah perkusi selesai
- 5). Menginstruksikan klien untuk menghirup secara perlahan tahan sebentar
- 6). Bersamaan dengan itu ratakan tangan pada area paru yang mengalami penumpukan sekret
- 7). Instruksikan klien untuk mengeluarkan nafas/ekspirasi melalui mulut
- 8). Dan lakukan vibrasi dengan cara getaran kuat secara serial yang di hasilkan oleh tangan yang dii letakan pada dinding dada pasien
- 9). Lakukan tindakan ini 3-4 kali pada area yang terkena
- 10). Anjurkan klien menarik nafas dalam dan batuk
- 11). Melakukan auskultasi dada

Pemberian terapi pada penderita tuberkulosis di dasrkan pada karakteristik basil, yaitu basil yang berkembang cepat di tempat yang kaya oksigen, basil yang hidup di dalam lingkungan yang kurang oksigen berkembang lambat dan dorman hingga beberapa tahun, basil yang mengalami mutasi sehingga resisten terhadap obat. INH/isoniazid bekerja sebagai bakterisidal terhadap basil yang tumbuh (marni, 2014)

Sedangkan menurut . tujuan pengobatan pada penderita TB paru selain untuk menyembuhkan/mengobati penderita juga mencegah kematian, mencegah

kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta mamutuaskan mata rantai penularan.

Pengobatan TBC di berikan dalam 2 tahap yaitu:

a. Tahap intensif (2-3bulan)

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

b. Tahap lanjutan (4-7bulan)

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

Panduan obat yang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat yang digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah rifempisin, INH, pirasinamid, streptomisin, dan etambutol. Sedangkan jenis obat tambahan adalah kanamisin, kuinolon, makrolide dan amoksilin + asam klavulanat, derivat rifampisin/INH.

c. Jenis dan dosis OAT:

1). Isoniasid

Di kenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan

2). Rifampisin (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semi dromant yang tidak dapat di bunuh isoniasid.

3). Pirasinamid (Z)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasna asam.

#### 4). Streptomisin (S)

Bersifat bakterisid, dosis harian yang di anjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu di gunakan dosis jyang sama .

#### 5). Etambutol (E)

Bersifat bakteriostatik. Dosis yang di anjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu di guakan dosis 30 mg/kg BB.

Untuk keperluan pengobatan perlu dibuatkan batasan kasus terlebih dahulu berdasarkan lokasi tuberkulosa, berat ringannya penyakit, hasil pemeriksaan bakteriologik, hapusan dahak dan riwayat pengobatan sebelumnya. Di samping itu perlu pemahaman tentang strategi penanggulangan TB yang di kenal sebagai DOTS yang di rekomendasikan oleh WHO yang terdiri dari lima komponen yaitu:

- a. Adanya komitmen politis berupa dukungan pengambilan keputusan dalam penanggulangan TB. Diagnosis TB melalui pemeriksaan dahak melalui mikroskopik langsung sedangkan pemeriksaan penunjang lainnya seperti pemeriksaan radiologis dan kultur dapat di laksanakan di unit pelayanan yang memiliki sasaran tersebut.
- b. Pengobatan TB dengan panduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat khususnya dalam 2 bulan pertama dimana penderita harus minum obat setiap hari. Kesiambungan ketersediaan panduan OAT jangka pendek yang cukup pencatatan dan pelaporan yang baku
- c. Berdasarkan berbagai penimbangan, WHO merekomendasikan panduan obat anti tuberkulosis harus sesuai dengan kategori penyakit yaitu kategori yang didasarkan atas kasus yang di jelaskan diatas. TB di kategorikan menjadi 4 yaitu:

#### 1). Kategori 1

Kasus baru dengan dahak positif dan penderita dengan keadaan seperti meningitis, TB milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis masif atau bilateral,

spondilitis dengan gangguan neurologik, penderita dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya luas, TB usus, TB saluran kemih.

Tabel 2.1 Panduan OAT kategori 1

Tahap pengobatan	Lamanya pengobatan	Dosis per hari/kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet isoniasid @300 mg	Kaplet Rifampisin @450 mg	Tablet Pirasinamid @500mg	Tablet etambutol @250 mg	
Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	60
Tahap lanjutan ( dosis 3x seminggu )		2	1	-	-	54

## 2). Kategori 2

Kasus kambuh atau gagal dengan dahak tetap positif. Tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yaitu terdiri dari 2 bulan dengan isoniasid (H), Rifampisin(R), Pirasinamid (Z), Etambutol (E) dan suntukan streptomisin, setiap hari.

Tabel 2.2 Panduan OAT kategori 2

Tahap	Lamanya pengobatan	Tablet isoniasid @300 mg	Kaplet Rifampisin @450 mg	Tablet pirasinamid @500 mg	etambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tablet @250 mg	Tablet @500 mg		
Tahap intensif (dosis harian)	Bulan	1	1	3	3	-	0,75	60
	1 bulan	1	1	3	3		-	30
Tahap lanjutan (dosis 3x)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	66

seminggu)								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

### 3). Kategori 3 ( 2HRZ/4H3R3 )

Kasus dengan dahak negatif tapi kelainan parunya tidak luas dan kasus TB di luar paru selain yang disebut di kategori 1. Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap selama 2 bulan (2HRZ), di teruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan di berikan 3 kali seminggu ( 4H3R3 )

Tabel 2.3 Tahap Panduan OAT kategori 3

tahap pengobatan	Lamanya pengobatan	Tablet isoniasid @300 mg	Kaplet rifampisin @450 mg	Tablet pirasinamid @500 mg	Jumlah/kali menelan obat
Tahap intensif (dosis harian)	1 bulan	1	1	3	60
Tahap lanjutan (dosis 3x seminggu)	4 bulan	2	1	-	54

### 4). Kategori 4: OAT sisipan (HRZE)

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

Tabel 2.4 Tabel Panduan OAT sisipan

Tahap pengobatan	Lamanya pengobatan	Tablet isoniasid @300 mg	Kaplet rifampisin @450 mg	Tablet pirasinamid @500 mg	Tablet etambutol @250 mg	Jumlah/kali menelan obat
Tahap intensif (dosis harian)	1 bulan	1	1	3	3	30

Efek samping (Ns. Abd. Wahid, 2013)

Tabel 2.5 Tabel efek samping dari obat-obat TBC

Nama Obat	Efek samping
Rifampisin	Demam, malaise, muntah, mual, diare, kulit gatal dan merah, SGOT/SGPT meningkat ( gangguan fungsi hati ).
INH	Nyeri, syaraf, hepatitis (radang hati), alergi, demam, ruam kulit.
Pirasinamid	Mual, muntah, diare, kulit merah dan gatal, kadar asam uratmeningkat, gangguan fungsi hati.
Streptomisin	Alergi, demam, ruam kulit, kerusakan vestibuler, vertigo ( pusing )
Etambutol	Gangguan syaraf mata.

### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut:

- a. Hemomtisis berat ( perdarahan dari saluran nafas bawah ) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
- b. Kolaps dari lobus karena retraksi bronkial
- c. Bronkiektasis ( peleburan bronkus setempat ) dan fibrosis ( pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif ) pada paru.
- d. Pneumotorak ( adanya udara di rongga pleura ) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu di rawat di RS.(Dep Kes RI).

## 2.2 Konsep Keluarga

### 2.2.1 Definisi keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pemangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga dan berinteraksi satu sama lain dan di dalam peranannya masing-masing dan menciptakan dan memperhatikan suatu kebudayaan. (Maglaya, 2008)

Sedangkan menurut (WHO, 2010). Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui peralihan darah, adopsi atau perkawinan. Sedangkan menurut. Mendefinisikan keluarga adalah unit dari masyarakat dan merupakan lembaga yang memengaruhi kehidupan masyarakat. Dalam masyarakat hubungan yang erat antara anggotanya dengan keluarga sangat menonjol sehingga keluarga sebagai lembaga/unit layanan perlu di perhitungkan.

### 2.2.2 Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam lingkungan derajat kesehatan maka perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

Berikut ini akan dijelaskan berbagai tipe keluarga (Murwani, 2008) :

#### a. Tipe keluarga tradisional

- 1). Keluarga inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan anak (kandung atau angkat )
- 2). Keluarga besar yaitu keluarga inti di tambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi.
- 3). Keluarga Dyad suatu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
- 4). Single parent yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian
- 5). Single adult yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa.

#### b. Tipe keluarga non tradisional

##### 1). The Ummariedteenege Mather

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

2). The stepparent family

Keluarga dengan orang tau tiri

3). Commune family

Beberapa pasangan keluarga yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama.

4). The non material heterosexual cohibiting family

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

5). Gay and lesbyan family

Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagai suami istri.

### 2.2.3 Tahap Perkembangan Keluarga

#### a. Keluarga baru (*Berganning Family*)

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah :

- 1). Membina hubungan intim yang memuaskan.
- 2). Menetapkan tujuan bersama
- 3). Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosia.
- 4). Mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB.
- 5). Persiapan menjadi orang tua.
- 6). Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua) (komang, 2010)

#### b. Keluarga dengan anak pertama < 30 bln (*Child bearing*)

Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Studi Kasik Le Master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17 % tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal :

- 1). Suami merasa diabaikan.
- 2). Peningkatan perselisih dan argimen.
- 3). Interupsi dalam jadwal kontinu.
- 4). Kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun (komang, 2010)

Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah :

- 1). Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, seksual dan kegiatan).

- 2). Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
  - 3). Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan.
  - 4). Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
  - 5). Konseling KB post partum 6 minggu.
  - 6). Menata ruang untuk anak.
  - 7). Biaya/dana Child Bearing.
  - 8). Memfasilitasi role learning anggota keluarga.
  - 9). Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin (komang, 2010)
- c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tugas perkembangannya adalah menyesuaikan pada kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kontak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya .

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- 1). Penurunan kebutuhan anggota keluarga
- 2). Membantu anak bersosialisasi.
- 3). Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi.
- 4). Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga.
- 5). Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak.
- 6). Pembagian tanggung jawab.
- 7). Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak. (komang, 2010)

d. Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 th)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- 1). Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas.
- 2). Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 3). Menyediakan aktivitas untuk anak.
- 4). Menyesuaikan aktivitas untuk anak.
- 5). Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikut sertakan anak.

6) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga (komang, 2010)

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 th)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1.) Perkembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi).
- 2). Memelihara komunikasi terbuka (cegah gap komunikasi).
- 3). Memelihara hubungan intim dalam keluarga.
- 4). Mempersiapkan perubahan system peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga (komang, 2010)

f. Keluarga dengan anak dewasa (anak I meninggalkan rumah)

tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarga, berperan sebagai siami istri, kakek dan nenek.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- 1). Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2). Mempertahankan keintiman.
- 3). Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat.
- 4). Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- 5). Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- 6). Berperan suami-istri kakek dan nenek.
- 7). Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya (komang, 2010)

g. Keluarga usia pertengahan (*Midle age family*)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- 1). Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai.
- 2). Memulihkan hubungan antara generasi muda tua.
- 3). Keakrapan dengan pasangan.
- 4). Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.

5). Persiapan masa tua/pensiun

h. Keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1). Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup.
- 2). Menerima kematian pasangan, kawin dan mempersiapkan kematian.
- 3). Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
- 4). Melakukan *life refiew* masa lalu

#### 2.2.4 Fungsi Kleuarga

Menurut (komang, 2010). Fungsi keluarga merupakan hasil atau kosekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga meburut Friedman (1998) ; Setiawati & Dermawan (2005) yaitu:

##### a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

##### b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar disiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

##### c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara

memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditunjukkan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f. Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tindakan perkembangannya.

h. Fungsi Perawatan Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Freeman (1981) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

- 1). Mengenal masalah atau gangguan kesehatan keluarga
- 2). Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga
- 3). Merawat pada anggota keluarga yang sakit
- 4). Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
- 5). Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

## 2.3 Konsep Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan

### 2.3.1 Definisi

Ketidakmampuan untuk mengidentifikasi, mengelola, atau mencari bantuan untuk mempertahankan kesejahteraan. (T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, 2018-2020)

### 2.3.2 Batasan Karakteristik:

#### a. Subjektif

Kurang minat dalam meningkatkan perilaku sehat.

#### b. Objektif:

Tidak menunjukkan perilaku kurang adaptif terhadap perubahan lingkungan

Tidak menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat

Ketidakmampuan bertanggung jawab untuk memenuhi praktik kesehatan dasar

Kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar

Kurang dukungan sosial

Pola perilaku kurang mencari bantuan kesehatan.

### 2.3.3 Batasan Karakteristik lain ( non-NANDA Intentional )

a. Riwayat gejala kronis proses penyakit yang tidak di obati

b. Terbatasnya penggunaan lembaga dan tenaga pelayanan kesehatan

c. Terhambatnya tindakan pencegahan kesehatan

d. keajiban mematuhi keyakinan budaya dan keagamaan

#### Faktor Individu

Pengaruh budaya, deficit pengetahuan perilaku regimen, kepercayaan kesehatan, sistem nilai individual, kekuatan motivasi, kemampuan pribadi dan perkembangan, orang terdekat, nilai spiritual.

### 2.3.4 Sistem Kesehatan

Memiliki akses terhadap dan puas dengan perawatan, keterampilan penyuluhan dan komunikasi pemberi layanan, kredibilitas pemberi pelayanan, kesulitan pada hubungan pemberi layanan kepada klien, cakupan kesehatan individual, kontinuitas dan tindak lanjut yang teratur dari pemberi layanan, sistem pembayaran kembali ( terutama untuk penyuluh dan tindak lanjut ), kepuasan dalam perawatan.

### 2.3.5 Jaringan

Keterlibatan anggota-anggota dalam perencanaan kesehatan, persepsi kepercayaan orang terdekat, nilai sosial yang terkait dengan perencanaan.

### 2.3.6 Intervensi :

#### NIC

- a. Bantuan pengambilan keputusan
- b. Promosi keterlibatan keluarga
- c. Edukasi kesehatan
- d. Skrining kesehatan
- e. Panduan sistem kesehatan
- f. Identifikasi resiko
- g. Bantuan perawatan diri
- h. Bantuan modifikasi diri
- i. Fasilitas tanggung jawab diri
- j. Kelompok pendukung
- k. Peningkatan sistem pendukung
- l. Penyuluhan : Proses penyakit
- m. Penyuluhan : Individual

#### Aktifitas lain :

- a. Panduan kesehatan : dorong pasien dan keluarga untuk bertanya tentang pelayanan dan biayanya
- b. Bantuan modifikasi diri :
  - 1). Bantu pasien dalam mengidentifikasi tujuan spesifik untuk perubahan
  - 2). Identifikasi bersama pasien kemungkinan penghambat perubahan perilaku
  - 3). Bantu pasien untuk mengevaluasi kemajuan dengan membandingkan riwayat perilaku sebelumnya dengan perilaku saat ini.

#### Perawatan Rumah :

- a. Dorong dikusi mengenai tindakan kesehatan preventif yang spesifik terhadap kebutuhan pasien, seperti perubahan diet, menghentikan kebiasaan merokok, penurunan stress, dan implementasi program latihan fisik

- b. Pertimbangkan penggunaan kontrak tertulis dengan pasien untuk membuat perubahan
- c. Bantu klien menemukan cara untuk menerapkan perubahan yang berhubungan dengan kesehatan kedalam kehidupan pasien.

#### NOC

- a. Kepercayaan kesehatan
- b. Perilaku promosi kesehatan
- c. Perilaku sehat
- d. Pengetahuan : perilaku sehat
- e. Pengetahuan : promosi kesehatan
- f. Pengetahuan : sumber kesehatan
- g. Pengetahuan : program kesehatan
- h. Partisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan
- i. Status kesehatan individu
- j. Deteksi resiko
- k. Status perawatan diri
- l. Perawatan diri sendiri
- m. Kelompok pendukung
- n. Edukasi kesehatan
- o. Skrining kesehatan
- p. Panduan sistem kesehatan

#### 2.3.7 Evaluasi

##### Pasien akan :

- a. Akan menunjukkan partisipasi dalam keputusan tentang perawatan kesehatan yang di butuhkan oleh indikator
- b. Mencari informasi yang relevan
- c. Mengidentifikasi kendala untuk mencapai hasil yang di harapkan
- d. Menggunakan teknik pemecahan masalah untuk mencapai hasil yang di harapkan
- e. Mencari pelayanan untuk mencapai hasil yang di harapkan

## 2.4 Asuhan Keperawatan Dengan Tuberkulosis Paru

### 2.4.1 Tahap Pengkajian

Menurut. (Gusti, 2013) Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus tentang keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga yang terdiri dari beberapa tahap meliputi:

a. Pengumpulan data yaitu :

1). Identitas umum

a). Umur

Menurut kelompok umur, kasus baru yang ditemukan paling banyak pada kelompok umur 25-34 tahun yaitu sebesar 21,40% diikuti kelompok umur 35-44 tahun sebesar 19,41% dan pada kelompok umur 45-54 tahun sebesar 19,39%.<sup>3</sup> Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. (Jendra F.J Dotulong, 2015)

b). Genogram

Genograms keluarga menyoroiti hubungan geografis dan hubungan cluster TB. Dalam keluarga Pasien, pernikahan dini dan riwayat perceraian dengan pernikahan kembali diamati. Rumah Pasien memiliki ventilasi dan penerangan terbatas, dan tidak ada jendela. Rumah itu penuh sesak dengan delapan anggota keluarga. Jadi untuk penyakit tuberkulosis tidak, menurun penularan yakni dengan cara melalui droplet yang ada di dalam lingkungan pasien yang mengidap tuberkulosis. (Kaewalee Soontornmon, 2015)

c). Tipe keluarga

Menjelaskan jenis tipe keluarga (tipe keluarga tradisonal atau tipe keluarga non tradisional).

d). Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga serta mengidentifikasi budaya suku bangsa atau kebiasaan-kebiasaan terkait dengan kesehatan. Seperti diketahui ternyata perilaku-perilaku kesehatan di masyarakat baik yang menguntungkan atau merugikan kesehatan banyak sekali dipengaruhi oleh faktor sosial budaya. Menurut hasil penelitian (S. G. Mfinanga, 2013)

e). Agama

Mengkaji agama dan kepercayaan yang dianut oleh keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan. Dalam teori dijelaskan bahwa perilaku pencegahan Tuberkulosis Paru relatif baik dan berhubungan erat dengan pengetahuan, sikap, dan agama. Ditinjau dalam teori *Health Belief Model* (HBM) perilaku kesehatan individu dipengaruhi persepsi atau keyakinan kerentanan terhadap suatu penyakit (Nurhayati, Kurniawan, & Mardiah, 2015).

f). Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan seluruh anggota keluarga baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki. Faktor ekonomi disini sangat erat dengan keadaan rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan, lingkungan dan sanitasi tempat kerja yang buruk dapat memudahkan penularan TBC. Pendapatan keluarga sangat erat juga dengan penularan TBC, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan (Manalu H. S., 2010)

g). Aktifitas rekreasi

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, tetapi juga penggunaan waktu luang atau senggang keluarga (Gusti, 2013). Keseimbangan kondisi fisik dan psikologis tersebut dapat dicapai dengan usaha manusia salah satunya melalui aktivitas rekreasi yang bertujuan mengurangi tegangan-tegangan pada pikiran dan tubuh (refreshing dan relaksasi) (Rahman F. A., 2017)

2). Riwayat dan tahap perkembangan keluarga).

a). Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas tahap perkembangan keluarga. (Gusti, 2013)

b). Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.

3). Riwayat kesehatan keluarga

a). Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya.

Secara patologi TB paru tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah.

b). Riwayat kesehatan keluarga saat ini

perawat menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah.

4). Pengkajian Lingkungan

a). karakteristik Rumah

Menjelaskan gambaran tipe rumah, luas bangunan, pembagian dan pemanfaatan ruang, ventilasi, kondisi rumah, tata perabotan, keberhasilan dan sanitasilingkungan, ada atau tidak sarana air bersih dan sistem pembuangan limbah.

b). Mobilitas Geografis Keluarga

Ditentukan dengan apakah keluarga hidup menetap dalam satu tempat atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah tempat tinggal.

c). Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Dengan Masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul atau berinteraksi dengan masyarakat lingkungan tempat tinggal.

d). sistem pendukung keluarga

Sumber dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat serta jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk meningkatkan upaya kesehatan.

4). Struktur Keluarga

a). Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga menggunakan sistem tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan.

b). Struktur kekuatan keluarga

Mengkaji model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan keluarga dalam membuat keputusan.

c). Struktur dan peran keluarga

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

d). Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas serta bagaimana nilai dan norma tersebut mempengaruhi status kesehatan keluarga.

5). Fungsi keluarga

a). Fungsi afektif

Mengkaji dari gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan anggota keluarga, hubungan psikososial dalam keluarga, dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b). Fungsi sosial

Menjelaskan tentang hubungan anggota keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, nilai, norma, dan budaya serta perilaku yang berlaku di keluarga dan masyarakat.

c). Fungsi pemenuhan (perawatan atau pemeliharaan) kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-

sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga. Meliputi mengenal masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

d). Fungsi reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

e). Fungsi ekonomi

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, dan papan serta pemanfaatan lingkungan rumah untuk meningkatkan penghasilan keluarga.

6). Stress dan coping keluarga (Gusti, 2013)

a). stressor jangka pendek dan panjang

Stresor jangka pendek yaitu stresor yang dialami keluarga yang diperlukan menyelesaikan dalam waktu kurang dari 6 bulan.

b). Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stresor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stresor yang ada.

c). Strategi coping yang digunakan

Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

d). Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluarga yang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah.

7). Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga tidak berbeda jauh dengan pemeriksaan fisik pada klien di klinik atau rumah sakit yang meliputi pemeriksaan fisik head to toe dan pemeriksaan penunjang (Gusti, 2013).

a). Identitas Klien

Sekitar 75% pasien Tuberkulosis kelompok usia yang produktif secara ekonomis yaitu pada usia 15-50 tahun.

b), Keluhan Utama

Tuberkulosis sering dijuluki *the great imitator*, yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah klien gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik. Keluhan utama pada pasien TB paru meliputi keluhan respiratoris dan sistemis. Keluhan respiratoris meliputi: Batuk, batuk darah, nyeri dada, sesak nafas, demam,

c). Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama. Lakukan pertanyaan yang bersifat ringkas sehingga jawaban yang diberikan klien hanya kata “Ya” atau “Tidak” atau hanya dengan anggukan dan gelengan kepala.

d). Riwayat penyakit masalalu

Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita TB paru, keluhan batuk lama pada masa kecil, tuberkulosis dari organ lain, pembesaran getah bening, dan penyalit lain yang memperberat Tb paru.

e). Riwayat penyakit keluarga

Secara patologi TB paru tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah.

f).Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan data hasil pemeriksaan awalklien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini. Data ini penting untuk menentukan tingkat perlunya pengkajian psiko-sosio-spiritual yang

saksama. Pada kondisi klinis, klien dengan TB paru sering mengalami kecemasan bertingkat sesuai dengan keluhan yang dialaminya.

#### g). Pemeriksaan Fisik

keadaan umum / penampilan / kesan / umum klien: Pada pemeriksaan keadaan umum, kesadaran klien.

Tanda-tanda vital:

#### (1) B1

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

#### Inspeksi

Bentuk dada dan gerakan pernapasan. Sekilas pandang klien dengan TB paru biasanya tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada antero-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral. Apabila ada penyilit dari TB paru seperti adanya efusi pleura yang masif, maka terlihat adanya ketidaksimetrisan rongga dada, pelebaran *intercostal space* (ICS) pada sisi yang sakit. TB paru yang disertai atelektasis paru membuat bentuk dada menjadi tidak simetris, yang membuat penderitanya mengalami penyempitan *intercostal space* (ICS) pada sisi yang sakit.

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

#### Palpasi

Palpasi trakhea. Adanya pergeseran trakhea menunjukkan meskipun tetapi tidak spesifik penyakit dari lobus atas paru.pada TB paru yang disertaiadanya

efusi pleuramasif dan pneumothoraks akan mendorong posisi trakhea kearah berlawanan dari sisi sakit.

Gerakan dinding thoraks anterior atau ekskripsi pernapasan. TB paru tanpa komplikasi pada saat dilakukan palpasi, gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Adanya penurunan gerakan dinding pernapasan biasanya ditemukan pada klien TB paru dengan kerusakan parenkim paru yang luas.

Gerakan suara (fremitus vokal). Getaran yang terasa ketika perawat meletakkan tangannya di dada klien saat klien berbicara adalah bunyi yang dibangkitkan oleh penjalaran dalam laring arah distal sepanjang pohon brokhial untuk membuat dinding dada dalam gerakan resonan, terutama pada bunyi konsonan. Kemampuan untuk merasakan bunyi pada dinding dada disebut taktil fremitus. Adanya penurunan taktil fremitus pada klien dengan TB paru biasanya ditemukan pada klien yang disertai komplikasi efusi pleura masif, sehingga hantaran suara menurun karena transmisi getaran suara harus melewati cairan yang berakumulasi dirongga pleura.

#### Perkusi

Pada klien dengan TB paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada klien dengan TB paru yang disertai komplikasi seperti efusi pleura akan didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi yang sakit sesuai banyaknya akumulasi cairan dirongga pleura. Apabila disertai pneumothoraks, maka didapatkan bunyi hiperresonan terutama jika pneumothoraks ventil yang mendorong posisi paru ke sisi yang sehat.

#### Auskultasi

Pada klien dengan TB paru didapatkan bunyi napas tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana didapatkan adanya ronkhi. Bunyi yang terdengar melalui stetoskop ketika klien berbicara disebut sebagai resonan vokal. Klien dengan TB paru yang disertai komplikasi seperti efusi pleura dan pneumothoraks akan didapatkan penurunan resonan vokal pada sisi yang sakit.

(2) B2

Pada klien dengan TB paru pengkajian sistem kardiovaskular yang didapat meliputi:

Inspeksi : Inspeksi tentang adanya perut dan keluhan kelemahan fisik.

Palpasi : Denyut nadi perifer melemah

Perkusi : Batasan jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura masif mendorong kesisis sehat.

Auskultasi : Tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

(3) B3

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

(4) B4

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

(5) B5

Klien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan fungsi makan, dan penurunan berat badan. Menurut Doenges, 2000 dikarenakan kehilangan nafsu makan dan tidak dapat mencerna. Ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, dan keringai malam (Soemantri, 2008). Anoreksia menyebabkan kelainan pada status nutrisi yang buruk dengan cara mengurangi intake energi. Selain anoreksia, terganggunya dari

absorpsi nutrisi dan peningkatan katabolisme berpengaruh terhadap status nutrisi yang buruk.

(6) B6

Aktivitas sehari-hari berkurang banyak dengan klien dengan TB paru. Gejala yang muncul antara lain kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga menjadi tak teratur.

## 2.5 Diagnosa Keperawatan

### 2.5.1 Komponen Diagnosa

- a. Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan
- b. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
- c. Ketidakefektifan Pola Nafas
- d. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas
- e. Resiko Penularan

### 2.5.2 Menetapkan Etiologi

- a. Mengenal masalah kesehatan keluarga
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat

### 2.5.3 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga

Taksonomi NANDA-I untuk masalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan adalah :

Domain : 1

Kelas : 2

Kode Diagnosis : 00099

## 2.6 Intervensi Keperawatan

Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan berhubungan dengan Kurangnya Pengetahuan Keluarga Dalam Menjaga Pemeliharaan Rumah Bagi Anggota Keluarga Yang Menderita Tuberkulosis

### 2.6.1 Tujuan

- a. TUK

Setelah dilakukan tindakan keperawatan atau kunjungan rumah 3 kali pertemuan diharapkan klien dan keluarga mampu menjaga kebersihan rumah.

b. TUM

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan :

- 1). Klien dan keluarga dapat mengenal masalah kesehatan yaitu tentang tuberkulosis paru
- 2). Klien dan keluarga dapat memutuskan mengambil tindakan kesehatan yang tepat dalam mengatasi tuberkulosis paru
- 3). Klien dan keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit tuberkulosis paru
- 4). Klien dan keluarga mampu memelihara lingkungan rumah bagi anggota keluarga yang sakit tuberkulosis paru

## **2.7 Intervensi**

- a. Menyusun dan mengikuti strategi untuk memaksimalkan kesehatan
- b. Mengidentifikasi efek samping keyakinan dan kesehatan
- c. Memperlihatkan kesadaran bahwa perilaku sehat membutuhkan upaya dan kepercayaan diri untuk mampu menatalaksanya
- d. Mengikuti rekomendasi program terapi
- e. Mengidentifikasi potensial resiko terhadap kesehatan akibat gaya hidup
- f. Menyatakan dan menunjukkan pengetahuan tentang tindakan perlindungan kesehatan

## **2.8 Implementasi**

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan tehnik psikomotor, kemampuan melakukan observasi

sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi

Implementasi pada dasarnya mengacu pada intervensi, tindakan yang sudah direncanakan dapat dilakukan dengan baik, meskipun hanya teratasi sebagian, intervensi antarlain :

- a. Edukasi tentang rumah yang ideal
- b. Anjurkan setiap ruangan memiliki jendela agar cahaya matahari bisa masuk
- c. Membersihkan rumah setiap hari
- d. Libatkan keluarga dalam perencanaan membersihkan rumah

## **2.9 Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal (Deswani, Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis, 2009)

### **BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN**

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus terhadap masalah keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan terhadap pasien dengan TB Paru

#### **3.1 Desain Penulisan**

Penelitian ini menggunakan desain laporan kasus yang ditulis dalam bentuk natarif untuk mendiskripsikan mengenai pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien TB paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Di Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019.

#### **3.2 Batasan Istilah**

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

Asuhan Keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan yang dilakukan oleh peneliti, meliputi proses pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien, melaksanakan implementasi yang telah ditentukan hingga mengevaluasi hasil implementasi pada dua pasien yang didiagnosa Tuberkulosis dalam rekam medik klien dan mengalami Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan di Puskesmas Rogotrungan Lumajang tahun 2019.

##### **3.2.2 Pasien Tuberkulosis Paru**

Pasien tuberkulosis paru yang dimaksud dalam laporan kasus ini adalah dua orang dengan diagnosa TBC pada rekam medik klien.

##### **3.2.3 Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan**

Perilaku individu atau pemberi asuhan yang gagal untuk menepati rencana promosi kesehatan atau rencana terapeutik yang telah disepakati oleh individu ( atau keluarga, atau komunitas ) dan tenaga kesehatan professional. Dengan adanya rencana promosi kesehatan atau rencana terapeutik yang disepakati,

perilaku individu atau pemberi asuhan sepenuhnya atau sebagian tidak patuh dan dapat mengakibatkan hasil yang secara klinis tidak efektif atau hasil yang sebagian tidak efektif.

Batasan Karakteristik:

Objektif:

Tidak menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan

Tidak menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat

Ketidakmampuan bertanggung jawab untuk memenuhi praktik kesehatan dasar

Kurangnya pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar

Kurang dukungan sosial

Pola perilaku kurang mencari bantuan kesehatan (Prof. Dr. Budi Anna Keliat, NANDA-1 Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020, edisi. 11, 2018)

Gagal menunjukkan kemajuan

Tes objektif ( mis., pengukuran fisiologis, deteksi tanda-tanda fisiologis )

Faktor yang Berhubungan:

Rencana Pelayanan Kesehatan

Kompleksitas, biaya, durasi, fleksibilitas finansial rencana, intensitas (wilkinson, 2016)

### 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah dua klien yang memenuhi kriteria:

3.3.1 Berada dalam 1 wilayah Puskesmas yang sama.

3.3.2 Pasien mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan sesuai batasan istilah di atas

3.3.3 Pasien yang terdiagnosa Tuberkulosis Paru

3.3.4 Pasien bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.

### 3.4 Lokasi dan Waktu

Laporan kasus ini dilakukan di Puskesmas Rogotruman Lumajang. Kedua klien dilakukan 6 kali kunjungan

### **3.5 Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus ini, antara lain:

#### **3.5.1 Wawancara**

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2012). Penulis memperoleh data dari hasil wawancara meliputi hasil anamnesa berisi identitas klien (usia, jenis kelamin, dan pekerjaan), keluhan utama (klien TB paru mengeluh batuk lebih dari 2 minggu), riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu (klien TB paru mempunyai riwayat penyakit dahulu yaitu), riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan yang bersumber dari klien, keluarga dan perawatan lainnya.

#### **3.5.2 Observasi**

Observasi adalah kegiatan yang dilakukan melalui pengamatan langsung terhadap obyek penelitian guna memperoleh data aktual dari sumber data (Kimbal, 2013). Observasi yang dilakukan oleh penulis saat melakukan penelitian yaitu melakukan pemeriksaan fisik meliputi tanda-tanda vital klien, kesadaran, pemeriksaan sistem pernafasan

#### **3.5.3 Laporan Dokumentasi**

Laporan dokumentasi didapatkan melalui hasil dari pemeriksaan laboratorium klien, hasil CT-Scan, catatan rekam medik klien, lembar advis dokter, dan catatan perkembangan klien untuk memudahkan penulis dalam pengambilan data yang akan dilakukan, dapat menggunakan instrumen yaitu kamera dengan cara memotret hasil pemeriksaan penunjang maupun hasil rekam medis pasien dan laboratorium yang terdapat pada rekam medis pasien.

### **3.6 Uji Keabsahan Data**

Keabsahan data dari pasien tuberkulosis paru pemeriksaan kelengkapan data dan diperoleh dari berbagai sumber, seperti data rekam medis klien meliputi catatan perkembangan klien digunakan penulis untuk memperkaya data dengan tidak menyebarkan rekam medis klien dalam tujuan apapun kecuali untuk kepentingan perawatan klien. Untuk memperoleh kelengkapan data, pengumpulan

data dilakukan pada klien, keluarga, perawat, dan rekam medis. Asuhan keperawatan dilakukan minimal 2 minggu perawatan dan dilakukan evaluasi sampai dengan klien bisa menjaga kesehatan rumah. Selain itu penulis juga melakukan pengamatan ulang, pengecekan kembali, dan melihat kejadian yang sama di lokasi yang berbeda seperti melakukan *cross check* ulang terkait hasil penilaian hasil laboratorium yang dilakukan pada klien sebelum dan sesudah dilakukannya tindakan keperawatan.

### **3.7 Analisa Data**

#### **3.7.1 Pengumpulan data**

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Studi Dokumentasi). Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

#### **3.7.2 Mereduksi data**

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

#### **3.7.3 Penyajian data**

Penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, ataupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

#### **3.7.4 Kesimpulan**

Dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

### **3.8 Etika Penulisan**

Dalam penulisan laporan kasus, khususnya yang menggunakan manusia sebagai subjek tidak boleh bertentangan dengan etika. Beberapa prinsip dalam

pertimbangan etika meliputi: bebas dari eksploitasi, bebas dari penderitaan, kerahasiaan, bebas menolak menjadi responden, perlu surat persetujuan (*informed consent*) dan mempunyai hak untuk mendapatkan pengobatan yang sama jika pasien telah menolak menjadi responden (Nursalam, 2011). Yang perlu dituliskan pada penyusunan laporan kasus meliputi:

#### 3.8.1 *Informed Consent* (persetujuan menjadi pasien)

Pokok-pokok dasar *informed consent* dalam uji klinik mencakup penjelasan yang diberikan mengenai tindakan yang akan dilakukan, penjelasan tentang timbulnya resiko, penjelasan tentang keuntungan yang dapat diharapkan, penjelasan tentang tindakan alternative, kesediaan menjawab pertanyaan mengenai berbagai tindakan dalam penelitian, penjelasan bahwa peserta dapat menarik persetujuannya (Prptomodkk, 2016).

#### 3.8.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Hasil rekaman diberi kode partisipan tanpa nama (*Anonimity*), untuk selanjutnya disimpan di dalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

#### 3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya. Untuk menjamin kerahasiaan (*Confidentiality*) data, peneliti wajib menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

## **BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan dijabarkan terkait dengan kesimpulan dan saran laporan kasus, penulisan sebagaimana seperti berikut:

### **5.1 Kesimpulan**

#### **5.1.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, kedua pasien berjenis kelamin perempuan dalam rentang usia 56 dan 40 tahun, dapat terkena tuberkulosis karena pekerjaan dan gaya hidup yang kurang sehat, keadaan lingkungan kedua pasien lembab, kotor, berdekatan dengan kandang kambing, jendela kamar tidak pernah di buka, latar belakang pendidikan pasien sama-sama SD sederajat.

#### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan ke dua pasien, kedua pasien mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, tidak semua batasan karakteristik muncul dari 6 yang sesuai dengan teori. Tuberkulosis dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan lingkungan hanya 4 yang sesuai dengan pasien 1 dan pasien 2 yaitu kebersihan lingkungan rumah 30% dalam lingkungan ideal, menunjukkan perilaku kurang adaptif terhadap perubahan lingkungan, menunjukkan kurang pengetahuan tentang praktik dasar kesehatan, dan melaporkan atau tampak tidak mampu mengemban tanggung jawab untuk memenuhi praktik kebutuhan dasar.

#### **5.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan memiliki 10 intervensi keperawatan keluarga tentang penyakit

Tuberkulosis Paru. Semua intervensi diberikan semua pada klien dan anggota keluarganya.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua pasien sama selama 6 hari dan masih mengacu pada perencanaan. Hampir semua tindakan yang sudah di rencanakan dapat dilakukan pada pasien tetapi dalam satu tahap tidak langsung dilakukan dalam satu waktu.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi setelah 6 hari tindakan pada kedua pasien di dapatkan masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada klien 1 dan klien 2 pasien dapat menjalankan 4 tujuan khusus keluarga.

### **5.2 Saran**

#### 5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan dan mengamalkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anggota Keluarga Yang Menderita Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Pada Tahun 2019 sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga.

#### 5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat Puskesmas mampu memberikan proses asuhan keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan. Hal ini dikarenakan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada klien Tuberkulosis Paru dapat menimbulkan kekambuhan dan dampak bagi keluarga atau peradangan pada selaput otak. Perawat perlu melakukan tindakan keperawatan yang tepat seperti melakukan HE tentang lingkungan rumah sehat.

### 5.2.3 Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga mampu membantu membersihkan lingkungan rumah dan memberi kenyamanan kepada klien. Keluarga juga perlu memahami 5 tugas keluarga supaya dapat mendukung kesembuhan klien yang telah diajarkan oleh penulis. Hal ini bertujuan supaya keluarga dapat berperan aktif dalam penyembuhan klien, serta dapat mengurangi dan penularan Tuberkulosis Paru, keluarga dapat memantau dan mendukung kesembuhan klien.

### 5.2.4 Bagi Puskesmas Rogotrunan Lumajang

Diharapkan puskesmas memberikan tindak lanjut pada penderita Tuberkulosis Paru, melakukan penaringan penderita Tuberkulosis Paru untuk mengurangi peningkatan terjadinya Tuberkulosis Paru, dan pada anggota keluarga harus diberikan pencegahan penularan tuberkulosis Paru

### 5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat masalah dan keluhan pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada klien Tuberkulosis Paru, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan secara maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan yang lain. Berdasarkan laporan kasus penulis, pada klien dilakukan penimbangan berat badan setiap kunjungan untuk mengetahui adanya peningkatan atau tidak, memberi penjelasan tentang pemeliharaan kesehatan yang sesuai. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengaplikasikan yang telah diajarkan oleh perawat dan keluarga mengeti tentang 5 tugas keluarga tersebut. Sehingga diharapkan pada penulis selanjutnya untuk lebih memfokuskan tindakan yang tepat pada klien dengan memperkirakan waktu yang dibutuhkan untuk proses pemulihan pada klien.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Afiyanti, Y., & Imami. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Angga P. Kautsar, T. A. (2016). Kepatuhan dan Efektivitas Terapi Obat Anti Tuberculosis (OAT) Kombinasi Dosis Tetap (KDP) dan Tunggal Pada Penderita TB Paru Anak Disalah Satu Rumah Sakit Di Kota Bandung. *Farmasi Klinik Indonesia* , 5, 219.
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: DIVA Press.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Azizi, F. H., Husin, U., & Rusmartini, T. (2014). Gambaran Karateristik Tuberculosis Paru Dan Ekstra Paru Di BBKPM. *Gambaran Karateristik Tuberculosis Paru Dan Ekstra Paru Di BBKPM*, 860.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*.
- Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan Dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes. (2005). *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberculosis*. 37.
- Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Deswani. (2009). *Proses Keperawatan Dan erfikir Kritis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dewi, M. K. (2011). Pengaruh Pemberian Ekstrak Ikan Gabus Terhadap Kenaikan Kadar Albumin Dalam Darah Dan Berat Badan Pasien Rawat Jalan Tuberculosis Paru Diumah Sakit Paru Jember.
- DiGiulio, M., Jackson, D., & Keogh, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- DiGiulio, M., Jackson, Donna, Keogh, & Jim. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.

- Doenges, M. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC.
- Friedman, M. B. (2016). *Family nursing research, theory, and practice fifth edition, model kemandirian keluarga dalam upaya pemeliharaan kesehatan lansia melalui pendekatan self care and centered nursing, metodologi penelitian ilmu keperawatan pendekatan praktis edisi 4*. jakarta, surabaya: salemba medika, Universitas Airlangga, person education.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV. TRANS INFO MEDIA.
- Hartono, A. (2015). *Harrison Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam. Vol. 2. E/13*. Jakarta : EGC.
- Herlina M, N. H. (2011). Association of serum C-reactive protein and leptin levels r.vith rvasting in childhood tuberculosis. *52 (6)*, 202-2.
- Hidayat, A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Surabaya: Selemba Medika .
- hidayat, A. Y., & Ekaputri, Y. S. (2015). Penerapan Tehnik Napas Dalam Pada Pasien Diagnosis Keperawatan Ansietas Dengan Diabetes Millitus Serta Tuberkulosis Paru Diruang Umum PSMM Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa. Volume3, No. 2*, 93.
- Irawan, H. (2015). Pengaruh Konseling Kesehatan Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien TBC Paru Di Puskesmas Campurejo Kota Kediri. *Jurnal Ilmu Kesehatan Vol. 4 No. 1 Nopember 2015*, 88.
- Jendra F.J Dotulong, M. R. (2015). HUBUNGAN FAKTOR RISIKO UMUR, JENIS KELAMIN DAN KEPADATAN HUNIAN DENGAN KEJADIAN PENYAKIT TB PARU DI DESA WORU KECAMATAN WORU. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan topik : volume III nomer 2 april 2015*, 2.
- Kaewalee Soontornmon, Y. M. (2015). Identification of a Tuberculosis Cluster through Epidemiological and Geographical Tracing of a Patient with Multidrug-resistant Tuberculosis in Lopburi Province, Thailand, 2014 . *osir , OSIR, June 2017, Volume 10, Issue 2*, p.14-22 .
- Kemenkes\_RI. (2014). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Kemenkes\_RI.

- komang. (2010). *aplikasi praktis asuhan keperawatan keluarga*. jakarta : Sagung SEto.
- Komang, A. H. (2010). *Aplikasi Praktis asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung SEto.
- Maas, L. T. (2004). Kesehatan Ibu Dan Anak: Persepsi Budaya Dan Dampak Kesehatannya. *Digitized by USU Digital Library*, 6.
- Maghfiroh, I. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Militus Dengan Diagnosa Keperawatan Nutrisi Kutang Dari Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD D. Haryoto Lumajang . 141.
- Maglaya, s. G. (2008). *buku keperawatan keluarga* . jakarta : EGC.
- Manalu, H. S. (2010). faktor faktor yang mempengaruhi kejadian TB paru dan upaya penanggulangan . *jurnal ekologi kesehatan vol 9 no 4*, 1343.
- Manalu, H. S. (2010). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi ejadian TB Paru Dan Upaya Penanggulangannya. *Jurnal Ekologi Kesehatan Vol 9 No 4*, 1343.
- marni. (2014). *asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pernapasan* . yogyakarta: gosyen publishing.
- Miyata, S., Tanaka, M., & Ihaku, D. (2013). The Prognostic Significance Of Nutritional Status Using Malnutrition Universal Screening Tool In Patient With Pulmonary Tuberculosis. *Nutrition*, 1.
- Murwani, A. S. (2008). *asuhan keperawatan keluarga : konsep dan aplikasi kasus ( edisi revisi )* . yoyakarta: MITRA CINDEKIA.
- Mutaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan* . Jakarta: Salemba Medika.
- Mutaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika .
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Naga, S. S. (2014). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press.

- Ns. Abd. Wahid, S. K. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Nugraha, A., Yudha, E. K., Pangastuti, H. S., Patimah, I., Yuniar, I., Purnawan, i., et al. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Nurhayati, i., Kurniawan, T., & Mardiah, W. (2015). Perilaku Pencegahan Penularan dan faktor-Faktor yang Melatarbelakangi Pada Pasien Tuberculosis Multidrugs Resistans (TB MDR). *Volume 3 Nomor 3 Desember 2015*, 168.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Patmapriyadarsini, M, S., Lakshmi, Beena, & Swaminathan, S. (2016). *Undernutrition and tuberculosis In India: Situation Analysis And The Way Forward*, 12.
- Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S. M. (2018). *NANDA-1 Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020, edisi. 11*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S. M. (2018). *NANDA-1 DIAGNOSIS KEPERAWATAN : DEFINISI DAN KLASIFIKASI 2010-2020, EDISI 11*. JAKARTA: PENERBIT BUKU KEDOKTERAN EGC.
- Purwanto, N. H. (2014). Hubungan Antara Sikap Dengan Perilaku Keluarga Tentang Pencegahan Penyakit Menular Tuberculosis. *Jurnal Keperawatan & Kebidanan-Stikes Dian Husada Mojokerto*, 76.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, I. (2018). Tuberculosis Temukan Obat Sampai Sembuh. *infodatin*.
- RA Naini, A. M. (2013). Factors associated with mortality in tuberculosis patients. *J Res Med Sci*, 52-5.
- Rahman, F. A. (2017). Motif, motofasi, dan manfaat Aktivitas Pendakian Gunung Sebkatagai Olah Raga Rekreasi Masyar. *Multilateral: jurnal pendidikan jasmani dan olahraga volume 16 No. 2*, 144.

- Rahman, F. A., Krisdiyanto, A., & Sugiyanto. (2017). Motif, Motivasi, Dan Manfaat Aktivitas Pendakian Gunung Sebkatagai Olah Raga Rekreasi Masyar. *Multilateral: Jurnal Pendidikan Jasmani dan Olahraga Volume 16 No. 2*, 144.
- Reyn, V. C. (2013). Tuberculosis. *N Engl J Med. Tuberculosis. N Engl J Med*, 45-55.
- Rohma, N. (2013). *Proses Keperawatan Teori Dan Aplikasi Dilengkapi Dengan NIC-NOC dan Aplikasi Pada Berbagai Kasus*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- S. G. Mfinanga, O. M. (2013). Tribal differences in perception of tuberculosis: a possible role in tuberculosis control in Arusha, Tanzania. *INT J TUBERC LUNG DIS 7(10):933–941 © 2003 IUATLD*, 1.
- Santha, T., Garg, R., Frieden, T., Chandrasekaran, V., Subramani, R., & Gopi, P. (2002). Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in a DOTS programme in Tiruvallur District,. 8.
- Septia, A., Rahmalin, S., & sabrian, F. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan epatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru. *JOM PSIK VOL.1 NO.2*, 8.
- Setiadi. (2008). *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawan, B. (2011). efikasi suplemen Mikronutrien Sebagai Terapi Adjuvan Pada Penderita Tuberculosis.
- Soemantri, I. (2008). *Keperawata Medikal Bedah: Asuhan eperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: alemba Medika.
- Somantri, i. (2012). *Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan* . Jakarta: Salemba Medika.
- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem pernapasan* . Jakarta : Salemba Medika .
- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Somantri, I. (2013). *asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernapasan*. jakarta : salemba medika .

- Suhari, & Sulistyono, R. E. (2018). *Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Lumajang: KSU Mulia Husada.
- Sulvari Gusti, A. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV. TRANS INFO MEDIA.
- suryani, Widiyanti, E., Hernawati, T., & Sriati, A. (2015). Psikoedukasi Menurunkan Tingkat Depresi, Stress, dan Kecemasan Pada Pasien Tuberkulosis Paru. *Journal Ners Vol. 11 No. 1*, 131.
- Swarjana, k. (2018). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: IKAPI.
- WHO. (2010). *Hypertention report*. geneva : technical report series .
- WHO. (2014). *Global Tuberculosis report 2014*. Geneva: WHO.
- WHO. (2018). *Global Tuberculosis Report*.
- Wilkinson, J. M. (2015). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- wilkinson, j. M. (2016). *diagnosis keperawatan : diagnosis nanda-1, intervensi NIC hasil noc,ed. 10*. jakarta : EGC.
- Yanuarita, A. (2013). *Rahasia Sukses Diet*. Jawa Tengah: Teranova Books.

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Proposal Dan Karya Tulis Ilmiah :Laporan Kasus

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

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2019/2019																																		
	FEB				MAR				APR				MEI				JUNI				JULI				AGT				SEPT				OKT		
	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
Informasi Penulisan	■	■	■	■																															
Konfirmasi Penulisan	■	■	■	■																															
Konfirmasi Judul				■																															
Penyusunan Proposal Laporan Kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																			
Sidang Proposal																	■																		
Revisi																		■	■																
Pengumpulan Data																					■	■	■	■											
Penyusunan Laporan Kasus																						■	■	■											
Konsul Penyusunan Laporan Kasus																									■	■	■	■							
Ujian Sidang																													■						
Revisi																														■	■				
Pengumpulan Laporan Kasus																																			

Lampiran 2 *Informee Consent*

## Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Universitas Jember Kampus Lumajang

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : SUNARSIH.....  
Umur : 40 tahun.....  
Jenis kelamin : perempuan.....  
Alamat : Bagusari.....  
Pekerjaan : IRT.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya sertamenya dari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Menderita Tuberculosis Paru Yang Mengalami Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan Dari Kebutuhan Tubuh 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.

Lumajang, .....

Mengetahui,  
Penanggung Jawab PenelitianYang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

Ahmad Falihul Idhhar.  
NIM. 162303101006



(.....Sunarsi.....)

## Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Universitas Jember Kampus Lumajang

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : MISDURA.....

Umur : 56 tahun.....

Jenis kelamin : perempuan.....

Alamat : tompokersan.....

Pekerjaan : wiraswasta.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya sertamenya dari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Menderita Tuberculosis Paru Yang Mengalami Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan Dari Kebutuhan Tubuh 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.

Lumajang, .....

Mengetahui,  
Penanggung Jawab PenelitianYang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

Ahmad Falihul Idhhar.  
NIM. 162303101006



(.....  
MisDura.....)

Lampiran 3

SATUAN ACARA PENYULUHAN  
“PEMELIHARAAN KESEHATAN PADA PASIEN TB PARU”



Disusun oleh :

Ahmad Falihul Idhhar

NIM: 162303101006

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Metode pemeliharaan kesehatan pasien  
TB paru

Hari/Tanggal :

Waktu : 15 menit

Tempat :

Sasaran :

Penyuluh : Ahmad Falihul Idhhar

---

**A. ANALISA SITUASIONAL**

## 1. Peserta

- Ibu dan bapak keluarga pasien TB paru

## 2. Ruangan

- Cukup luas dengan jumlah warga dengan kursi memadai
- Ventilasi baik

## 3. Penyuluh

- Ibu dan bapak keluarga pasien TB paru
- Mampu mengkomunikasikan materi penyuluhan dengan baik dan menggunakan metode yang sesuai

**B. TUJUAN INSTRUKSIONAL**

## 1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan ibu dan bapak dapat pemeliharaan kesehatan rumah pada keluarga yang menderita TB paru

## 2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan :

- a. Dapat memahami definisi penyakit TB paru.

b. Dapat memahami pemeliharaan kesehatan

#### MATERI PENYULUHAN

1. Definisi penyakit TB paru.
2. Pengertian pemeliharaan kesehatan

#### C. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyaji	Kegiatan Peserta	Metode
Pembukaan (3 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam pembuka</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan.</li> <li>4. Relevansi</li> <li>5. Apresiasi</li> <li>6. Kontak waktu</li> </ol>	Memperhatikan, mendengarkan dan menjawab pertanyaan	Ceramah
Penyajian Materi (9 menit)	Penyampaian materi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan definisi penyakit TB paru .</li> <li>2. Menjelaskan pemeliharaan kesehatan</li> </ol>	Memperhatikan dan mendengarkan keterangan	Ceramah dan Tanya jawab
Penutup (3 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kembali tentang materi yang di sampaikan</li> <li>2. Membuat kesimpulan</li> <li>3. Tindak Lanjut</li> <li>4. Salam penutup</li> </ol>	Bertanya Menjawab pertanyaan penyuluhan	Tanya jawab dan ceramah

**D. MEDIA DAN ALAT PENYULUHAN**

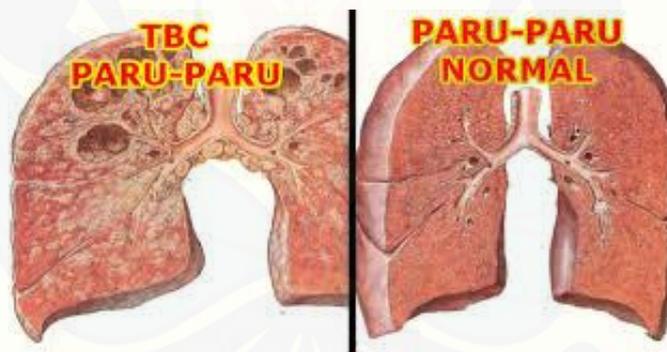
1. Leaflet
2. Contoh makanan
3. Lcd / ppt (Lembar Balik)

**E. METODE PENYULUHAN**

1. Ceramah
2. Tanya jawab

**F. EVALUASI**

1. Jelaskan definisi penyakit TB paru?
2. Jelaskan pemeliharaan kesehatan

**A. Pengertian Tuberculosis paru**

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

**B. Pengertian Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat**

PHBS adalah semua perilaku yang dilakukan atas kesadaran, sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang

kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan dimasyarakat.

### C. Tanda dan Gejala

- a. Batuk
- b. Batuk darah
- c. Sesak nafas
- d. Muntah darah
- e. Epistaksis
- f. Nyeri dada
- g. Demam

### D. Komplikasi

Menurut Nadesul, 2010 komplikasi TB Paru juga bisa mencapai selaput otak, dengan akibat radang selaput otak (menginitis). Bisa jadi penyakitnya sudah lama karena pengobatan yang tidak tuntas sehingga TB paru masih aktif , sehingga lewat aliran darah dan kelenjar getah bening , bakteri bisa nyebar ke organ tubuh lain. Selain organ reproduksi , bisa juga keselaput otak.

### E. Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Dahak

Pemeriksaan dahak untuk menegakkan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 contoh uji dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS):

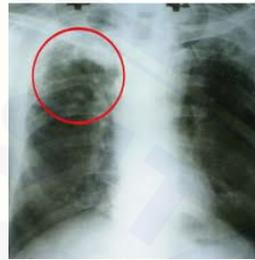
S (sewaktu): dahak ditampung pada saat terduga pasien TB datang berkunjung pertama kali ke fasyankes. Pada saat pulang, terduga pasien membawa sebuah pot dahak untuk menampung dahak pagi pada hari kedua.

P (pagi): dahak ditampung dirumah pada hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawah dan diserahkan sendiri kepada petugas di fasyankes.

S(sewaktu): dahak ditampung di fasyankes pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

## 2. Pemeriksaan rontgen thoraks

Pada hasil pemeriksaan rontgen thoraks, sering didapatkan adanya suatu lesi sebelum ditemukan adanya gejala subjektif awaldan sebelum pemeriksaan fisik menemukan kelainan pada paru. Bila pemeriksaan rontgen menemukan suatu kelainan, tidak ada gamabaran khusus mengenai TB paru awal kecuali lokasi di lobus bawah dan biasanya berada disekitar hilus.



## F. Pengobatan

### 1. Prinsip Pengobatan

Obat anti tuberculosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB adalah merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman TB.

Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

- a. Pengobatan diberikan dalam bentuk panduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
- b. Diberikan dalam dosis yang tepat.
- c. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
- d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

### 2. Tahapan Pengobatan TB Paru

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud:

- 1) Tahap awal : pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh adri sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap

awal pada semua pasien baru, harus diberikan selam 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu.

- 2) Tahap lanjutan : pengobatan tahap lanjutan merupakan tahapan yang penting untuk mencegah terjadinya kekambuhan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman *persister* sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes RI, 2014).

### 3. Jenis Obat

Jenis	Sifat	Efek samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer, psikosis toksis, gangguan fungsi hati, kejang.
Rifmpizin (R)	Bakterisidal	<i>Flu syndrom</i> gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, <i>skin, rash</i> , sesak nafas, anemia hemolitik.
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout arthritis.
Steptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anfilatik, anemia, agralunositosis, trombositopeni.
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan pengelihatn, buta warna, neuritis perifer.

(Kemenkes RI, 2014)

Tabel 2. 1 Kisaran Dosis OAT Lini Pertama Bagi Pasien Dewasa

OAT	Dosis			
	Harian		3x/minggu	
	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum (mg)	Kisarn dosis (mg/kg)	Maksimum /hari (mg)
Isoniazid	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampizin	10 (8-12)	300	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

(Kemenkes RI, 2014)

#### Catatan:

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

(Kemenkes RI, 2014)

#### 4. Dampak Putus Obat

Sangat beresiko bukan hanya resiko mengulang pengobatan dari awal lagi tapi juga resiko kuman akan menjadi kebal dan menjadi TB MDR / TB XDR yaitu kuman TB yang resisten / kebal terhadap OAT dan bisa mematikan serta sangat sulit diobati.

#### 5. Peran PMO (Pengawas Minum Obat)

PMO dapat berperan dalam menjamin keteraturan dalam pengobatan, baik oleh petugas kesehatan ataupun melibatkan pihak keluarga atau yang lain sesuai dengan kondisi setempat. Hal ini dilakukan agar lebih menjamin lancarnya kesinambungan program pemberantasan TB paru. (Angga P. Kautsar, 2016)

## TUBERKULOSIS



Disusun Oleh

Ahmad Falihul

D3 Keperawatan UNEJ

LUMAJANG

### Pengertian TBC

*Tuberculosis* (TBC atau TB) adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mikobakterium tuberculosis*. Bakteri ini merupakan bakteri basil yang sangat kuat sehingga memerlukan waktu lama untuk menegobatnya.

Pencegahan TBC :

1. Makan makanan yang baik dengan gizi yang seimbang.
2. Olahraga teratur.
3. Istirahat yang cukup.
4. Mengonsumsi multivitamin yang membantu menjaga daya tahan tubuh.
5. Biasakan mencuci tangan.
6. Berhenti merokok, hindari minum minuman beralkohol, dan obat bius atau penenang.
7. Mengatur sistem sirkulasi udara di rumah.
8. Membiarkan jendela terbuka agar sinar matahari dapat masuk.
9. Menggunakan masker saat kontak atau berada di dalam suatu ruangan dengan penderita TBC.

### Pengobatan TBC

Tujuan pengobatan pada penderita TB Paru selain untuk mengobati juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta memutuskan mata rantai penularan.

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan (4-7 bulan).

### Tanda dan Gejala ada

- Demam tinggi di malam hari
- Penurunan berat badan dan nafsu makan
- Batuk lebih e minggu
- Nyeri dada
- Sesak nafas

**SEMOGA BERMANFAAT**



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG  
Digital Repository Universitas Jember  
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/ 1496 /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: 676/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 26 Juni 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama AHMAD FALIHUL IDHHAR.

**Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :**

1. Nama : AHMAD FALIHUL IDHHAR
2. Alamat : Jl. Cut Mutiah Ghozali Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101006
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota keluarganya Mengalami Tuberkulosis Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S. Kep.Ners.MM
4. Anggota/Peserta :
5. Waktu Penelitian : 10 Juli 2019 s/d 24 Juli 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, Puskesmas Rogotruman

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

Lumajang, 10 Juli 2019  
a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN LUMAJANG  
Kepala Bidang HAL



**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 Rogotruman Lumajang
6. Sdr. Koord Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang bersangkutan.



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

Nomor : 675 /UN25.1.14.2/05 /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 juni 2019

MEMUTUSKAN

Mencapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Ahmad Fahihul Idhhar

Nomor Induk Mahasiswa : 162303101006

Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 20 agustus 1997

Prodi : D3 Keperawatan

Tingkat / Semester : III/ VI

A l a m a t : Ghozali kampung baru Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang

dijjinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019.

Dengan pembimbing :

I. R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep

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

Ditetapkan di : Lumajang

Pada Tanggal : 26 juni 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNIVERSITAS JEMBER  
Kampus Lumajang



**NURUL HAYATI, S.Kep.Ners. MM**

NIP. 19650629 198703 2 008

DAFTAR HADIR  
KEIKUTSERTAAN SEMINAR PROPOSAL KTI  
PRODI D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER  
TAHUN AKADEMIK 2018/2019

NAMA : Ahmed Fathmali I  
NIM : 162305101006

NO	HARI / TANGGAL	NAMA MAHASISWA / JUDUL SEMINAR PROPOSAL	TANDA TANGAN / NAMA	
			DOSEN PENGAMPU	MAHASISWA
1	2	3	4	5
1		Asuhan keperawatan lansia dengan masalah keperawatan goda akhir nyeri kronis di RSUD Jember (Nora Astoria)	1	1
2	16- April 2019	Asuhan keperawatan pada pasien stroke <sup>infark</sup> dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fungsi gerak mobil RSUD Haryoto Lumajang	2	2
3	20- Januari 2019	Asuhan keperawatan pada pasien TBC dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di RSUD Lumajang (Mega)	3	3
4	22- Maret 2019	Asuhan keperawatan pd pasien gagal ginjal kronik dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan di RSUD Haryoto	4	4
5		Asuhan keperawatan keluarga pasien TB dengan MK ketidak patuhan P (C) obata di Dkm Rogoharjo per 2019	5	5
6		Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi <del>di</del> di RSUD Haryoto tahun 2019	6	6

NO	HARI / TANGGAL	NAMA MAHASISWA / JUDUL SEMINAR PROPOSAL	TANDA TANGAN / NAMA	
			DOSEN PENGAMPU	MAHASISWA
1	2	3	4	5
7		Rahmi keperawatan pd pa stroke kepernik dg mk hambatan mabutan ptk dr RSUD Hanyo Tumngg dan 2019	7	7
8		Rahmi keperawatan pd pa stroke himarogis dg mk pasca stroke di RSUD Hanyo dan 2019	8	8
9		aspek keluarga ptkn wlasasah dg mk hambatan interaksi sahel duntayah ptkn aspekrul 2019	9	9
10		aspek keluarga di ptkn gact dntul dg mk hjen dr ptkn regobeng 2019	10	10

Keterangan :

- Kolom 1 : Di isi nomor yang menunjukkan jumlah keikutsertaan seminar proposal.
- Kolom 2 : Di isi hari dan tanggal saat mengikuti seminar proposal.
- Kolom 3 : Di isi nama mahasiswa penyaji & judul seminar proposal yang sedang diikuti saat itu.
- Kolom 4 : Di isi nama & tanda tangan dosen pengampu seminar proposal yang telah diikuti.
- Kolom 5 : Di isi nama & tanda tangan mahasiswa yang telah mengikuti seminar proposal.

Lumajang, \_\_\_\_\_

Mengetahui  
Pembimbing KTI

R. Endro Sulistyono S.Kep.Ners., M.Kep  
NIDN : 3427028801

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

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI  
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

**NAMA MAHASISWA** : Ahmad Fatikhul Ikhlas  
**NIM** : 162303101006  
**PROGRAM STUDI** : D3 UNIEJ kampus LUMAJANG KEPERAWATAN  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** : ASUHAN KEPERAWATAN dan peran TUGAS KONSELING PASIEN dengan masalah keperawatan  
 KEBIDAGAN KEPERAWATAN

**TAHAP PENULISAN PROPOSAL**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	3/1/19	konsep BAB 1	Revisi skripsi bab 1 Revisi kerangka bab 1		
	7/1/19	konsep BAB 1	fambahkan sesuai dengan penelitian terbaru		

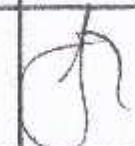
NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3		Konsep BPB 1	Kopi Kognisi keWarga konsep BAB 1		
4.		Konsep BAB 2 & 3	Kopi tingkah yang sesuai		
5.		Konsep Bab 4	Review kuis sesuai dengan pedoman		
6		Konsep Bab 5			

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

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI  
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

**NAMA MAHASISWA** : Ahmad Fauzan Uthor  
**N I M** : 1623031006  
**PROGRAM STUDI** :  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** : Analisis keperawatan keluarga pada ny. M. dr. Niyi S. pembongkaran keluarga yang mengalami TB paru dg masalah keperawatan pendidikan pemeliharaan kesehatan

**TAHAP PENULISAN PROPOSAL**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1		konsep BAB 1	konsep sampai evaluasi px 1		
2		konsep BAB 2	konsep px 2 sampai evaluasi		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	20/1/19	Bab 2	- konsep astrop langsung dihubungkan dengan penyakit → bersin dari Jurnal (terbaru)		
4	20/1/19	Bab 2	- tubian harus dipelajari (kitab) - Rangkai - Tom bah dx bunah - Dura TO - lanjut Bab 3		
5	15/2/19	Bab 3	- Etika penelitian		
6	5/3/19	Bab 1 & 2	- tambah diagram banding		
7	5/3/19	Bab 1, 2, 3	- slide jangan terlalu banyak fitur - buat lampiran		
8	09/5/19	Bab 1, 2, 3, PPT, Banner	- Banner ganti dengan		