



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TUBERKULOSIS
PARU PADA Tn. Sa DAN Tn. Si DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KEEFEKTIFAN PELAKSANAAN
PROGRAM TERAPEUTIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Anisatus Sakdiyah
NIM 152303101089**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TUBERKULOSIS
PARU PADA Tn. SA DAN TN. SL DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KEEFEKTIFAN PELAKSANAAN
PROGRAM TERAPEUTIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Anisatus Sakdiyah
NIM 152303101089**

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

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM, selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian;
4. Ibu Dwi Ohta P. S.KM, selaku pembimbing yang telah memberikan pertimbangan, bimbingan, arahan dan saran dalam pembuatan dan penyusunan proposal dan juga Karya Tulis Ilmiah;
5. Bapak Ns. Mashuri, S.Kep., M.Kep Dr. H. Suhari, A.Per. Pen, MM, selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Rekan-rekan angkatan 18 yang selalu mendukung selama menjalankan program studi sampai penyelesaian laporan tugas akhir ini;

MOTTO

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

(Q.S. ALAM NASYRAH 94:5)

***) Q.S. ALAM NASYRAH 94:5**



PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Anisatus Sakdiyah

NIM : 152303101089

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir kasus saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn. Sa dan Tn. Sl Dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam karya tulis ilmiah ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 25 Mei 2018

Yang menyatakan,

Anisatus Sakdiyah
NIM 152303101089

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TUBERKULOSIS
PARU PADA Tn. Sa DAN Tn. SI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KEEFEKTIFAN PELAKSANAAN
PROGRAM TERAPEUTIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh

**Anisatus Sakdiyah
NIM 152303101089**

Pembimbing:

**Dwi Ochta P. S.KM
NRP. 760017245**

PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn. Sa dan Tn. Si Dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Sabtu
Tanggal : 9 Juni 2018
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,

Ns. Mashuri, S.Kep., M.Kep
NIP. 19770207 200801 1 019

Anggota I,

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

Anggota II,

Dwi Ocha P. S.KM
NRP. 700017245

Mengesahkan,



Koordinator Program Studi
Universitas Jember
Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn. Sa dan Tn. Sl Dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Kabupaten Lumajang Tahun 2018; Anisatus Sakdiyah; 152303101089; 2017; 111 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi. Obat tuberkulosis harus diminum oleh penderita secara rutin selama enam bulan berturut-turut tanpa henti. Kedisiplinan pasien dalam menjalankan pengobatan juga perlu diawasi oleh anggota keluarga terdekat yang tinggal serumah, yang setiap saat dapat mengingatkan penderita untuk minum obat. Apabila pengobatan terputus tidak sampai enam bulan, penderita sewaktu-waktu akan kambuh kembali penyakitnya dan kuman tuberkulosis menjadi resisten sehingga membutuhkan biaya besar untuk pengobatannya.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif atau studi kasus. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah studi kasus. Penelitian dilakukan dengan wawancara, pengkajian, dan pemeriksaan fisik.

Hasil dari penelitian yang sudah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Pada Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn. Sa dan Tn. Sl Dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik sudah dilakukan penyuluhan tentang penyakit Tuberkulosis Paru, penyuluhan tentang PMO, dan penyuluhan tentang akibat putus pengobatan.

Berdasarkan hasil tersebut diharapkan keluarga kedua klien mampu menerapkan penjelasan dari penyuluhan tentang penyakit Tuberkulosis Paru, penyuluhan tentang PMO, dan penyuluhan tentang akibat putus pengobatan.

SUMMARY

Nursing Family Care In Clients Of Tuberculosis Lung On Mr. Sa and Br. Ar With Nursing Problem Effectiveness of the Implementation of Therapeutic Programs in the Working Area of Rogotrunan Community Health Center of Lumajang Regency Year 2018; Anisatus Sakdiyah; 152303101089; 2017; 111 pages; Faculty of Nursing University of Jember

Tuberculosis is a disease caused by the bacteria *Mycobacterium Tuberculosis* which is an aerobic bacteria that can live mainly in the lungs or other body organs that have high partial pressure of oxygen. Tuberculosis drugs should be taken by the patient on a routine basis for six consecutive months without interruption. The discipline of the patient in performing the treatment also needs to be supervised by a close family member who lives at home, who at all times can remind the patient to take medicine. If treatment is discontinued less than six months, the patient at any time will recur the disease and tuberculosis germs become resistant and thus costly for treatment.

This research uses descriptive research method or case study. The approach used in this research is case study. The research was conducted by interview, assessment, and physical examination.

Results from research that has been done in the work area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang On Client Tuberculosis Lung At Tn. Sa and Br. Ar With Nursing Problem Effectiveness of the Implementation of the Therapeutic Program has been done counseling about Lung Tuberculosis disease, counseling about PMO, and counseling about the result of drop out treatment.

Based on these results, both families are expected to be able to apply the explanation of counseling about Tuberculosis Lung disease, counseling about PMO, and counseling about the effect of drop out treatment.

PRAKARTA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn. Sa dan Tn. Sl Dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2018”

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung atau tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah ini tidak dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, disampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Dwi Ochta P. S.KM, selaku pembimbing yang telah memberikan pertimbangan, bimbingan, arahan dan saran dalam pembuatan dan penyusunan proposal sampai KTI.

Dengan terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya Laporan Tugas Akhir ini dan diucapkan terima kasih.

Lumajang, 25 Maret 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	3
BAB 2 LANDASAN TEORI	5
2.1 Konsep Tuberkulosis	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Etiologi	5
2.1.3 Patofisiologi	6
2.1.4 Manifestasi Klinis	8
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	9
2.1.6 Proses Penularan	9
2.1.7 Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru	10
2.1.8 Penatalaksanaan	10
2.2 Konsep Keluarga	14
2.2.1 Pengertian Keluarga	14
2.2.2 Karakteristik Keluarga	14
2.2.3 Struktur Keluarga	15
2.2.4 Ciri-ciri Struktur Keluarga	15
2.2.5 Tipe-tipe Keluarga	16
2.2.6 Fungsi Keluarga	16
2.2.7 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga	18
2.2.8 Tugas Keluarga	20
2.2.9 Tingkat Kemandirian Keluarga	21
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga	22
2.3.1 Tanggung Jawab Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga	23
2.3.2 Asuhan Keperawatan Keluarga	24
2.3.3 Tahap Perencanaan Keperawatan Keluarga	39
2.3.4 Tahap Pelaksanaan Keperawatan Keluarga	42
2.3.5 Tahap Evaluasi	44
2.3.6 Diagnosa Keperawatan pada Pasien Tuberkulosis Paru	45
2.4 Konsep Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik	46

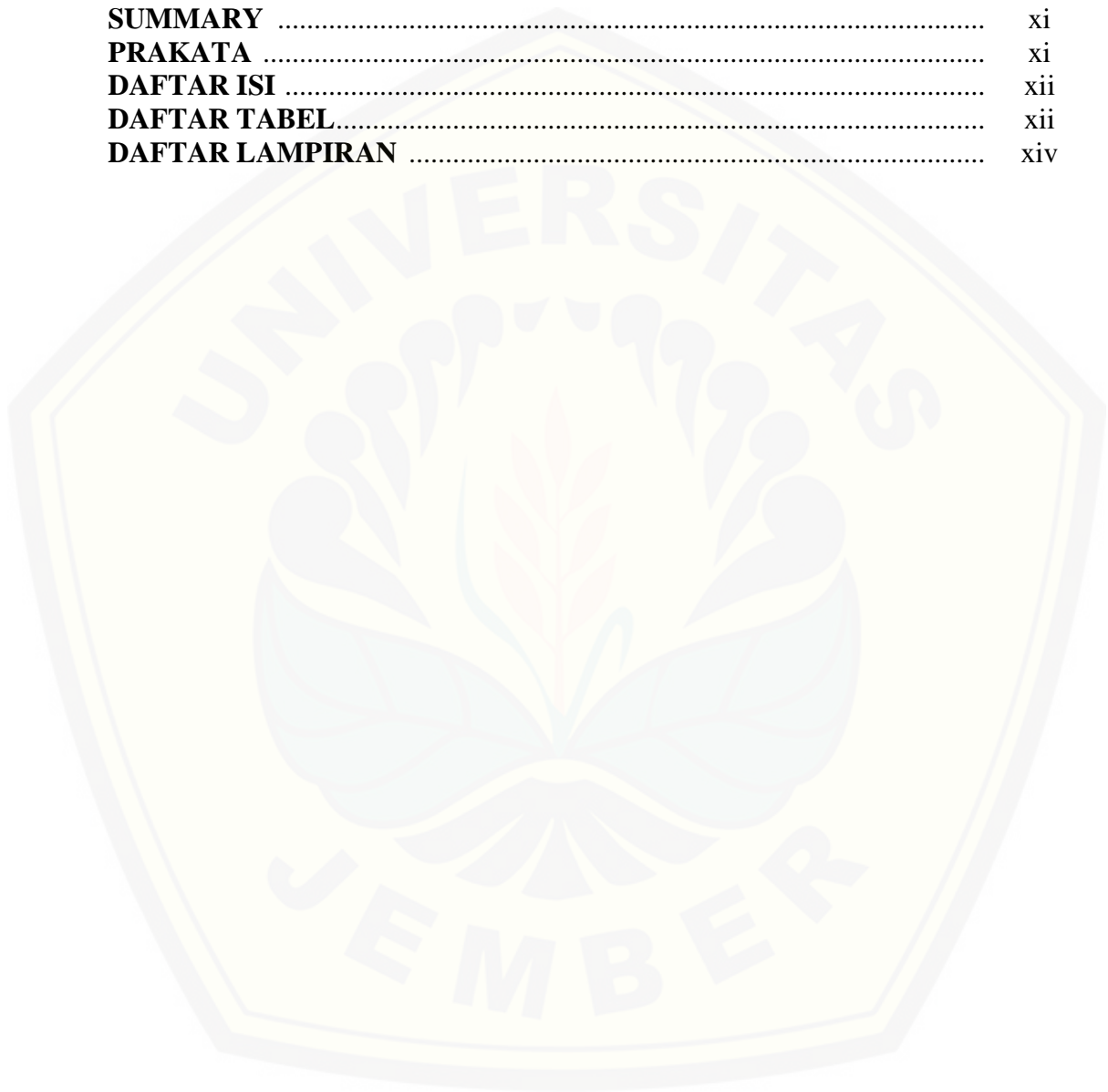
2.4.1 Definisi.....	46
2.4.2 Batasan Karakteristik	46
2.4.3 Intervensi.....	46
2.4.4 Implementasi	46
2.4.5 Evaluasi	47
BAB 3 Metode Penelitian	48
3.1 Desain Penulisan.....	48
3.2 Batasan Istilah	48
3.3 Partisipan	48
3.4 Lokasi dan Waktu	49
3.5 Pengumpulan Data	49
3.6 Etika Penulisan.....	49
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	50
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	50
4.2 Hasil Dan Pembahasan	50
4.2.1 Pengkajian	50
4.2.2 Analisa Data Asuhan Keperawatan Keluarga dan Diagnosa Keperawatan	87
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	89
4.2.4 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan.....	93
BAB 5 PENUTUP.....	97
5.1 Kesimpulan	97
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	97
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	97
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	97
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	97
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	97
5.2 Saran.....	97
5.2.1 Bagi Rumah Puskesmas	97
5.2.2 Bagi Klien dan Keluarga	98
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan	98
DAFTAR PUSTAKA	99
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Panduan Pemberian Obat Anti-Tuberculosis (OAT).....	13
Tabel 2.2	Skala Penentuan Prioritas.....	37
Tabel 4.1	Identitas Kepala Keluarga.....	50
Tabel 4.2	Komposisi Keluarga.....	51
Tabel 4.3	Genogram Keluarga 1	53
Tabel 4.4	Genogram Keluarga 2	53
Tabel 4.5	Tipe Keluarga.....	54
Tabel 4.6	Suku Bangsa.....	55
Tabel 4.7	Agama dan Kepercayaan Yang Mempengaruhi Kesehatan.....	55
Tabel 4.8	Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	56
Tabel 4.9	Aktivitas Rekreasi Keluarga	57
Tabel 4.10	Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	57
Tabel 4.11	Pegkajian Lingkungan.....	61
Tabel 4.12	Denah Rumah Keluarga 1	65
Tabel 4.13	Denah Rumah Keluarga 2	66
Tabel 4.14	Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW	67
Tabel 4.15	Mobilitas Geografis Keluarga	68
Tabel 4.16	Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.....	69
Tabel 4.17	Sistem Pendukung Keluarga	69
Tabel 4.18	Struktur Keluarga.....	69
Tabel 4.19	Fungsi Afektif	71
Tabel 4.20	Fungsi Sosial	72
Tabel 4.21	Fungsi Perawatan Kesehatan	74
Tabel 4.22	Stress dan Koping Keluarga.....	76
Tabel 4.23	Keadaan Gizi Keluarga	77
Tabel 4.24	Pemeriksaan Fisik	79
Tabel 4.25	Harapan Keluarga	82
Tabel 4.26	Pemeriksaan Fisik	84
Tabel 4.27	Analisa Data Asuhan Keperawatan Keluarga Keluarga	87
Tabel 4.28	Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga 1.....	89
Tabel 4.29	Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga 2.....	91
Tabel 4.30	Catatan Tindakan Keperawatan Dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga 1	93
Tabel 4.31	Catatan Tindakan Keperawatan Dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga 2	95

DAFTAR LAMPIRAN

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis sudah ada sejak zama Mesir kuno yang dibuktikan dengan penemuan pada mumi, dan penyakit ini juga ada pada kitab pengobatan Cina 'pen tsao' sekitar 500 tahun yang lalu. Pada tahun 1882 Robert Koch berhasil menemukan kuman tuberkulosis, yang merupakan penyebab penyakit ini. Kuman ini berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium Tuberculosis* (Widoyono, 2011).

Sebagian besar Negara-negara di dunia tidak berhasil mengendalikan penyakit Tuberkulosis. Hal ini disebabkan oleh rendahnya angka kesembuhan penderita yang berdampak pada tingginya penularan. Penyakit ini kembali menjadi perhatian dengan adanya fenomena ledakan kasus HIV/AIDS dan kejadian MDR (*Multidrug Resistance*). Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang menyerang berbagai organ atau jaringan tubuh. Tuberkulosis paru merupakan bentuk yang paling banyak dan paling penting (Widoyono, 2011).

WHO menyatakan 22 negara dengan beban Tuberkulosis tertinggi di dunia 50% berasal dari Negara-negara Afrika dan Asia serta Amerika (Brasil). Hampir semua Negara ASEAN masuk dalam kategori 22 negara tersebut kecuali Singapura dan Malaysia. Dari seluruh kasus di dunia, india menyumbang 30%, China 15%, dan Indonesia 10%. (Widoyono, 2011). Di Indonesia berdasarkan data Riskesdas (2013), prevelensi penduduk indonesia yang di diagnosis Tuberkulosis paru oleh tenaga kesehatan tahun 2013 adalah 0,4%, dengan 5 provensi dengan Tuberkulosis paru yang tertinggi adalah jawa barat (0,7%), papua (0,6%), DKI Jakarta (0,6%), Gorontalo (0,5%), Banten (0,4%). Proporsi penduduk dengan gejala Tuberkulosis paru batuk ≥ 2 minggu sebesar 3,9% dan batuk darah 2,8% (Najmah, 2016)

Data yang diperoleh dari profile lumajang jumlah pasien Tuberkulosis sejumlah 1.077 dengan 561 laki-laki dan 516 wanita dan 101 anak-anak (Profil Kesehatan Provinsi, 2014).

Dari hasil studi pendahuluan di Puskesmas Rogotruman pada tanggal 12 April 2017, diketahui data pasien Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman sejumlah 33 orang, wanita 14 orang dan laki-laki 18 orang dan 1 orang masih usia anak (Data Poli Kl₁ Puskesmas Rogotruman, 2017).

Tuberkulosis adalah suatu kit yang memiliki rentang kesembuhan yang lama, seorang didiagnosis tuberkulosis ini bisa disembuhkan dengan pengobatan teratur dan tidak mengalami putus obat. Pengobatan Tuberkulosis Indonesia sudah ada. Umumnya keluarga dengan tuberkulosis tidak hanya dirawat di rumah sakit melainkan dirumah dengan rutin minum obat, jika penderita tuberkulosis obat tidak sesuai jadwal maka bukan sembuh melainkan memperparah tuberkulosis tersebut.kontak rumah tangga untuk penularannya melalui jalan pernafasan. Walaupun mungkin terjadi jalur penularan lain kadang-kadang, tidak satupun yang penting. Basilus tuberkel di *secret* pernafasan membentuk *nuklei droplet*/tetesan kecil cairan yang dikeluarkan selama batuk, bersin, dan berbicara. Droplet keluar dalam jarak dekat dari mulut, dan sesudah itu basilus yang ada tetap berada di udara untuk waktu yang lama. Infeksi pada penjamu yang rentan terjadi bila terhirup sedikit basilus ini (Harrison, 2015).

Peran perawat keluarga sangat penting untuk mewujudkan keluarga dalam mengontrol pengobatan. Keluarga dilibatkan dalam seluruh aktifitas intervensi keperawatan. Hal ini dimaksudkan karena keluarga sebagai unit terkecil di masyarakat, dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam keluarga tersebut yang pada akhirnya mempengaruhi kesehatan masyarakat. Peran keluarga dalam hal ini adalah membantu pasien Tuberkulosis mendapatkan haknya untuk sehat dengan memfasilitasi keluarga meningkatkan pengetahuannya melalui pendidikan kesehatan tentang proses penyakit Tuberkulosis, penyuluhan tentang PMO, dan penyuluhan akibat putus pengobatan.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru pada Tn. Sa dan Tn. Sl dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik”?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru pada Tn. Sa dan Tn. Sl dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mengidentifikasi asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru pada Tn. Sa dan Tn. Sl dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian dapat memberikan pengalaman nyata bagi peneliti tentang proses asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru pada Tn. Sa dan Tn. Sl dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik.

1.4.2 Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal mengenai asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru pada Tn. Sa dan Tn. Sl dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik.

1.4.3 Bagi Keluarga

Memberikan manfaat kepada keluarga untuk lebih mengenal masalah tentang keefektifan pelaksanaan program terapeutik pada penderita Tuberkulosis Paru.

1.4.4 Bagi Institusi

Sebagai khasanah keilmuan keperawatan keluarga dan keperawatan medikal bedah pada perawatan keluarga dengan Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik.



BAB 2. LANDASAN TEORI

2.1 Konsep Tuberkulosis

2.1.1 Definisi

Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi (Rab, 2010). Dalam (Yasmara d. , 2016).

Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan kuman *Mycobacterium Tuberculosis*, suatu bakteri aerob tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara inhalasi partikel kecil (diameter 1-5 μm), yang mencapai alveolus, dropler tersebut keluar saat berbicara, batuk, tertawa, atau menyanyi (Black & Hawks, 2014). Dalam (Yasmara d. , 2016)

Tuberkulosis merupakan infeksi bakteri kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* dan ditandai oleh pembentukan granuloma pada jaringan yang terinfeksi oleh hipersensitivitas yang diperantai sel (*cell-mediated hypersensitivity*). Penyakit ini biasanya terletak di paru tetapi, dapat mengenai organ lain. (Harrison, 2015)

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh “*mycobacterium tuberculosis*”. Kuman ini dapat menyerang semua bagian tubuh manusia, dan yang paling sering terkena adalah organ paru 90% (PPTI, 2004).

2.1.2 Etiologi

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

Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut **basil tahan asam**

(BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik. Kuman tuberkulosis tahan dalam keadaan kering dan dingin, bakteri ini mati pada pemanasan 100 °C selama 5-10 menit atau pemanasan 60°C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-90% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama ditempat yang lembab dan gelap, namun tidak tahan sinar atau aliran udara. (Widoyono, 2011)

2.1.3 Patofisiolog

Proses infeksi penyakit Tuberkulosis dibagi menjadi dua yaitu infeksi primer dan infeksi sekunder. Infeksi primer adalah waktu pertama kali terinfeksi Tuberkulosis. Kuman Tuberkulosis yang dibatukkan/ dibersinkan akan menghasilkan droplet nuclei dalam udara, sifat kuman Tuberkulosis dalam udara bebas dapat bertahan 1-2 jam (bergantung pada sinar ultraviolet/ sinar UV, ventilasi dan kelembapan dalam suasana lembab dapat tahan berhari-hari bahkan berbulan-bulan). Oleh karena sifat kuman Tuberkulosis ini tidak tahan terhadap sinar ultraviolet maka penularan sering terjadi pada malam hari. Kuman Tuberkulosis terhisap orang sehat, kemudian menempel pada saluran napas dan jaringan paru, kuman Tuberkulosis dapat masuk ke alveoli jika ukuran kurang dari 5 µm, maka neutrofil dan makrofag akan bekerja dalam hitungan jam untuk memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut.

Kuman Tuberkulosis ini tumbuh lambat dan membelah diri setiap 18-24 jam pada suhu yang optimal, dan berkembangbiak pada tekanan oksigen 140 mmH₂O di paru. Kuman Tuberkulosis yang berada dalam makrofag akan mengalami proliferasi, pada akhirnya proliferasi ini akan menyebabkan lisis makrofag. Makrofag tersebut kemudian bermigrasi ke dalam aliran limfatik dan mempresentasikan antigen *M. tuberculosis* pada limfosit T. Limfosit T CD4 merupakan sel yang memainkan peran penting dalam respon imun, sedangkan limfosit T CD8 memiliki peran penting dalam proteksi terhadap Tuberkulosis. Peran limfosit T CD4 menstimulasi pembentukan fagolisosom pada makrofag yang terinfeksi dan memaparkan kuman pada lingkungan yang sangat asam, selain itu juga limfosit T CD4 menghasilkan dinitrogen oksida yang mampu menyebabkan destruktif oksidatif pada bagian-bagian kuman, mulai dari

dinding sel hingga DNA. Selain menstimulasi makrofag untuk membunuh kuman Tuberkulosis, sel limfosit T CD4 juga merancang pembentukan granuloma dan nekrosis kaseosa. Granuloma terbentuk bila penderita memiliki respon yang baik walaupun sebagian kecil mikobakterium hidup dalam granuloma dan menetap ditubuh manusia dalam jangka waktu yang lama. Granuloma membatasi penyebaran dan multiplikasi kuman dengan membentuk jaringan fibrosis yang mengelilingi granuloma (focus primer). Focus primer yang mengalami kalsifikasi bersama pembesaran nodus limfa disebut kompleks Gohn. Lesi ini dapat sembuh sama sekali tanpa cacat, dapat berkomplikasi dan menyebar, dan dapat sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas garis-garis fibrotic, kalsifikasi di hilus dan lesi pneumonia yang luasnya lebih dari 5 mm, 10 % diantaranya dapat terjadi reaktivitas lagi karena kuman yang dormant, yang merupakan cikal bakal Tuberkulosis sekunder (Black & Hawks, 2014; Rab, 2010; Price & Wilson 2006). Berbagai factor risiko mempengaruhi perkembangan Tuberkulosis paru, di antaranya: 1. Pecandu alkohol. Pada pasien pecandu alkohol yang memiliki kelainan pada hati akan mengalami penurunan pada limfosit. 2. Infeksi HIV, pada pasien yang terinfeksi HIV terjadi penurunan dan disfungsi limfosit T CD4 secara progresif disertai dengan terjadinya defek fungsi makrofag dan monosit. 3. Diabetes mellitus (DM). Pada pasien DM dengan kadar gula yang tinggi akan memicu terjadinya defek imunologis yang akan menurunkan fungsi neutrofil, monosit maupun limfosit. 4. Kemiskinan diidentikkan dengan keadaan malnutrisi, keadaan malnutrisi menurunkan resistansi terhadap infeksi, karena produksi antibodi oleh tubuh berkurang sehingga dapat disimpulkan bahwa semua factor resiko Tuberkulosis menurunkan fungsi imun tubuh yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap kuman Tuberkulosis (Yasmara d. , 2016).

2.1.4 Manifestasi Klinis

a. Demam

Demam menyerupai demam influenza. Panas dapat mencapai 40-41 °C. Demam dipengaruhi berat ringannya infeksi kuman tuberculosis dan daya tahan tubuh penderita.

b. Kadang nyeri dada pleuritik

Nyeri dada timbul apabila sistem pernafasan di pleura terkena.

c. Keringat malam hari

d. Penurunan berat badan

e. Anoreksia

f. Malaise umum

g. Kelemahan dan keletihan (Wahid, 2013)

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

b. Hematologi

- 1) Lekosit tinggi (leukositosis)
- 2) HB menurun
- 3) BBS/LED, meningkat/tinggi
- 4) Eritrosit, menurun bila kronis

c. Sputum

Untuk pemeriksaan sputum pengumpulan sampel dahak minimal 3 kali dengan rumus S-P-S yaitu Sewaktu- Pagi- Sewaktu dan dikumpulkan dalam waktu dua hari.

Sewaktu Hari ke-1: Dahak dikeluarkan saat berkunjung ke klinik, kemudian akan diberi pot dahak saat pulang untuk pagi hari berikutnya

Pagi hari ke-2: Mengumpulkan dahak pada pagi hari ke-2 segera setelah bangun tidur dan bawa ke lab

Sewaktu hari ke-2 : Kumpulkan spesimen ke-3 di lab saat kembali ke lab di hari ke-2 dengan membawa dahak pagi.

Mungkin saja pengambilan sampel dahak akan diulang jika: pemeriksaan mikroskopik diragukan atau pasien tidak melengkapi pengumpulan spesimen sputumnya dalam waktu 2 minggu dari pengumpulan sebelumnya. Sampel dahak juga akan ditolak jika tertampung bukan dahak melainkan cairan ludah atau nasal mukus.

Pembacaan hasil pemeriksaan sediaan dahak dilakukan dengan menggunakan skala IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases) sebagai berikut:

- a) Tidak ditemukan BTA dalam 100 lp disebut negatif, ditemukan 1-9 BTA dalam 100 lp, ditulis jumlah kuman yang ditemukan.
- b) Ditemukan 10-99 BTA dalam 100 lp disebut + (1+)
- c) Ditemukan 1-10 BTA 1lp, disebut ++ atau (2+) minimal dibaca 50 lp.
- d) Ditemukan >10 BTA dalam 1lp, disebut +++ atau (3+) minimal dibaca 20 lp.
- d. Faeses/urine, basil/positif
- e. Radiologi
 - 1) Berupa bercak-bercak seperti awan dan dengan batas-batas yang tidak jelas.
 - 2) Pada kavitas bayangannya berupa cincin yang mula-mula ber dinding tipis, lama-lama dinding jadi sklerotik dan terlihat menebal.
 - 3) Adanya penebalan pleura, masa cairan dibagian bawah paru (efusi pleura/empiema), bayangan hitam radio-lusen dipinggir paru/pleura.
- f. Photo torak, menunjukan adanya:
 - 1) Koh pulmona aktif
 - 2) Adanya jaringan parut/fibrosis
 - 3) Gambaran keruh (wahid, 2013)

2.1.6 Proses Penularan

Tuberculosis tergolong airborne disease yakni penularan melalui *droplet nuclei* yang dikeluarkan ke udara oleh individu terinfeksi dalam fase aktif. Setiap kali penderita ini batuk dapat mengeluarkan 3000 *droplet nuclei*. Penularan umumnya terjadi di dalam ruangan dimana *droplet nuclei* dapat tinggal di udara dalam waktu

lebih lama dibawah sinar matahari langsung basil tuberkel mati dengan cepat tetapi dalam ruang yang gelap lembab dapat bertahan sampai beberapa jam. Dua faktor penentu keberhasilan pemaparan Tuberkulosis pada individu baru yakni konsentrasi *droplet nuclei* dalam udara yang terkontaminasi tersebut disamping daya tahan tubuh yang bersangkutan. Disamping penularan melalui saluran nafas (paling sering), *mycobacterium tuberculosis* juga dapat masuk ke dalam tubuh melalui saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit (lebih jarang) (Widoyono, 2011).

2.1.6 Pencegahan Penyakit Tuberculosis Paru

- a. Cara pencegahan penyakit Tuberkulosis:
- b. Hidup sehat (makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, olahraga teratur, hindari rokok, alkohol, obat bius, hindari stress).
- c. Bila batuk mulut ditutup
- d. Jangan meludah disembarang tempat
- e. Lingkungan sehat
- f. Vaksinasi pada bayi
- g. Pencegahan penularan
- h. Pencegahan Penularan di Rumah:
 - 1) Jika berbicara tidak berhadapan
 - 2) Bila batuk mulut ditutup dan tidak meludah disembarang tempat (ludah ditutupi dengan tanah atau meludah ke tissue).
 - 3) Peralatan makan harus disendirikan
 - 4) Ventilasi dan pencahayaan harus memenuhi syarat (Widoyono, 2011).

2.1.7 Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan farmakologi
 - 1) Berikan obat *Isoniazid* (INH), diberikan per oral dengan dosis 300 mg per hari atau 900 mg satu, dua, atau tiga kali per minggu.
 - 2) Berikan *Rifampin* (RMP) diberikan per oral dengan dosis 600 mg per hari atau dua atau tiga kali per minggu.

- 3) Berikan *Pirazinamid* (PZA) diberikan per oral dengan dosis 1 g hingga 2g per hari; atau 2 g hingga 4 g dua kali per minggu.
- 4) Berikan *Etambutol* (EMB) diberikan per oral dengan dosis 800 mg hingga 1600 mg per hari; atau 2 g hingga 4 g dua kali per minggu.
- 5) Berikan *Streptomisin* (SM) diberikan melalui *Intramuscular*; 15 mg/kg, hingga 1 g per hari; atau 25 hingga 30 mg/kg dua kali per minggu. (Burke, 2016)

a) Katagori pengobatan Tuberkulosis Paru

Untuk program nasional pemberantasan Tuberkulosis Paru. WHO menganjurkan panduan pengobatan sesuai dengan katagori penyakit. Katagori diurutkan berdasarkan kebutuhan pengobatan dalam program. Untuk itu, penderita dibagi dalam empat katagori sebagai berikut:

(1) KATAGORI I

Katagori I adalah kasus baru dengan sputum positif dan penderita dengan keadaan yang berat seperti meningitis, Tuberkulosis milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis masif dan bilateral, spondialitis dengan gangguan neurologis dan penderita dengan sputum negatif tetapi kelainan parunya luas, Tuberkulosis asus, Tuberkulosis saluran perkemihan dan sebagainya.

Dimulai dengan fase 2 HRZS (E) obat diberikan setiap hari selama dua bulan. Bila selama dua bulan sputum menjadi negatif, maka dimulai fase lanjutan. Bila setelah dua bulan sputum masih tetap positif, maka fase intensif diperpanjang 2-4 minggu lagi (dalam program P2TB Depkes diberikan satu bulan dan dikenal sebagai obat sisipan). Kemudian dilanjutkan dengan fase lanjutan tanpa melihat apakah sputum sudah negatif atau belum. Fase lanjutannya adalah 4 HR atau 4H3R3. Pada penderita meningitis, Tuberkulosis milier, spondiolitis dengan kelainan neurologis. Fase lanjutan diberikan lebih lama, yaitu 6-7 bulan hingga total pengobatan 8-9 bulan. Sebagai panduan alternatif pada fase lanjutan ialah 6HE.

(2) KATAGORI II

Fase ke II adalah kasus kambuh atau gagal dengan sputum tetap positif. Fase intensif dalam bentuk 2 HRZES-1 HRZE. Bila setelah fase intensif sputum menjadi

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

Bila penderita mempunyai data resisten sebelumnya dan ternyata bakteri masih sensitif terhadap semua obat dan setelah fase intensif sputum menjadi negatif maka fase lanjutan dapat diubah seperti katagori I dengan pengawasan ketat. Bila data menunjukkan resistensi terhadap H atau R, maka fase lanjutan harus diawasi dengan ketat. Tetapi jika data menunjukkan resistensi terhadap H atau R, maka kemungkinan keberhasilan pengobatan kecil. Fase lanjutan 5 H3R3E3 bila dapat dilakukan pengawasan atau 5HRE bila tidak dapat dilakukan pengawasan.

(3) KATAGORI III

Katagori III adalah kasus dengan sputum negatif tetapi kelainan perlunya tidak luas dan kasus Tuberkulosis di luar paru selain yang disebut dalam katagori 1. Pengobatan yang diberikan:

- a. HRZ/6 HF
- b. 2HRZ/4 HR
- c. 2HRZ/4 H3R3

(4) KATAGORI IV

Katagori IV adalah Tuberkulosis kronis. Prioritas pengobatan rendah karena kemungkinan keberhasilan pengobatan kecil sekali. Untuk negara kurang mampu dari segi kesehatan masyarakat, dapat diberikan H saja seumur hidup. Untuk negara maju atau pengobatan secara individu (penderita mampu), dapat dicoba pemberian obat berdasarkan uji resisten atau obat lapis kedua seperti Quinolon, Ethioamide, sikloserin, amikasin, kanamisin, dan sebagainya.

Tabel 2.1 Panduan Pemberian Obat Anti-Tuberculosis (OAT) (Muttaqin, 2011).

Obat anti-TB Esensial	Aksi	Potensi	Rekomendasi dosis (mg/kgBB)		
			Per hari	Per minggu	
				3x	2x
Isoniazid (INH)	Bakterisidal	Tinggi	5	10	15
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Tinggi	10	10	10
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Rendah	25	35	50
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Rendah	15	15	15
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	Rendah	15	30	45

Obat tuberculosis harus diminum oleh penderita secara rutin selama enam bulan berturut-turut tanpa henti. Kedisiplinan pasien dalam menjalankan pengobatan juga perlu diawasi oleh anggota keluarga terdekat yang tinggal serumah, yang setiap saat dapat mengingatkan penderita untuk minum obat. Apabila pengobatan terputus tidak sampai enam bulan, penderita sewaktu-waktu akan kambuh kembali penyakitnya dan kuman tuberculosis menjadi resisten sehingga membutuhkan biaya besar untuk pengobatannya (Hiswani, 2006) dalam (Sarwani, 2012).

Beberapa faktor yang harus diperhatikan yang sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan, seperti lamanya waktu pengobatan, kepatuhan serta keteraturan penderita untuk berobat, daya tahan tubuh, juga faktor sosial ekonomi penderita yang tidak kalah pentingnya (Situmeang, 2004) dalam (Sarwani, 2012).

Pengobatan yang terputus ataupun tidak sesuai dengan standar DOTS juga dapat berakibat fatal yaitu pada munculnya kasus kekebalan multi terhadap OAT yang memunculkan jenis kuman TB yang lebih kuat, yang dikenal dengan *Multi Drug Resistant* (MDR-TB).

Pengobatan MDR-TB membutuhkan biaya yang lebih mahal dan waktu yang lebih lama dengan keberhasilan pengobatan yang belum pasti (Depkes RI, 2009) dalam (Sarwani, 2012).

b. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

1) Dukungan Kepatuhan Terhadap Regimen Terapi

- a) Jelaskan bahwa Tuberculosis adalah penyakit menular dan bahwa meminum obat adalah cara paling efektif dalam mencegah *tranmisi*.

- b) Jelaskan tentang *medikasi*, jadwal, dan efek samping, pantau efek samping obat anti-Tuberkulosis.
 - c) Intruksikan tentang risiko resistensi obat jika regimen medikasi tidak dijalankan dengan ketat.
 - d) Pantau tanda-tanda vital dengan saksama dan observasi lonjakan suhu atau perubahan status klinis pasien.
- 2) Memberikan posisi semi fowler
 - 3) Mengajarkan metode batuk efektif
 - 4) Memberikan inhalasi tradisional dengan menghirup air mendidih yang telah ditetesi minyak penghangat, misalnya minyak kayu putih. Penguapan sederhana ini berfungsi untuk melonggarkan saluran napas.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 1998).

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahannkan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Achjar, 2012).

2.2.2 Karakteristik Keluarga

- a. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.

- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, anak, kakak, adik.
- d. Mempunyai tujuan yaitu: menciptakan dan memperhatikan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota (Gusti, 2013).

2.2.3 Struktur Keluarga

a. Patrilineal

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

b. Matrilineal

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

c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga Kawinan

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri (Gusti, 2013).

2.2.4 Ciri-ciri Struktur Keluarga

- a. Terorganisasi adalah: saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan adalah: setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan adalah: setiap anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi masing-masing (Gusti, 2013).

2.2.5 Tipe-Tipe Keluarga

a. Tipe Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga inti (*Nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*Extented family*) adalah keluarga inti yang ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara, sepupu, dll).
- 3) Keluarga bentukan kembali (*Dyadic family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah bercerai atau kehilangan pasangannya.
- 4) Orang tua tunggal (*single parent family*) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
- 5) *The Single adult living alone* adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.
- 6) *The unmarried teenage mother* adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.
- 7) Keluarga usila (*Niddle age / Aging couple*) adalah suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah / perkawinan / meniti karir.

b. Tipe Keluarga Non Tradisional

- 1) *Commune family* adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- 2) Orang tua (ayah, ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- 3) Homoseksual adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga (Gusti, 2013).

2.2.6 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut 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 yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisai tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, membentuk nilai dan norma yang diyakini anakyang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anakyang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap social dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru 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 yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru. Tuberkulosis Paru sering terjadi pada masyarakat dengan ekonomi bawah karena berkaitan dengan gizi.

e. Fungsi Biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditunjukkan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membebaskan anak yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f. Fungsi Psikologis

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru dan memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan pada anggota keluarga yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, keterampilan pada anggota keluarga yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, membentuk perilaku anak yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

2.2.7 Tahap Dan Tugas Perkembangan Keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985), Carter & Mc Goldrick (1988), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

- b. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

- c. Tahap III, keluarga dengan anak prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, komunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencangkup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang dapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbarui hubungan perkawinan, membantu orang tua

lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antar orang tua dan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggal anak.

g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetapi menjaga komunikasi dengan anak-anak.

h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pension dan lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti olahraga, berkebun, dan mengasuh cucu.

2.2.8 Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat peninjauan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

- a. Keluarga mengenal masalah kesehatan Tuberkulosis Paru, termasuk bagaimana persepsi keluarga tingkat keparahan penyakit Tuberkulosis Paru, penyakit Tuberkulosis Paru, tanda dan gejala Tuberkulosis Paru, faktor penyebab Tuberkulosis Paru dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat, dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga,

keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.

- c. Keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya Tuberkulosis Paru, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan Tuberkulosis Paru, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit Tuberkulosis Paru.
- d. Keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya *hygiene* sanitasi bagi keluarga yang memiliki penyakit Tuberkulosis Paru, upaya pencegahan penyakit Tuberkulosis Paru yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga dengan anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru.
- e. Keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan pelayanan kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Widyanto, 2014).

2.2.9 Tingkat Kemandirian Keluarga

Keberhasilan asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan perawat keluarga, dapat dinilai dari seberapa tingkat kemandirian keluarga dengan mengetahui kriteria atau ciri-ciri yang menjadi ketentuan tingkat mulai dari tingkat kemandirian I sampai IV, menurut Dep-Kes (2006) sebagai berikut:

- a. Tingkat kemandirian I (keluarga mandiri tingkat I / KM-I)
 - 1) Menerima petugas Perawat Kesehatan Masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

- b. Tingkat kemandirian II (keluarga mandiri tingkat II / KM-II)
 - 1) Menerima petugas Perawat Kesehatan Masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkap masalah kesehatan yang benar.
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan.
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- c. Tingkat kemandirian III (keluarga mandiri tingkat III / KM-III)
 - 1) Menerima petugas Perawat Kesehatan Masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkap masalah kesehatan yang benar.
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan.
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
 - 6) Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
- d. Tingkat kemandirian IV (keluarga mandiri tingkat IV / KM-IV)
 - 1) Menerima petugas Perawat Kesehatan Masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkap masalah kesehatan yang benar.
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan.
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
 - 6) Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
 - 7) Melakukan tindakan promotif secara aktif.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik

Keluarga sebagai unit pelayanan perawatan, sebab keluarga sebagai unit utama dari masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan bermasyarakat. Keluarga sebagai kelompok dapat menimbulkan, mencegah,

mengabaikan, atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, penyakit yang diderita satu anggota keluarga akan mempengaruhi keluarga tersebut, karena keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagi usaha-usaha kesehatan masyarakat. Perawat dapat menjangkau masyarakat hanya melalui keluarga, dalam memelihara keluarga sebagai individu, keluarga tetap berperan dalam mengambil keputusan dalam pemeliharaannya, keluarga merupakan lingkungan yang serasi untuk mengembangkan potensi setiap individu dalam keluarga. Tujuan perawatan kesehatan keluarga adalah memungkinkan keluarga untuk mengelola masalah kesehatan, mempertahankan fungsi keluarga, melindungi, dan memperkuat pelayanan masyarakat tentang perawatan kesehatan.

2.3.1 Tanggung Jawab Perawat dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Perawat yang melakukan pelayanan keperawatan dirumah mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:

1) Memberikan pelayanan secara langsung

Pelayanan keperawatan meliputi: pengkajian fisik atau psikososial, menunjukkan pemberian tindakan secara terampil, dan memberikan intervensi. Adanya kerjasama dari keluarga, keluarga, dan perawat sebagai pemberi perawatan utama di keluarga pada tahap perencanaan sangat penting. Hal ini bermanfaat untuk menjaga kesinambungan perawatan selama perawat tidak berada di rumah merupakan tanggung jawab dari keluarga. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan menjadi intervensi yang utama dalam perawatan di rumah.

2) Dokumentasi

Pendokumentasian yang dilakukan selama perawatan di rumah bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru sangat penting untuk melihat kemajuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya.

3) Koordinasi antara pelayanan dan manajemen kasus

Perawat bertanggungjawab untuk mengkoordinasi para profesional lain dalam memberikan pelayanan kepada anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis

Paru. Fokus peran perawat menjadi manajer kasus adalah kemampuan untuk mengkaji kebutuhan anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, mengidentifikasi cara memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis, dan mengimplementasikan rencana yang telah disusun bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru.

4) Menentukan frekuensi dan lama perawatan

Frekuensi kunjungan adalah kekerapan kunjungan bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru yang dilakukan selama periode waktu tertentu, sedangkan lama perawatan adalah lamanya waktu perawatan yang di rumah bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru.

5) Advokasi

Peran perawat sebagai penasihat berhubungan dengan masalah pembayaran yang terkait dengan pelayanan yang diberikan bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru.

2.3.2 Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru. Tahap dari proses keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian keluarga dan individu di dalam keluarga.

Pengkajian keluarga dilakukan dengan cara mengidentifikasi data demografi, data sosial kultur, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping yang digunakan keluarga, serta perkembangan keluarga. Sedangkan pengkajian terhadap individu sebagai anggota keluarga meliputi: pengkajian fisik, mental, emosi, sosial, dan spiritual.

b. Tahap pengkajian

Pengkajian adalah tahapan perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dipergunakan mengkaji status keluarga bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru.

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

1) Data umum

Nama kepala keluarga bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, umur, alamat dan telepon jika ada, pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga atas nama atau inisial, jenis kelamin, tanggal lahir dan umur, hubungan dengan kepala keluarga, status iminisasi BCG dari masing-masing keluarga, dan genogram (genogram keluarga dalam tiga generasi). Jika ada anggota keluarga yang masih bayi anjurkan iminisasi BCG. Jika terdapat anggota keluarga yang meninggal tanyakan apakah meninggal karena sakit Tuberkulosis Paru.

a) Tipe keluarga bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, menjelaskan jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut. Menjadi potensi tinggi pada tipe Keluarga Besar terjadi penularan Tuberkulosis Paru.

b) Suku bangsa atau latar Belakang Budaya (Etnik) bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis, mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku bangsa terkait dengan kesehatan:

(1) Latar belakang etnik keluarag atau anggota keluarga.

(2) Tempat tinggal keluarga bagaimana (uraikan bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnik bersifat homogen).

(3) Kegiatan-kegiatan social budaya, rekreasi, dan pendidikan.

(4) Apakah kegiatan-kegiatan ini ada dalam kelompok kultur atau budaya keluarga.

(5) Kebiasaan-kebiasaan diet dan berbusana, baik tradisional maupun modern.

(6) Bahasa yang digunakan di dalam keluarga (rumah).

(7) Penggunaan jasa pelayanan kesehatan keluarga dan praktisi. Apakah keluarga mengunjungi praktik, terlibat dalam praktik-praktik pelayanan kesehatan tradisional, atau mempunyai kepercayaan tradisional dalam bidang kesehatan.

c) Agama anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, mengkajian agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti:

- (1) Apakah ada anggota keluarga yang berbeda dalam keyakinan beragamanya.
 - (2) Bagaimana keterlibatan keluarga dalam kegiatan agama atau organisasi keagamaan.
 - (3) Agama yang dianut oleh keluarga.
 - (4) Kepercayaan- kepercayaan dan nilai-nilai keagamaan yang dianut dalam kehidupan keluarga, terutama dalam hal kesehatan.
- d) Status sosial ekonomi keluarga bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status social ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang ynag dimiliki oleh keluarga seperti:
- (1) Jumlah pendapatan per bulan.
 - (2) Sumber-sumber pendapatan per bulan.
 - (3) Jumlah pengeluaran per bulan.
 - (4) Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan keluarga. Tuberkulosis Paru sering terjadi pada masyarakat dengan ekonomi bawah karena berkaitan dengan gizi.
- c. Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luangbagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis, rekreasi keluarga tidak hnaya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi, selain itu perlu dikaji pula penggunaan waktu luang atau senggang keluarag.
- d. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru.

Tahap perkembangan keluarga adalah pengkajian keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga. Menurut Duvall, tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tetua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tahap perkembangan keluarga. Sedangkan riwayat keluarga adalah mengkaji riwayat kesehatan keluarga inti dan riwayat kesehatan keluarga.

a. Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik Rumah

- b) Gambaran tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, sewa kamar, kontrak atau lainnya). Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa untuk tempat tinggal.
- c) Gambaran kondisi rumah meliputi bagian interior dan eksterior. Interior rumah meliputi: jumlah kamar dan tipe kamar (kamar tamu, kamar tidur), penggunaan-penggunaan kamar tersebut, dan bagaimana kamar tersebut diatur (pencahayaannya yang cukup dan adanya jendela yang bisa dibuka dipagi hari dan ditutup sore hari). Bagaimana kondisi dan kecukupan perabot, penerangan pemasangan genteng kaca, ventilasi (jendela harus dibuka setiap hari agar ada sirkulasi udara), lantai (menjaga kebersihan lantai), tangga rumah, susunan, dan kondisi bangunan tempat tinggal. Termasuk perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah tempat tinggalnya, apakah keluarga menganggap rumahnya memadai bagi mereka. Syarat rumah yang baik untuk penderita tuberkulosis adalah rumah yang memiliki ventilasi/jendela 10% dari luas rumah. Karena ventilasi sangat penting untuk sirkulasi udara keluar masuk bagi rumah penderita tuberkulosis untuk membunuh bakteri *microbacterium*.
- d) Dapur, suplai air minum, penggunaan alat masak, apakah ada fasilitas pengaman bahaya kebakaran
- e) Kamar mandi, sanitasi, air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk
- f) Kamar tidur, bagaimana pengaturan kamar tidur. Apakah memadai bagi anggota keluarga dengan pertimbangan usia mereka, hubungan, dan kebutuhan-kebutuhan khusus mereka lainnya
- g) Kebersihan dan sanitasi rumah, apakah banyak serangga-serangga kecil (khususnya didalam), dan masalah-masalah sanitasi yang diakibatkan binatang-binatang peliharaan lainnya seperti ayam, kambing, kerbau, dan hewan peliharaan lainnya. Adanya tempat khusus pembuangan sputum Tuberkulosis Paru yang ada tutupnya serta pembuangan yang benar.

h) Pengaturan privasi. Bagaimana dengan perasaan keluarga terhadap pengaturan privasi rumah mereka memadai atau tidak. Termasuk bahaya-bahaya terhadap keamanan rumah atau lingkungan.

i) Perasaan secara keseluruhan dengan pengaturan dan penataan rumah mereka.

1) Mobilitas Geografi Keluarga

Mobilitas geografi keluarga yang ditentukan, lama keluarga tinggal di daerah ini, atau apakah sering mempunyai kebiasaan berpindah-pindah tempat tinggal.

a) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.

b) Sistem Pendukung Keluarga meliputi:

(1) Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan meliputi fasilitas fisik psikologis.

(2) Sumber dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan masyarakat setempat, lembaga pemerintah, maupun swasta/LSM.

(3) Jaminan pemeliharaan

c) Struktur Keluarga meliputi:

(1) Pola-pola komunikasi keluarga.

(2) Struktur kekuatan keluarga

Keputusan dalam keluarga, siapa yang membuat, yang memutuskan dalam penggunaan keuangan, pengambil keputusan dalam pekerjaan atau tempat tinggal, serta siapa yang memutuskan kegiatan dan kedisiplinan anak-anak

2) Model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan keluarga dalam membuat keputusan

3) Struktur peran, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal

4) Peran formal, posisi dan peran formal pada setiap anggota keluarga (gambarakan bagaimana setiap keluarga melakukan peran masing-masing) dan apakah ada konflik peran dalam keluarga

5) Peran informal, adakah peran informal dalam keluarga, siapa yang memainkan peran tersebut, berapa kali dan bagaimana peran tersebut dilaksanakan secara konsisten

6) Analisa model peran,

siapa yang menjadi mode dalam menjalankan peran di keluarga, apakah status social mempengaruhi pembagian peran keluarga, apakah budaya masyarakat, bagaimana agama mempengaruhi pembagian peran keluarga, apakah peran yang dijalankan sesuai tahap perkembangannya, bagaimana masalah kesehatan mempengaruhi peran keluarga, adakah peran keluarga, bagaimana anggota keluarga menerima peran baru, respons keluarga yang sakit terhadap perubahan peran atau hilangnya peran, serta apakah ada konflik terhadap peran.

d) Struktur Nilai atau Norma Keluarga Memiliki Penyakit Tuberkulosis Paru

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas. Apakah sesuai dengan nilai norma yang dianut, seberapa penting nilai yang dianut, apakah nilai yang dianut secara sadar atau tidak, apakah konflik nilai yang menonjol dalam keluarga, bagaimana kelsa social keluarga, bagaimana latar belakang budaya yang mempengaruhi nilai-nilai keluarga, serta bagaimana nilai-nilai keluarga mempengaruhi status kesehatan keluarga.

e) Fungsi Keluarga

(1) Fungsi Afektif

Pola kebutuhan keluarga. Apakah anggota keluarga merasakan kebutuhan individu lain dalam keluarga, apakah orang tua mampu menggambarkan kebutuhan mereka, bagaimana psikologis keluarganya, apakah setiap anggota keluarga memiliki orang yang dipercaya dalam keluarga, apakah dalam keluarga saling menghormati satu sama lainnya, dan apakah setiap anggota keluarga sensitive terhadap persoalan individu 2) Mengkaji gambaran diri anggota keluarga. Perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan pada keluarga, serta keluarga mengembangkan sikap saling menghargai 3) Keterpisahan dan keterkaitan. Bagaimana keluarga menghadapi keterpisahan dengan anggota keluarga lain, apakah keluarga meras ada keterkaitan yang erat antara anggota keluarga yang satu dengan anggota keluarga yang lain.

(2) Fungsi sosialisasi: a. Tanyakan, apakah ada otonomi setiap anggota dalam keluarga b. Apakah saling ketergantungan c. Siapa yang bertanggung jawab dalam membesarkan anak atau fungsi sosialisasi d. Adakah faktor sosial budaya yang

mempengaruhi pola-pola membesarkan anak e. Apakah keluarga mempunyai masalah dalam mengasuh anak f. Apakah lingkungan rumah cukup memadai bagi anak-anak untuk bermain sesuai dengan tahap perkembangannya g. Apakah ada peralatan atau permainan anak yang cocok dengan usianya.

(3) Fungsi Perawatan Kesehatan pada Anggota Keluarga Tuberkulosis Paru

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai konsep sehat sakit. Kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga, diantaranya adalah sebagai berikut.

Mengenal masalah kesehatan. Sejauh mana keluarga mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi: pengertian Tuberkulosis Paru, tanda dan gejala Tuberkulosis Paru, penyebab Tuberkulosis Paru, serta yang mempengaruhi persepsi keluarga terhadap masalah Tuberkulosis Paru.

f) Keyakinan, nilai, dan perilaku keluarga, meliputi: 1) Nilai yang dianut terkait kesehatan 2) Apakah keluarga konsisten menerapkan nilai-nilai tersebut 3) Bagaimana perilaku semua anggota keluarga dalam mendukung peningkatan kesehatan.

g) Konsep dan Pengetahuan Keluarga tentang Konsep Sehat Sakit: 1) Bagaimana keluarga mendefinisikan sehat dan sakit bagi anggota keluarga 2) Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda dan gejala pada anggota keluarga yang sakit 3) Sumber-sumber informasi yang diperoleh keluarga dalam kesehatan 4) Masalah kesehatan yang dianggap serius dalam keluarga dan tindakan apa yang diambil.

1) Praktik diet keluarga: 1) Pengetahuan keluarga tentang makanan yang bergizi 2) Riwayat pola makan keluarga 3) Bagaimana cara keluarga menyiapkan makanan. Keluarga menyiapkan makanan dengan digoreng, direbus, dipanggang, dimasak, atau disajikan mentah 4) Jenis makanan yang dikonsumsi keluarga setiap hari dan cara menyimpannya 5) Bagaimana jadwal makan keluarga (utama dan selingan) 6) Siapa anggota keluarga yang bertanggung jawab terhadap perencanaan, belanja dan menyiapkan makanan 7) Kebiasaan tidur dan istirahat. Waktu tidur keluarga,

kecukupan, adakah kesulitan tidur, dan diman tempat keluarga tidur 8) Latihan dan rekreasi.

2) Kebiasaan Penggunaan Obat-obatan Tuberkulosis Paru dalam Keluarga: 1) Kebiasaan penggunaan alcohol, tembakau, dan kopi 2) Kebiasaan keluarga menggunakan obat-obatan tanpa resep atau dengan resep 3) Kebiasaan keluarga menyimpan obat-obatan dalam jangka waktu lama dan menggunakan kembali 4) Kebiasaan menyimpan obat Tuberkulosis Paru dan memberi label .

3) Peran Keluarga dalam Praktik Perawatan Diri pada Anggota Keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru: 1) Apa yang keluarga lakukan untuk memperbaiki status kesehatan 2) Apa yang keluarga lakukan untuk mencegah sakit atau penyakit 3) Siapa yang berperan mengambil keputusan dalam hal kesehatan keluarga 4) Pengetahuan keluarga tentang cara perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

4) Cara-cara Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru: 1) Pengetahuan keluarga tentang cara-cara pencegahan penyakit Tuberkulosis Paru 2) Kebiasaan keluarga dalam pemeriksaan kesehatan Tuberkulosis Paru 3) Status imunisasi BCG pada bayi, balita, dan ibu hamil.

5) Perasaan dan Persepsi Keluarga tentang Pelayanan Kesehatan: 1) Perasaan keluarga terhadap jenis-jenis perawatan kesehatan 2) Pengalaman masa lalu dengan pelayanan kesehatan 3) Kepuasan dan kepercayaan keluarga terhadap pelayanan kesehatan 4) Harapan keluarga terhadap petugas pelayanan kesehatan.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan riwayat penyakit genetic dan penyakit keluarga pada masa lalu dan masa sekarang seperti Tuberkulosis Paru, Diabetes Militus, Penyakit Jantung, Hipertensi, Kanker, Stroke, Arthritis Reumatis, Penyakit Gagal Ginjal, Tiroid, Asma, Alergi, dan Penyakit-penyakit Darah, dll.

7) Sumber Keungan

Tanyakan bagaiman pola keluarga dalam pembayaran biaya kesehatan dan asuransi kesehatan Tuberkulosis Paru yang dimiliki keluarga. Memelihara lingkungan rumah yang sehat, sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber yang dimiliki, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene

sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga pada praktik lingkungan. Apakah saat ini keluarga terpapar oleh polusi udara, air, atau kebisingan dari lingkungan tempat tinggalnya, apa yang dilakukan keluarga untuk mencegah penyakit, siapa orang yang berperan membuat keputusan terkait masalah kesehatan keluarga, serta bagaimana pengetahuan keluarga perawatan anggota keluarga yang sakit. Menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat, apakah keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga.

8) Pelayanan Kesehatan Darurat bagi Anggota Keluarga Tuberkulosis Paru: 1) Pengetahuan keluarga terkait tempat pelayanan kesehatan darurat terdekat 2) Pengetahuan keluarga cara memanggil ambulans atau pelayanan kesehatan darurat 3) Pengetahuan keluarga mengenai cara penanganan darurat.

9) Fasilitas Transportasi Keluarga untuk Perawatan Kesehatan bagi Anggota Keluarga Tuberkulosis Paru: 1) Bagaimana jarak fasilitas pelayanan kesehatan dari rumah 2) Jenis alat transportasi apa yang digunakan keluarga untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan 3) Masalah apa yang dihadapi keluarga dalam hubungannya antara transportasi dengan tempat fasilitas pelayanan kesehatan.

h) Fungsi Reproduksi

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

i) Fungsi Ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan. Bagaimana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat guna meningkatkan status kesehatan keluarga.

j) Stress dan Koping Keluarga dalam Mengatasi Masalah Kesehatan dengan Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik

1) Stressor jangka pendek, yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan.

- 2) Stressor jangka panjang, yaitu stressor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian > 6 bulan.
- 3) Kemampuan keluarga berrespons terhadap situasi atau stressor, mengkaji sejauh mana keluarga berspon terhadap situasi atau stressor.
- 4) Starategi koping yang digunakan, starategi koping apa yang digunaka keluarga bila menghadapi permasalahan.
- 5) Strategi adapatasi disfungsional, menjelaskan adapatasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

k) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pemeriksaan ini tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

Semua anggota keluarga diperiksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik di tempat pelayanan kesehatan. Seperti dilakukan inspeksi, palpasi, perkusi, maupun auskultasi dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) (Widyanto F. , 2014).

1) B1 (Breathing)

Pemeriksaan fisik pada keluarga dengan Tuberkulosis Paru merupakan pemeriksaan fokus yang terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.1) Inspeksi. Keluarga dengan Tuberkulosis Paru biasanya tampak kurus sehingga pada bentuk dada terlihat adanya penurunan proporsi diameter antero-posterior banding proporsi diameter lateral. Apabila ada penyulit dari Tuberculosis Paru seperti adanya efusi pleura yang masif maka terlihat adanya ketidak simetrisan rongga dada, pelebaran *intercostal space* (ICS) pada sisi yang sakit. Tuberkulosis Paru yang disertai atelektasis paru membuat bentuk dada menjadi tidak simetris dimana didapatkan penyempitan *intercostal space* (ICS) pada sisi yang sakit. Saat melakukan pengkajian batuk dan sputum, biasanya didapatkan batuk produktif yang disertai dengan adanya peningkatan produksi sekret dan sekresi sputum yang purulen.

- 2) Palpasi. Pada penyakit Tuberkulosis Paru yang disertai efusi pleura masif dan pneumotoraks akan mendorong posisi trakhea ke arah berlawanan dari sisi

yang sakit. Gerakan dinding *toraks anterior/ekskrusi* pernapasan. Tuberkulosis 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 keluarga Tuberkulosis Paru dengan kerusakan parenkim paru yang luas. Getaran suara (*fremitus vokal*). Getaran yang terasa ketika perawat meletakkan tangannya di dada keluarga saat keluarga berbicara adalah bunyi yang dibandingkan oleh penjalaran dalam laring arah distalsepanjang pohon bronkhial untuk membuat dinding dada dalam gerakan rosonan, terutama pada bunyi konsonan. Kapasitas untuk mendengarkan bunyi pada dinding dada disebut *taktil fremitus*. Adanya komplikasi efusi pleura masif, sehingga hantaran suara menurun karena tranmisi getaran suara harus melewati cairan yang berkumulasi di rongga pleura.

- 3) Perkusi. Pada keluarga dengan tuberkulosis paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi rosonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada keluarga dengan tuberkulosis paru yang disertai komplikasi seperti efusi pleura akan didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi yang sakit sesuai banyaknya akumulasi cairan di rongga pleura. Apabila disertai pneumotoraks, maka akan didapatkan bunyi hiperresonan terutama jika pneumotoraks ventil yang mendorong posisi paru ke sisi yang sehat.
- 4) Auskultasi. Pada keluarga dengan Tuberkulosis Paru didapatkan bunyi napas tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana di dapatkan adanya ronkhi. Bunyi yang terdengar melalui stetoskop ketika keluarga berbicara disebut sebagai *rosonan vokal*. Keluarga dengan Tuberkulosis Paru yang disertai dengan komplikasi seperti efusi pleura dan pneumotoraks akan didapatkan penurunan rosonan vokal pada sisi yang sakit.

2. B2 (Blood)

Pada keluarga Tuberkulosis Paru pengkajian yang didapatkan meliputi: 1) Inspeksi. Pada inspeksi akan didapatkan adanya parut dan keluhan kelemahan fisik.

- 2) Palpasi. Pada palpasi ditemukan adanya denyut nadi perifer melemah.
- 3) Perkusi. Pada perkusi ditemukan adanya batas jantung mengalami pergeseran pada Tuberkulosis Paru dengan efusi pleura masif mendorong ke sisi sehat.
- 4) Auskultasi. Pada auskultasi tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

3. B3 (Brain)

Kesadaran biasanya kompos mentis, ditemukan adanya sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat pada pengkajian objektif, keluarga tampak dengan wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat. Saat dilakukan pengkajian pada mata, biasanya didapatkan adanya konjungtiva anemis pada Tuberkulosis Paru dengan hemoptoe masif dan kronis, dan sklera ikterik pada Tuberkulosis Paru dengan gangguan fungsi hati.

4. B4 (Bladder)

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

5. B5 (Bowel)

Keluarga biasanya mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

6. B6 (Bone)

Aktivitas sehari-hari berkurang banyak dengan keluarga dengan Tuberkulosis Paru. Gejala yang muncul antara lain kelemahan, kelelahan, insomnia, pola makan menetap, dan jadwal olahraga menjadi tak teratur (Muttaqin, 2011)

1) Harapan Keluarga tentang Penyakit Tuberkulosis Paru

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

Perumusan Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya. Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga, baik yang bersifat actual, risiko, maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga, berdasarkan kemampuan, dan sumber daya keluarga.

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Komponen diagnosis keperawatan meliputi *problem* atau masalah, *etiology* atau penyebab, dan *sign* atau tanda yang selanjutnya dikenal dengan PES.

1. *Problem* atau masalah (P)
2. *Etiology* atau penyebab (E)
3. *Sign* atau tanda (S)

Tipologi dari diagnosis keperawatan.

1. Diagnosis aktual (terjadi defisit atau gangguan kesehatan)

Dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan, dimana masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga memerlukan bantuan untuk segera ditangani dengan cepat. Pada diagnosis keperawatan aktual, faktor yang berhubungan merupakan etiologi atau faktor penunjang lain yang telah memengaruhi perubahan status kesehatan. Sedangkan faktor tersebut dapat dikelompokkan kedalam empat kategori, yaitu:

- a. Patofisiologi (biologi atau psikologi)
- b. Tindakan yang berhubungan
- c. Situasional (lingkungan, personal)
- d. Maturasional

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan atau etiologi dari diagnosis keperawatan keluarga adalah adanya:

- a. Ketidaktahuan (kurangnya pengetahuan, pemahaman, dan kesalah persepsi)
- b. Ketidakmauan (sikap dan motivasi)
- c. Ketidakmampuan (kurangnya keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga, baik financial, fasilitas, sistem pendukung, lingkungan fisik, dan psikologis).

2. Diagnosis resiko tinggi (ancaman kesehatan)

Sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, tetapi tanda tersebut dapat menjadi masalah aktual apabila tidak segera mendapatkan bantuan pemecahan dari tim kesehatan atau keperawatan. Faktor-faktor resiko untuk diagnosis resiko dan resiko tinggi memperlihatkan keadaan dimana kerentanan meningkat terhadap klien atau kelompok. Faktor ini membedakan keluarga atau kelompok resiko tinggi dari yang lainnya pada populasi yang sama yang mempunyai resiko.

3. Diagnosis potensial (keadaan sejahtera atau *wellnes*)

Suatu keadaan jika keluarga dalam keadaan sejahtera, kesehatan keluarga dapat diangkat. Diagnosis keperawatan sejahtera tidak mencakup factor-faktor yang berhubungan. Perawat dapat memperkirakan kemampuan atau potensi keluarga dapat ditingkatkan kearah yang lebih baik.

Oleh karena itu, perawat kesehatan masyarakat dapat menyusun prioritas masalah kesehatan keluarga. Menurut Bailon dan Maglaya (2009), prioritas masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan proses skroning sebagai berikut.

Table 2.2 Skala menentukan prioritas (Maglaya, 2009)

No.	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah		1
	• Tidak/kurang sehat	3	
	• Ancaman kesehatan	2	
	• Krisis atau keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	• Dengan mudah	2	
	• Hanya sebagian	1	
	• Tidak dapat	0	
3.	Potensial masalah untuk dicegah		1

• Tinggi	3	
• Cukup	2	
• Rendah	1	
4. Menonjolnya masalah		1
• Masalah berat, harus segera ditangani	2	
• Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
• Masalah tidak dirasakan	0	

Empat criteria yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas masalah

1. Sifat masalah

Sifat masalah kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam atau kurang sehat diberikan bobot yang lebih tinggi karena masalah tersebut memerlukan tindakan yang segera biasanya masalahnya dirasakan atau disadari oleh keluarga. Krisis atau keadaan sejahtera diberikan bobot yang paling sedikit atau rendah karena factor kebudayaan biasanya dapat memberikan dukungan bagi keluarga untuk mengatasi masalahnya dengan baik.

2. Kemungkinan masalah dapat diuah

Adalah kemungkinan berhasilnya mengurangi atau mencegah masalah jika ada tindakan (intervensi). Factor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kemungkinan masalah dapat diperbaiki adalah:

- a. Pengetahuan dan teknologi serta tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani masalah
- b. Sumber-sumber yang ada pada keluarga, baik dalam bentuk fisik, keuangan, atau tenaga
- c. Sumber-sumber dari keperawatan, misalnya dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu
- d. Sumber-sumber di masyarakat, misalnya dalam bentuk fasilitas kesehatan, organisasi masyarakat, dan dukungan social masyarakat.

3. Potensi masalah bila dicegah

Menyangkut sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dapat dikurangi atau dicegah. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kriteria potensi masalah bisa dicegah adalah sebagai berikut.

- a. Kepelikan dari masalah
- b. Lamanya masalah
- c. Adanya kelompok resiko atau kelompok yang peka atau rawan
4. Menonjolnya masalah

Merupakan cara keluarga melihat dan menilai masalah mengenai beratnya masalah serta mendesaknyanya masalah untuk diatasi. Hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan skor pada kriteria ini, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga tersebut melihat masalah. Dalam hal ini, jika keluarga menyadari masalah dan merasa perlu untuk menangani segera, maka harus diberi skor yang tinggi.

2.3.2 Tahap Perencanaan Keperawatan Keluarga

Apabila masalah kesehatan maupun masalah keperawatan telah teridentifikasi, maka langkah selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan sesuai dengan urutan prioritas masalahnya. Rencana keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan/masalah keperawatan yang telah diidentifikasi. Rencana keperawatan yang berkualitas akan menjamin keberhasilan dalam mencapai tujuan serta penyelesaian masalah. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengembangkan keperawatan keluarga diantaranya.

- a. Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis yang menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga.
- b. Rencana yang baik harus realistis, artinya dapat dilaksanakan dan dapat menghasilkan apa yang diharapkan.
- c. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan. Misalnya bila instansi pada daerah tersebut tidak memungkinkan pemberian pelayanan Cuma-Cuma, maka perawat harus mempertimbangkan hal tersebut dalam menyusun perencanaan.
- d. Rencana keperawatan dibuat bersama dengan keluarga. Hal ini sesuai dengan prinsip bahwa perawat bekerja bersama keluarga bukan untuk keluarga.

e. Rencana asuhan keperawatan sebaliknya dibuat secara tertulis. Hal ini selain berguna untuk perawat juga akan berguna bagi anggota tim kesehatan lainnya, khususnya perencanaan yang telah disusun untuk keluarga tersebut. Selain itu, dengan membuat rencana asuhan keperawatan secara tertulis akan membantu mengevaluasi perkembangan masalah keluarga.

Langkah-langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan keluarga

1) Menentukan sasaran atau *goal*

Sasaran merupakan tujuan akhir yang akan dicapai melalui segala upaya. Prinsip yang paling penting adalah bahwa sasaran harus ditentukan bersama keluarga. Jika keluarga mengerti dan menerima sasaran yang telah ditentukan, mereka diharapkan dapat berpartisipasi secara aktif dalam mencapai sasaran tersebut. Misalnya setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi.

2) Menentukan tujuan atau objektif

Objektif merupakan pernyataan yang lebih spesifik atau lebih terperinci, berisi tentang hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan yang akan dilakukan. Ciri tujuan atau objektif yang baik adalah spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, realistis, dan ada batasan waktu. Misalnya, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan anggota keluarga yang sakit hipertensi mengerti tentang cara pencegahan, pengobatan hipertensi, dan tekanan darah 120/180 mmHg.

3) Menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan

Tindakan keperawatan yang dipilih sangat bergantung pada sifat masalah dan sumber-sumber yang tersedia untuk mencegah masalah. Dalam perawatan kesehatan keluarga tindakan keperawatan yang dilakukan ditujukan untuk mengurangi atau menghilangkan sebab-sebab yang mengakibatkan timbulnya ketidaksanggupan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas kesehatan.

Perawat dapat melakukan tindakan keperawatan dengan menstimulasi kesadaran dan penerimaan terhadap masalah atau kebutuhan kesehatan keluarga dengan jalan:

- a) Memperluas informasi atau pengetahuan keluarga.
- b) Membantu keluarga untuk melihat dampak atau akibat dari situasi yang ada
- c) Menghubungkan antara kebutuhan kesehatan dengan sarana yang telah ditentukan
- d) Menunjang sikap atau emosi yang sehat dalam menghadapi masalah

Tindakan keperawatan untuk menolong keluarga agar dapat menentukan keputusan yang tepat dalam menyelesaikan masalahnya dapat dilakukan dengan:

- a) Mendiskusikan konsekuensi yang akan timbul jika tidak melakukan tindakan
- b) Memperkenalkan kepada keluarga alternative kemungkinan yang dapat diambil serta sumber-sumber yang diperlukan untuk melaksanakan alternatif tersebut
- c) Mendiskusikan dengan keluarga manfaat dari masing-masing alternative atau tindakan.

Untuk meningkatkan kepercayaan diri keluarga dalam memberikan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, perawat dapat melakukan tindakan sebagai berikut:

- a) Mendemonstrasikan tindakan yang diperlukan.
- b) Memanfaatkan fasilitas atau sarana yang ada dirumah keluarga.
- c) Menghindarkan hal-hal yang mengganggu keberhasilan keluarga dalam merujuk keluarga atau mencari pertolongan kepada tim kesehatan yang ada.

Perawat dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan keluarga antara lain dengan cara:

- a) Membantu mencari cara untuk menghindari adanya ancaman kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga
- b) Membantu keluarga memperbaiki fasilitas fisik yang sudah ada
- c) Menghindari ancaman psikologis dalam keluarga dengan memperbaiki pola komunikasi keluarga, memperjelas masing-masing anggota, dan lain-lain
- d) Mengembangkan kesanggupan keluarga menemukan kebutuhan psikologi

Agar perawat dapat membantu keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, maka perawat harus mempunyai pengetahuan yang luas dan tepat tentang sumber daya yang ada di masyarakat dan cara memanfaatkan sumber daya tersebut.

Sumber-sumber yang terdapat di masyarakat antara lain instansi-instansi kesehatan, program-program peningkatan kesehatan, dan organisasi-organisasi masyarakat.

a) Menentukan criteria dan standar kriteria

Kriteria merupakan tanda atau indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan, sedangkan standar menunjukkan tingkat penampilan yang diinginkan untuk membandingkan bahwa perilaku yang menjadi tujuan tindakan keperawatan telah tercapai. Pernyataan tujuan yang tepat akan menentukan kejelasan kriteria dan standar evaluasi.

b) Tujuan, sesudah perawat kesehatan masyarakat melakukan kunjungan rumah, keluarga akan memanfaatkan puskesmas atau poliklinik sebagai tempat mencari pengobatan.

c) Kriteria, kunjungan ke puskesmas atau poliklinik.

d) Standar, ibu memeriksakan kehamilannya ke puskesmas atau poliklinik, keluarga membawa berobat anaknya yang sakit ke puskesmas.

2.3.4 Tahap Pelaksanaan Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapat kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga dalam mengadakan perbaikan kearah perilaku hidup sehat. Adanya kesulitan, kebingungan, serta ketidakmampuan yang dihadapi keluarga harus menjadikan perhatian. Oleh karena itu, diharapkan perawat dapat memberikan kekuatan dan membantu mengembangkan potensi-potensi yang ada, sehingga keluarga mempunyai kepercayaan diri dan mandiri dalam menyelesaikan masalah.

Guna membangkitkan minat keluarga dalam berperilaku sehat, maka perawat harus memahami teknik-teknik motivasi. Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal dibawah ini.

a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, serta mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.

- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara mengidentifikasi konsekuensi untuk tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, dan mendiskusikan konsekuensi setiap tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah, dan mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan menjadi sehat dengan menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga dan melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan cara mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga dan membantu keluarga cara menggunakan fasilitas tersebut.

Faktor penyulit dari keluarga yang dapat menghambat minat keluarga untuk bekerja sama melakukan tindakan kesehatan antara lain:

- 1) Keluarga kurang memperoleh informasi yang jelas atau mendapatkan informasi, tetapi keliru.
- 2) Keluarga mendapatkan informasi tidak lengkap, sehingga mereka melihat masalah hanya sebagian.
- 3) Keliru, tidak dapat mengaitkan antara informasi yang diterima dengan situasi yang dihadapi.
- 4) Keluarga tidak mau menghadapi situasi.
- 5) Anggota keluarga tidak mau melawan tekanan dari keluarga atau social.
- 6) Keluarga ingin mempertahankan suatu pola tingkah laku.
- 7) Keluarga gagal mengaitkan tindakan dengan sasaran atau tujuan upaya keperawatan.
- 8) Kurang percaya dengan tindakan yang diusulkan perawat.

Kesulitan dalam tahap pelaksanaan dapat diakibatkan oleh berbagai factor yang berasal dari petugas, antara lain:

- 1) Petugas cenderung menggunakan satu pola pendekatan atau petugas kaku dan kurang fleksibel.
- 2) Petugas kurang memberikan penghargaan atau perhatian terhadap factor-faktor social budaya.
- 3) Petugas kurang mampu dalam mengambil tindakan atau menggunakan bermacam-macam teknik dalam mengatasi masalah yang rumit.

2.3.5 Tahap Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, tahap penilaian dilakukan untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil, maka perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Oleh karena itu, kunjungan dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Langkah-langkah dalam mengevaluasi pelayanan keperawatan yang diberikan, baik kepada individu maupun keluarga adalah sebagai berikut.

- a. Tentukan garis besar masalah kesehatan yang dihadapi dan bagaimana keluarga mengatasi masalah tersebut.
- b. Tentukan bagaimana rumusan tujuan perawatan yang akan dicapai.
- c. Tentukan kriteria dan standar untuk evaluasi. Criteria dapat berhubungan dengan sumber-sumber proses atau hasil, bergantung pada dimensi evaluasi yang diinginkan.
- d. Tentukan metode atau teknik evaluasi yang sesuai serta sumber-sumber data yang diperlukan.
- e. Bandingkan keadaan yang nyata (sesudah perawatan) dengan criteria dan standar untuk evaluasi.
- f. Identifikasi penyebab atau alasan penampilan yang tidak optimal atau pelaksana yang kurang memuaskan.
- g. Perbaiki tujuan berikutnya. Bila tujuan tidak tercapai, perlu ditentukan alasan kemungkinan tujuan tidak realistis, tindakan tidak tepat, atau kemungkinan ada factor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

2.3.6 Diagnosa Keperawatan pada Klien Tuberkulosis Paru

a. Diagnosa Aktual

- 1) Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik Keluarga berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.
- 2) Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.
- 3) Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.

b. Diagnosa Resiko

- 1) Resiko Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.
- 2) Resiko Tinggi Penyebaran Infeksi pada Anggota Keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.
- 3) Resiko Komplikasi berhubungan dengan ketidakpatuhan dalam terapi pengobatan Tuberkulosis Paru.

c. Diagnosa Potensial

- 1) Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik Keluarga berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.
- 2) Kepatuhan Minum Obat berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.
- 3) Peningkatan Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.

- 4) Peningkatan Keefektifan Penatlaksanaan Program Terapeutik berhubungan dengan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis Paru.

2.4 Konsep Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik

2.4.1 Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam program kehidupan sehari-hari untuk terapi penyakit dan sekuelnya penyakit tersebut yang memuaskan untuk mencapai tujuan kesehatan.

2.4.2 Batasan Karakteristik

a. Subjektif

- 1) Mengungkapkan keinginan untuk mengelola terapi penyakit Tuberkulosis Paru dan pencegahan sekuel penyakit Tuberkulosis Paru.
- 2) Mengatakan keinginan untuk mengurangi resiko untuk perkembangan penyakit Tuberkulosis Paru dan sekuela penyakit Tuberkulosis Paru.

b. Objektif

- 1) Pilihan aktivitas harian yang tepat untuk mencapai tujuan terapi Tuberkulosis Paru atau program pencegahan Tuberkulosis Paru.
- 2) Gejala penyakit Tuberkulosis Paru dalam rentang perkiraan normal

2.4.3 Intervensi

- a. Memberikan Penyuluhan Penyakit Tuberkulosis Paru
- b. Memberikan Penyuluhan PMO
- c. Memberikan Penyuluhan Akibat Putus Obat

2.4.4 Implementasi

Pada kegiatan implementasi, terlebih dahulu perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam

menerima asuhan keperawatan. Kegiatan selanjutnya adalah implementasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosa yang diangkat.

- a. Melakukan Penyuluhan Penyakit Tuberkulosis Paru
- b. Melakukan Penyuluhan PMO
- c. Melakukan Penyuluhan Akibat Putus Obat

2.4.5 Evaluasi

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

Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Evaluasi Berjalan (Formatif)

Evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk catatan perkembangan yang berorientasi pada masalah yang dialami bagi anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP.

- b. Evaluasi Akhir (Sumatif)

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

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Laporan kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah laporan yang mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga Tuberkulosis Paru pada Tn. Sa dan Tn. Sl dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik di Puskesmas Rogotrungan Lumajang 2017.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl yang mengalami Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik. Di khususkan pada klien yang menjalankan pengobatan Tuberkulosis Paru teratur di Puskesmas Rogotrungan Lumajang.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam menyusun studi kasus adalah 2 klien Tuberkulosis Paru pada keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl yang memiliki masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik di keluarga, partisipan pasien terdata di data register poli khusus Puskesmas Rogotrungan Lumajang yang memiliki batasan karakteristik:

- a. Keluarga keluarga berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Rogotrungan.
- b. Klien Tuberkulosis Paru berusia lebih dari 15 tahun.
- c. Klien Tuberkulosis Paru yang mengalami pengobatan teratur selama 5 bulan
- d. Kelurga setuju setelah diberikan penjelasan tentang manfaat penelitian.
- e. Menandatangani *informend consent* setelah diberikan penjelasan tentang manfaat penelitian.

3.4 Lokasi dan Waktu

a. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan. Untuk keluarga 1 Tn. Sa di Dusun Denok Wetan Desa Denok RT/RW 03/05 dan keluarga 2 Tn. Sl di Desa Citrodiwangsan jalan Dewi Sartika RT/RW 01/04.

b. Waktu

Pengumpulan data dilakukan dengan kunjungan sebanyak 3 kali kunjungan kepada kedua keluarga selama 2 minggu yaitu dilaksanakan pada tanggal 21 maret, 25 maret, dan 27 maret 2018.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang digunakan dalam penyusun laporan kasus didapatkan dari metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi dengan kunjungan sebanyak 3 kali kunjungan kepada kedua keluarga selama 2 minggu. Hasil dari setiap kali kunjungan akan di evaluasi dan diperbaiki pada kunjungan selanjutnya.

3.6 Etika Penulisan

Pada laporan kasus ini peneliti menggunakan etika penulisan berupa, ketika pertama kali datang peneliti bertanya terlebih dahulu apakah keluarga klien mau dijadikan sebagai penelitian. Setelah klien mau makan akandierikan lembar informend consent. Disini penulis tidak melakukan pemaksaan apabila klien tidak mau maka penulis tidak melanjutkan penelitiannya kepada klien tersebut. Disini penulis juga menjaga kerahasiaan indentitas klien dengan cara hanya menyebutkan inisial klien. Klien juga mendapatkan hak perawatan selama penelitian ini berlangsung.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Pada pengkajian yang dilakukan pada keluarga klien 1 Tn. Sa berusia 49 tahun dan keluarga klien 2 Tn. Sl berusia 49 tahun kedua klien sama-sama menjalankan pengobatan OAT secara teratur selama 5 bulan dan sesuai jadwal namun semua data yang diperoleh tidak sama karena ada perbedaan pendidikan, pengetahuan dan struktur keluarga.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang ditemukan pada keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl adalah keefektifan pelaksanaan program terapeutik.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dalam masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik mengacu pada Wilkinson dengan fokus pada pemberian penyuluhan. Intervensi tersebut sudah tertera dalam landasan teori.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl yaitu memberikan penyuluhan tentang penyakit TB Paru, penyuluhan tentang PMO, penyuluhan tentang akibat putus obatan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl, evaluasi keperawatan dalam masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik tujuan tercapai pada pertemuan ketiga.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Puskesmas

Mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl dengan masalah keperawatan keefektifan pelaksanaan program terapeutik pada penderita Tuberkulosis Paru lebih ditingkatkan lagi sehingga

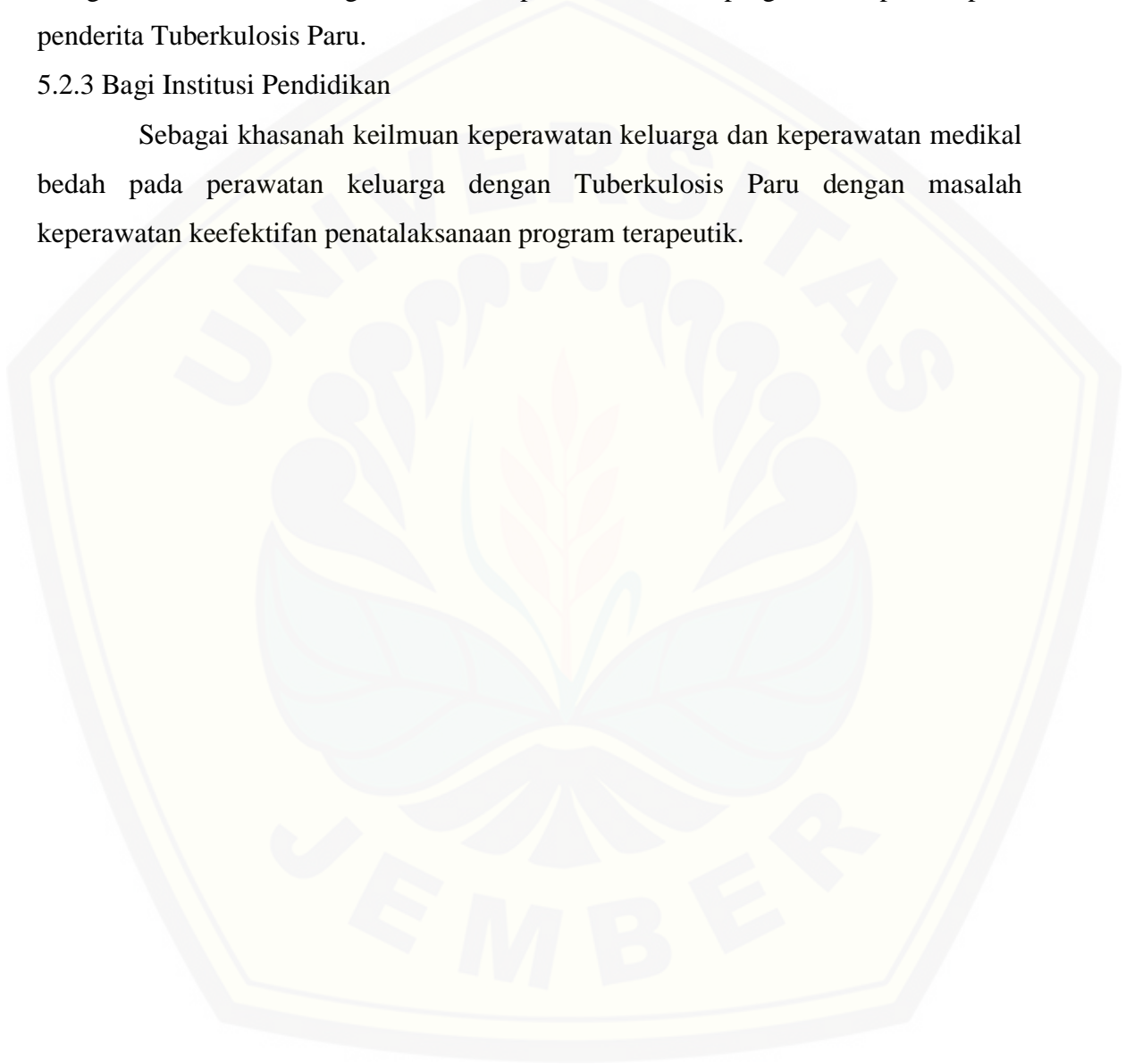
pelayanan keperawatan yang diberikan dapat meningkatkan derajat kesehatan keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl.

5.2.2 Bagi Klien dan Keluarga

Memberikan manfaat kepada keluarga Tn. Sa dan Tn. Sl untuk lebih mengenal masalah tentang keefektifan penatalaksanaan program terapeutik pada penderita Tuberkulosis Paru.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai khasanah keilmuan keperawatan keluarga dan keperawatan medikal bedah pada perawatan keluarga dengan Tuberkulosis Paru dengan masalah keperawatan keefektifan penatalaksanaan program terapeutik.



DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Cv. Agung Seto.
- AkperPembekabLumajang. (2016). *Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah*. Lumajang: Akper Pembekab Lumajang.
- Amalia, W. (2017). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pada Klien Tuberculosis. *www.google-askep Keluarga-tb paru.com* , Ciamis- depok.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Burke, K. M. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH, Ed. 5, Vol. 4*. Jakarta: EGC.
- Crofton J, Horne N, Miller F. 1999. *Clinical Tuberculosis*, London: MacMillan Education Ltd,
- Gusti, S. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Cv. Trans Info Media.
- Gloria, M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi 6*. Indonesia: CV. Mocomedia.
- Harrison. (2015). *Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: EGC.
- Harrison. (2016). *Pulmonologi Dan Penyakit Kritis*. Jakarta: EGC.
- Heriyani. (2013). Risk Factor of the Incidence of Pumonary Tuberculosis in Banjarmasin City Yokyakarta. *International Journal of Public Health Science, Vol. 2* , 1-6.
- Hidayat. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kementrian Kesehatan, R. (2015). *Data Dasar Puskesmas*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kepmenkes. (1999). *Persyaratan Kesehatan Rumah Tinggal*. Jakarta: No. 829.
- Moorhead, S. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi 6*. Indonesia: CV. Mocomedia.

- Muttaqin, A. (2011). *Pengkajian Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinik* . Jakarta : Salemba Medika .
- Najmah. (2016). *EPIDEMIOLOGI penyakit menular* . Jakarta: CV. TRANS INFO MEDIA.
- NANDA. (2015). *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Nanda-I. (2016). *diagnosis keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Notoadmojo, S. (2005). *Promosi kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Renika Cipta.
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjana. (2015). Faktor Resiko Terjadinya Tuberculosis Paru Usia Produktif (15-49 Tahun) Di Indonesia. *Media Litbangkes, Vol. 25 No. 3* , 165-170.
- Nurjana, M. A. (2015). FAKTOR RISIKO TERJADINYA TUBERCULOSIS. *Media Litbangkes, Vol. 25 No. 3* , 165 - 170.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktavia, S. (2016). ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN TB PARU. *JURNAL ILMU KESEHATAN MASYARAKAT VOLUME 7* .
- Padila. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pohan. (2007). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Profil Kesehatan Provinsi*. (2015).
- Q.S. ALAM NASYRAH 94:5
- Salvari, G. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Cv. Trans Info Media.
- Sarwani, D. (2012). Analisis Faktor Resiko Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) (Studi Kasus Di BP4 Purwokerto). *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , 62-68.
- Siregar, A. F. (2015). Hubungan Kondisi Fisik Dan Pekerjaan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Di Desa Bandar Khalipah Kecamatan Percut Sei Tuan Tahun 2015. 1-7.
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.

- Sumarmi. (2014). Analisis Hubungan Kondisi Fisik Rumah. *JURNAL KEDOKTERAN YARSI* 22 (2) , 082-101.
- Tomey, M & Alligood. 2006. *Nursing Theoriest And Their Work*. 6th Ed. St Louis: Mosby Elseiver, Inc
- Wahid, A. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis*. Jakarta: Erlangga.
- Widyanto, F. C. (2014). *Keperawatan Komunitas dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wilkinson. (2015). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Yasmara, D. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal- Bedah*. Jakarta: EGC.

Lampiran 2

BOOKLET



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TUBERKULOSIS
PARU PADA TN. SA DAN TN. SL DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KEEFEKTIFAN PELAKSANAAN
PROGRAM TERAPEUTIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

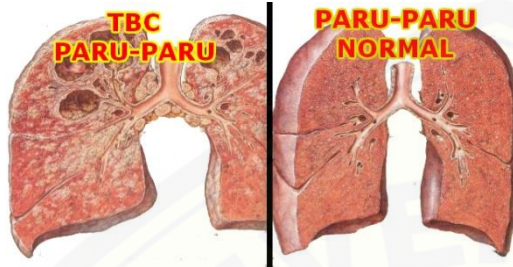
Oleh

**Anisatus Sakdiyah
NIM 152303101089**

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

Pengertian

Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang menyerang berbagai organ atau jaringan tubuh. Organ yang sering terserang adalah organ paru, dan organ lainnya (usus, dan tulang).

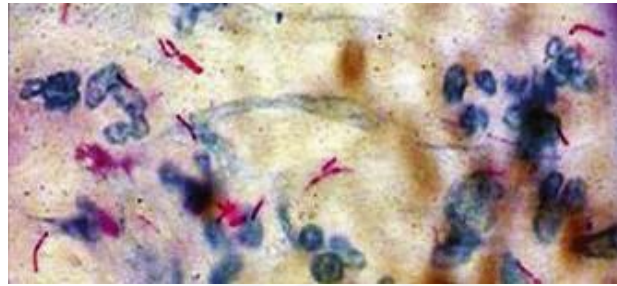


Penyebab

Penyakit Tuberkulosis disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang dan memiliki panjang 1-4 μm dan tebal 0,3-0,6 μm . Kuman ini memiliki sifat tahan terhadap asam karena dilapisi oleh lemak/lipid. Sifat lain dari kuman ini adalah aerob yang menyukai daerah yang banyak mengandung oksigen (Yasmara d. , 2016). Tempat yang paling disukai adalah tempat yang lembab dan tidak ada aliran udara yang masuk serta sinar matahari.



Gambar bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*



Gambar bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang terdapat pada dahak

Tanda dan gejala

1. Demam di malam hari bisa mencapai 40-41 °C



2. Kadang nyeri dada



3. Batuk darah



4. Keringat malam hari tanpa melakukan aktivitas apapun.



5. Nafsu makan menurun



6. Penurunan berat badan disebabkan oleh nafsu makan yang menurun.



7. Mudah lelah



Pemeriksaan

1. Sputum/dahak dilakukan pemeriksaan dahak

Untuk pemeriksaan sputum/dahak, pengumpulan sampel dahak minimal 3 kali dengan rumus S-P-S yaitu Sewaktu- Pagi- Sewaktu dan dikumpulkan dalam waktu dua hari.

- Sewaktu Hari ke-1: Dahak dikeluarkan saat berkunjung ke klinik, kemudian akan diberi pot dahak saat pulang untuk pagi hari berikutnya.
- Pagi hari ke-2: Mengumpulkan dahak pada pagi hari ke-2 segera setelah bangun tidur dan bawa ke lab klinik.
- Sewaktu hari ke-2: Kumpulkan dahak ke-3 di lab klinik saat kembali ke lab klinik di hari ke-2 dengan membawa dahak pagi.



2. Dilakukan tes darah

- Dengan hasil leukosit/sel darah putih tinggi yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.
- HB menurun
- BBS/LED, meningkat/tinggi

3. Radiologi dilakukan pemeriksaan dengan cahaya pada daerah dada.



Proses penularan

Kuman *Mycobacterium Tuberculosis* terhirup orang sehat kemudian masuk ke saluran pernafasan, jika daya tahan tubuh kuat tidak akan terserang namun sebaliknya jika daya tahan tubuh sedang tidak sehat maka akan terserang penyakit tuberkulosis tersebut.

Cara pencegahan

1. Imunisasi BCG (kuman BCG yang dilemahka) untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Pemberian pada usia yang efektif 2-3 bulan.



2. Hidup sehat (makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, olahraga teratur, hindari rokok, alkohol, obat bius, hindari stress).



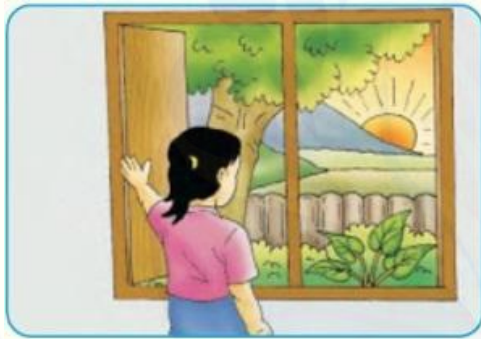
3. Bila batuk mulut ditutup (tissue atau saputangan)



4. Jangan meludah atau membuang dahak disembarang tempat karena bisa menularkan kepada orang lain secara langsung atau terbawa oleh hewan yang hinggap di ludahan atau dahak seperti lalat. Perilaku yang benar dengan cara meludah di (tissue atau saputangan).
5. Lingkungan sehat dan bersih.
6. Jika berbicara tidak berhadapan karena penularannya melalui udara. Jika seseorang berbicara berhadapan secara langsung akan menghirup bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang dikeluarkan oleh penderita Tuberculosis Paru.



7. Peralatan makan harus disendirikan
8. Ventilasi dan pencahayaan harus memenuhi syarat karena bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* bisa mati dengan sinar matahari. Dengan membuka jendela dipagi hari maka lingkungan tidak akan lembab dan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* bisa mati.



9. Menjemur bantal dan kasur seminggu sekali



Lampiran 3





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

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 212 /UN25.1.14.2/UT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 26 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Anisatus Sakdiyah
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101089
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 12 Agustus 1997
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : 3 / VI (enam)
A l a m a t : Dusun Krajan II Desa Tunjung RT.003/RW 001
Kecamatan Randuagung - Kabupaten Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2018"


Dengan pembimbing :

1. Dwi Ochta P. S.KM

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

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 26 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang


NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629198703 2 008

Lumajang, 26 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan
data

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di -

LUMAJANG

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

Nama : Anisatus Sakdiyah
NIM : 152303101089

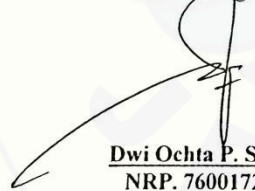
Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan
Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik di Wilayah Kerja
Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018"

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

Nama Instansi : Puskesmas Rogotrunan Lumajang
Alamat : Jl.Citandui No. 5, Jogoyudan, Kec. Lumajang-Kabupaten
Lumajang, Jawa Timur 67316
Waktu penelitian : 26 Februari – 30 April 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI


Dwi Ochta P. S.KM
NRP. 760017245

Hormat kami,
Pemohon,


Anisatus Sakdiyah
NPM. 152303101089



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

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

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
Nomor : 072/SK/1427.75/2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** :
- Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 213/JN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 26 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama ANISATUS SAKDIYAH.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : ANISATUS SAKDIYAH
2. Alamat : dusun Krajan II RT 1 RW 3 Desa Tunjung Kec. Randuagung
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101089
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 20 Maret 2018 s/d 30 April 2018
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Rogotrunan Lumajang

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

Lumajang, 19 Maret 2018

Tembusan Yth :

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

a.n. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL,
Drs. ABU HASAN
Pembina
NIP. 19620801 199303 1 001



FORMULIR PERSEJUTUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ny. F
Umur : 26 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Denok
Pekerjaan : Wiraswasta
Nama Klien : Tn Sa
Usia Klien : 59 tahun
Hubungan dengan klien : Anak Kandung


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

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2018”


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

Lumajang, 21 Maret 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab penelitian


(ANISATUS SAKDIJAH)

Yang menyetujui,
Peserta Penelitian


(Tn Sa)

FORMULIR PERSEJUTUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ny. W
Umur : 49
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Citreduwansan
Pekerjaan : Wiraswasta
Nama Klien : Sdr. Ar
Usia Klien : 23
Hubungan dengan klien : Ibi kandung

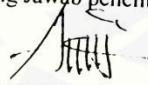
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Masalah Keperawatan Keefektifan Pelaksanaan Program Terapeutik di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018”

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


Lumajang, 21 Maret 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab penelitian


(ANISATULS GAKDIYAH)

Yang menyetujui,
Peserta Penelitian


(Sdr. Ar)

	FORMULIR	No. Dok. : Akp / F / IK / 29
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Bertaku sejak : 1-2-2017 Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA AKPEK PEMKAB LUMAJANG

NAMA MAHASISWA
NIM
PROGRAM STUDI
JUDUL PROPOSAL



Amratus Sakdiyah
15.094


Asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga Tbc dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	28 Februari 2017	4 <i>Pembahasan judul</i>	5 <i>Asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga Tbc dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan</i> <i>Acc Judul</i> <i>Konfirmasi ke B-Asa</i>	6 <i>[Signature]</i>	7 <i>[Signature]</i>
2	12 April 2017	<i>Pembahasan BAB I</i>	<i>Konfirmasi ke B-Asa</i> <i>Konfirmasi BAB I Mambayar lembar Mkt</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2		5	6	7
3	5 Mei 2017	Revisi BAB I dan konul BAB II	Revisi BAB I dan latar belakang ditinjau		
4	11 Agustus 2017	Revisi BAB I	Revisi BAB I kembali, dipinjam, isruak, tambahkan jawaban pertanyaan Revisi BAB 2, pada jawaban dari TB harus ada disingkat, panjang, dan diakhirkan, penyesuaian paragrafnya: 1. ub. Cangkuk - penjabaran epikulir, kankulidat, kerup, usupat, TB, kerup, Manalah, kapergatan, TB, kerup, kulkur, kerup, dikutan, kapergatan, kerup, TB dikutan, hasil kapergatan TB, kulkur, BAB 3		
5	15 September 2017	Pembahasan BAB 2	Tambahan BAB 2, penyesuaian paragraf, Manikpatah, kane, PMS		
6	29 September 2017	Pembahasan BAB 2 dan BAB 3	Pengambilan data dan pengujian arahan kpe-rawatan		
7	5 Januari 2017		ACC WDMY karpoml.		





NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
8	6 Januari 2018		Acc Sebang		
9					
10					
11					
12					

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

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

NAMA MAHASISWA : ANISATUS SAQINAH
NIM : 152303101089
PROGRAM STUDI : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Abstrak Keperawatan keluarga dengan anggota keluarga Tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan Pelaksanaan Program Terapeutik di Wilayah Kerja Puskesmas Keputungan Lumajang Tahun 2018
TAHAP PENULISAN KTI

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1.	4 April 2018	Konsul BAB 4	Penambahan materi BAB 4	5	6
2.	10 April 2018	Konsul BAB 4	- konsultasi nama (P.E.) - pengawasan diperbaiki - menginput ke di T.H. sama M.P. - pada 10 April 2018. - penulisan penulisan - penulisan ?	5	6

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3.	17 Mei 2018	Konsep BAB 4	<ul style="list-style-type: none"> - Kuesioner ad. di setiap hari - Kuesioner dan Tes - Post - Test - Opsi Dr. Peneliti - Sambilan buku penelitian - Pengajaran kepada keluarga - Pengajaran kompetensi keluarga - Pengajaran program - Pengajaran tipe keluarga - Pengajaran buku-buku - Pengajaran makna dan kepercayaan yang benar - Pengajaran kesehatan - Pengajaran status sosial ekonomi keluarga - Pengajaran aktivitas rekreasi keluarga - Pengajaran kewartawanan dan teknik perkembangan keluarga - Pengajaran tahap perkembangan keluarga off-schedule - Pengajaran peran keluarga diturunkan - Pengajaran buku atau jurnal - Pengajaran komposisi keluarga ditambahkan foto buku atau jurnal - Pengajaran gagasan ditambahkan foto - Pengajaran buku atau jurnal - Pengajaran tipe keluarga ditambahkan foto dan buku atau jurnal yang mendukung - Pengajaran video bergambar atau foto - Pengajaran yang ada di lingkungan yg - Pengajaran status sosial ekonomi keluarga ada di lingkungan yg - Pengajaran yg 		
4.	18 Mei 2018	Konsep BAB 4			

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
5	21 Mei 2018	Konsul BAB 4	<ul style="list-style-type: none"> - konsistensi penggunaan nama pada atom-atom - TB pada atom ditunjukkan tapi ada hubungannya dengan bentuk senyawa. - Lipus jika ada dituliskan masing - senyawa disederhanakan - penggunaan kata keluarga dengan menurut ilmu - pada rumus diberikan bentuk spangit untuk tetapan, kondisi, kelentihan atau perubahan yg seperti apa? peraksi orang berbeda 		
6.	23 Mei 2018	Konsul BAB	<ul style="list-style-type: none"> - Format penulisan struktur - Format ukuran penulisan States - Rencanakan intervensi 		
7.	25 Mei 2018		ACC story. FTU		
8.	1 Juni 2018	Konsul BAB 1 - 3	<ul style="list-style-type: none"> - pada Labor kelengkapan paper TA pada - pada dipapir dg skala kab. lampung - letak penyambutan jalan - BAB 3 di duduakan dg fondasi yg - untuk duduakan - ukuran menurut buku esampun jurnal 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2				
9	Selasa 5 Juni 2018	Konsul BAB 4	5 - Tipe rumah penduduk Fleming lebih banyak karena reboan lokal dan adaptasi, Pada Terceruk Pening. - F → - garis pembatasan di kapadalan hening lebih rasional.		
10	Jumat, 8 Juni 2018	Konsul BAB 9 & 5	- pendudukan, struktur keluarga → perumahan.		
11	Sabtu, 9 Juni 2018	Konsul BAB 9-5	- di font tulisan pada festival diperbaiki dan diblok hingga putih - font tabel 10		
12	Sabtu, 9 Juni '18	.	Ace rumah palca si'rang KTI		