



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TUBERKULOSIS PARU
PADA Tn. A DAN Tn. T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN
KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN KABUPATEN
LUMAJANG TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Resa Arisandy
NIM 152303101103**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TUBERKULOSIS PARU
PADA TN.A DAN TN.T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN
KELUARGA 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

**Resa Arisandy
NIM 152303101103**

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

PERSEMBAHAN

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

1. Kedua orang tuaku (Hasyim dan Lilik Sukarsih) yang saya cintai selalu memberikan kasih sayang, dukungan, motivasi dan doa serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Saudara-saudaraku (Ella Arisandy, Diah Arisandy, Imam syahroni dan Thalita Hasnah Arisandy) yang saya cintai yang selalu memberikan semangat menyelesaikan Tugas akhir ini.
3. Ibu Dwi Ohta P.SKM selaku pembimbing dan inspirasi saya dalam menyelesaikan tugas akhir dengan segala motivasi dan dukungan yang telah di berikan.
4. Ibu Ns. Rizeki Dwi F. M.Kep selaku dosen pembimbing akademik saya yang selalu memberikan semangat, motivasi dan selalu mengingatkan untuk selalu berbakti kepada orangtua dan selalu beribadah.
5. Sahabat tercintaku (Anisatus Sakdiyah, Riska Nurjannah, Titis Ramadhani) yang selalu membantu dan memberikan semangat serta Syaiful Rohman yang sudah membantu saya dan memberikan dorongan di akhir penulisan tugas akhir ini.
6. Seluruh teman-teman Mahasiswa D3 keperawatan Unej Kampus Lumajang yang telah bersama-sama saling membantu selama 3 tahun dalam menyelesaikan semua tugas yang di berikan.
7. Serta seluruh dosen dan staff yang telah memberikan dukungan serta fasilitas yang ada, serta kepada petugas perpustakaan yang telah menyediakan referensi untuk menyelesaikan tugas akhir.

MOTO

”Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan maka apabila kamu telah selesai dari suatu urusan kerjakanlah dengan sungguh (urusan) yang lain.

Dan hanya kepada TuhanMulah hendaknya kamu mengharap “

((Qs. Alamnasyarah:5-8))*

”Jadikanlah sabar dan sholatmu sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar “

((Al-Baqarah: 153)**)

*) al-Azhim, K. N.-Q. (2009). *Dr.Yusuf Qardhawi*. Jakarta: Gema Insani Press.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Resa Arisandy

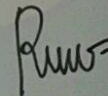
NIM : 152303101103

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn.A Dan Tn.T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018" adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Lumajang,

Yang menyatakan,



Resa Arisandy
NIM 152303101103

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TUBERKULOSIS PARU
PADA TN.A DAN TN.T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN
KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN KABUPATEN
LUMAJANG TAHUN 2018**

Oleh

Resa Arisandy
NIM 152303101103

Pembimbing: Dwi Ohta P.SKM

PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn.A Dan Tn.T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 03 Juli 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji:

Ketua,

Ns. Arista Maisyarah, M. Kep
NIP.19820528 201101 2 013

Anggota I,

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

Anggota II,

Dwi Ocha P. SKM
NRP. 760017245

Mengesahkan,

Koordinator Prodi

D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru Pada Tn.A Dan Tn.T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2018. Resa Arisandy, 152303101103; 2018:95 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Tuberculosis paru merupakan penyakit menular yang mematikan, namun masyarakat menganggap TB paru merupakan penyakit yang biasa, bukan penyakit yang serius karena kebanyakan penderita TB paru masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa. Manajemen kesehatan keluarga merupakan faktor yang sangat berpengaruh dalam penyakit ini, karena penyakit ini membutuhkan waktu yang sangat lama dalam pengobatan sehingga keluarga sangat berperan penting dalam program pengobatan penyakit ini. Pemberian pendidikan kesehatan dan pengobatan secara teratur sangat diperlukan oleh penderita TB paru agar keluarga dan pasien mampu melaksanakan rencana keperawatan yang dapat diterima sehingga penyakit ini bisa sembuh tanpa adanya penularan kepada anggota keluarga lain.

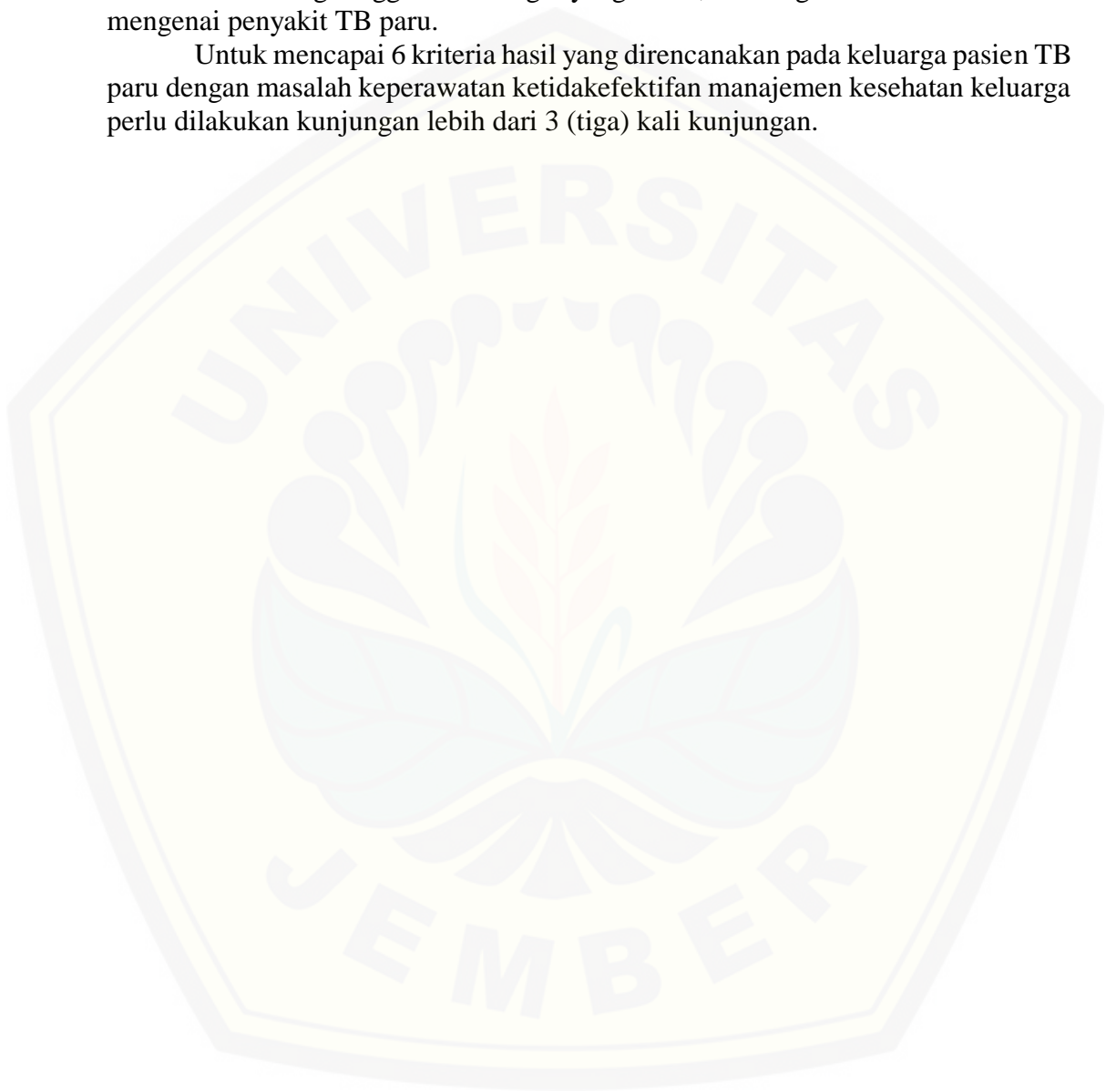
Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga dan pasien TB paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2018.

Penulisan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus yang menggunakan pengumpulan data dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi pada 2 keluarga pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada keluarga yang menderita TB paru yaitu kurang perhatian terhadap penyakitnya dengan pasien tidak melakukan pengobatan, dan kegagalan mengurangi faktor resiko dengan keluarga tidak menggunakan masker saat berinteraksi dengan pasien. Intervensi keperawatan pada pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, data yang digunakan terdapat 9 (sembilan) intervensi keperawatan yaitu pengajaran batuk efektif, pemberian pendidikan TB paru secara detail, pengajaran cara membuang sputum yang benar, anjurkan membuka ventilasi, anjuran menjemur peralatan tidur, pengajaran pembuatan cairan desinfektan untuk membuang sputum, kaji kemampuan pasien memanfaatkan fasilitas kesehatan, kaji kemampuan keluarga dalam menyediakan sumberdaya untuk pengobatan TB. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada keluarga pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sudah sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu mengajarkan batuk efektif, mengajarkan cara membuang dahak yang benar, mengajarkan cara membuat cairan desinfektan untuk pembuangan sputum, memberikan pendidikan

kesehatan mengenai TB paru, menganjurkan membuka ventilasi setiap hari, dan menganjurkan menjemur peralatan tidur minimal 1 kali dalam seminggu. Pada tahap evaluasi keperawatan, yaitu dari 6 (enam) kriteria hasil terdapat 3 (tiga) kriteria hasil yang berhasil dicapai selama 3(tiga) kali kunjungan yaitu keluarga berpartisipasi dalam menyediakan perawatan, keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit, keluarga meminta informasi mengenai penyakit TB paru.

Untuk mencapai 6 kriteria hasil yang direncanakan pada keluarga pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga perlu dilakukan kunjungan lebih dari 3 (tiga) kali kunjungan.



SUMMARY

Family Nursing Care for Pulmonary Tuberculosis on Patient A and Patient T with Nursing Problem of Ineffective Family's Health Management In Working Area of Puskesmas Rogotrutan Lumajang 2018. Resa Arisandy, 152303101103; 2018:95 pages; Nursing D3 Study Program Faculty of Nursing University of Jember.

Pulmonary tuberculosis is a deathly contagious disease, but people used to think that tuberculosis is common disease, that is not to be considered as serious one because most of tuberculosis patients can still do daily work like they usually do. Family's health management is a very influential factor in this case, because this disease requires a quite long medicinal treatment so that family has an important role on this disease medication. The education and medicinal therapy need to be regularly given to the tuberculosis patient so that the family and the patient are capable enough to have an acceptable nursing plan in order to get the disease taken care without the rest members of the family getting infected.

This final report aims to explore the family nursing care on the families and tuberculosis patients with nursing problem of Ineffective Family's Health Management in Working Area of Puskesmas Rogotrutan Lumajang 2018.

This final report used a case report design which collecting the data by conducting interviews, observation, and documentation study on 2 tuberculosis patients' families with nursing problem of ineffective family's health management.

The result obtained from the two family members suffering from tuberculosis is the lack of attention to do medicinal therapy towards tuberculosis patients, and families don't wear a mask when interacting with patients so it could increase the risk factor. The nursing interventions on tuberculosis patients with nursing problem of ineffective family's health management, there are 9 (nine) nursing interventions performed that are effective coughing therapy, detailed pulmonary tuberculosis education, the proper teaching of spitting sputum out, ventilation opening method, spread out the bed stuff in the sun, teaching of making disinfectant liquid for sputum, teaching patient about using health facilities properly, teaching families to provide the proper source for tuberculosis medicinal therapy. The implementation of nursing performed on tuberculosis patients' families has already been accordance with nursing interventions that are teaching effective coughing, teaching how to spit the sputum out properly, teaching how to make disinfectant liquid for sputum, giving a proper education about pulmonary tuberculosis, suggesting to open ventilation every day, and suggesting to spread out the bed stuff in the at least once a week. At the nursing evaluation stage, that is out of 6 (six) outcome criteria there are 3 (three) which is successfully performed within 3 (three) times of visit that are families have provide the nursing care well, family's

members encourage the other members who are sick, families asking information about pulmonary tuberculosis disease.

In order to achieve planned 6 outcome criteria on pulmonary tuberculosis patients' families with nursing problem of ineffective family's health management requires to have more than 3 (three) times of visit.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Tuberkulosis Paru Pada keluarga Tn.A dan Tn.T Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

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 dan sekaligus selaku penguji yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Dwi Ohta P.SKM selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
5. Ibu Arista Maisyaroh, M.Kep. dan Bapak Suhari A.Per.Pen, MM selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

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

Lumajang,

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	I
PERSEMBAHAN.....	II
MOTTO	III
PERNYATAAN	IV
HALAMAN PENGESAHAN	VI
RINGKASAN	VII
SUMMARY	IX
PRAKATA	XI
DAFTAR ISI	XII
DAFTAR TABEL	XIV
DAFTAR LAMPIRAN	XV
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	5
2.1 Konsep Penyakit.....	5
2.1.1 Pengertian.....	5
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Patofisiologi	6
2.1.4 Manifestasi Klinis	7
2.1.5 Pencegahan Penularan.....	8
2.1.6 Komplikasi Tuberculosis Paru	9
2.1.7 Tatalaksana	9
2.1.8 Klasifikasi Tuberculosis.....	13
2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik	14
2.2 Konsep Keluarga.....	16
2.2.1 Pengertian Keluarga	16
2.2.2 Ciri-ciri Keluarga	16
2.2.3 Tipe-tipe Keluarga	17
2.2.4 Struktur Keluarga.....	18
2.2.5 Fungsi Keluarga	18
2.2.6 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga	20
2.2.7 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	27
2.2.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	30
2.2.9 Pengkajian Lingkungan	31
2.2.10 Stress dan Koping Keluarga.....	35

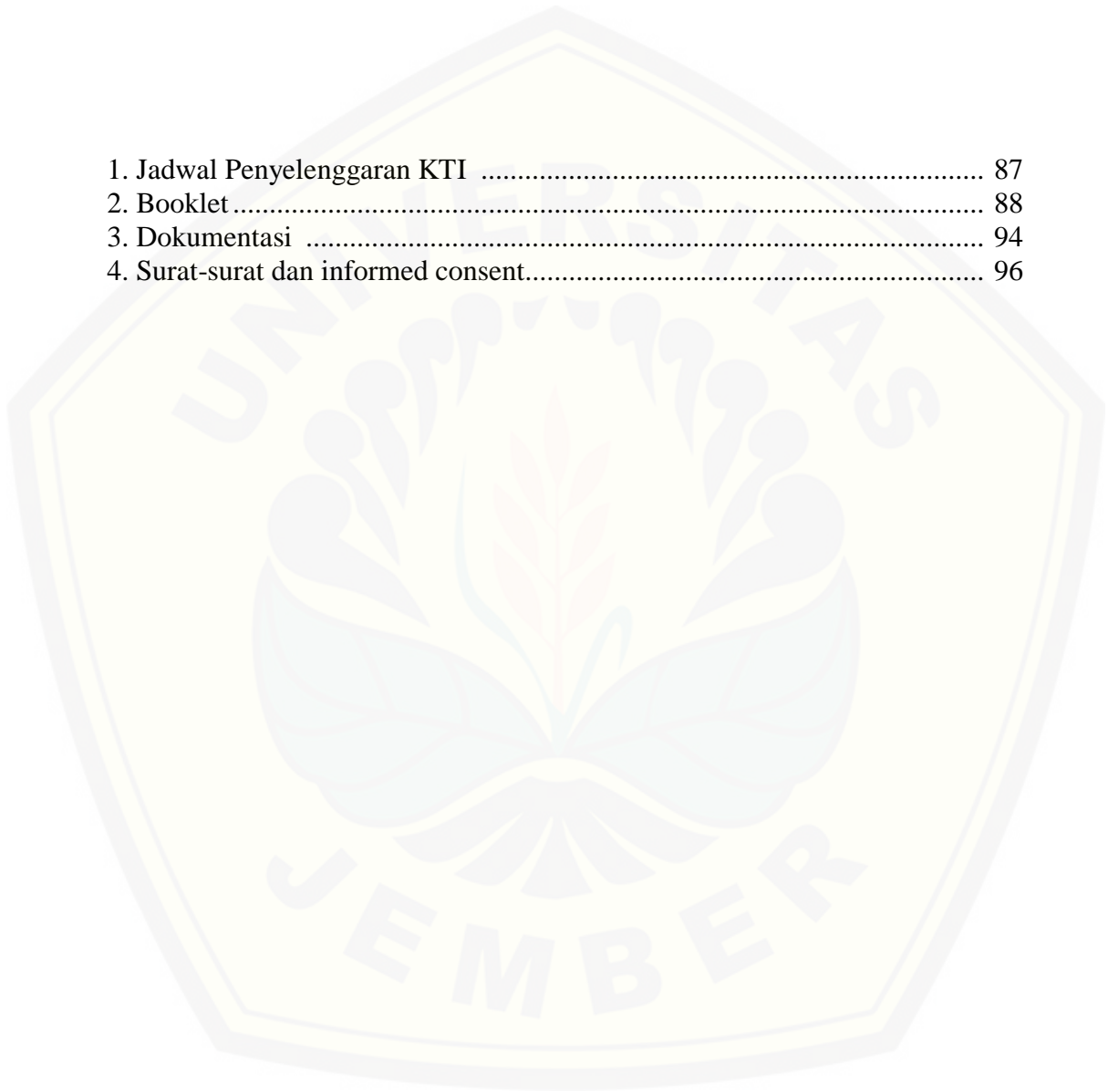
2.2.11 Pemeriksaan Fisik	36
2.2.12 Harapan Keluarga.....	38
2.3 Perumusan Diagnosis Keperawatan Keluarga	38
2.4 Diagnosis.....	39
2.5 Rencana Keperawatan.....	40
BAB 3 METODE PENELITIAN	43
3.1 Desain Penulisan.....	43
3.2 Batasan Istilah	43
3.3 Partisipan	44
3.4 Lokasi dan Waktu	45
3.5 Pengumpulan Data	45
3.6 Uji Keabsahan Data	46
3.7 Analisa Data.....	46
3.8 Etika Penulisan	47
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1 Hasil dan Pembahasan	48
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	48
4.1.2 Pengkajian.....	48
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	72
4.3 Intervensi Keperawatan.....	74
4.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	77
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	81
5.1 Kesimpulan	81
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	81
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	81
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	81
5.1.4 Implementasi Keperawatan	81
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	82
5.2 Saran.....	82
5.2.1 Bagi Perawat	82
5.2.2 Bagi Keluarga.....	82
5.2.3 Bagi Puskesmas Rogotrunan.....	82
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	83
DAFTAR PUSTAKA	84
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

2.1 Pemberian Obat Anti-Tuberculosis (OAT)	12
4.1 Identitas Pasien.....	48
4.2 Komposisi Keluarga.....	50
4.3 Genogram Pasien 1	50
4.4 Genogram Pasien 2	51
4.5 Tipe Keluarga.....	52
4.6 Suku Bangsa.....	52
4.7 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan.....	53
4.8 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	53
4.9 Aktivitas Rekreasi	54
4.10 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	54
4.11 Riwayat Masing-masing Anggota Keluarga	55
4.12 Pengkajian Lingkungan.....	56
4.13 Denah Rumah Pasien 1	59
4.14 Denah Rumah Pasien 2	60
4.15 Struktur Keluarga	61
4.16 Fungsi Keluarga	62
4.17 Stress dan Koping Keluarga.....	65
4.18 Keadaan Gizi Keluarga	66
4.19 Pemeriksaan Fisik	67
4.20 Harapan Keluarga.....	68
4.21 Pemeriksaan Fisik Keluarga.....	70
4.22 Analisa Data Pasien 1.....	72
4.23 Analisa Data Pasien 2.....	72
4.24 Intervensi Keperawatan Keluarga Pasien 1.....	74
4.25 Intervensi Keperawatn Keluarga Pasien 2	75
4.26 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 1	77
4.27 Implementasi dan Evaluasi Pasien 2	78

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penyelenggaran KTI	87
2. Booklet.....	88
3. Dokumentasi	94
4. Surat-surat dan informed consent.....	96



BAB 1.PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit tertua yang diketahui menyerang manusia dan menjadi penyebab utama kematian diseluruh dunia. Penyakit ini menular melalui udara yang mengandung kuman mycobacterium tuberculosis yang dikeluarkan saat penderita batuk, bersin, maupun berbicara. Penyakit ini memerlukan pengobatan yang lama yaitu 6 bulan (Naga, Sholeh S, 2014). Dukungan keluarga sangat penting untuk penyembuhan penyakit ini, keluarga perlu memberikan dukungan dan menjadi pengawas minum obat (PMO) untuk anggota keluarganya yang menderit TB paru. perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB paru dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki tentang TB paru. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang tinggi maka akan sadar terhadap perilaku sehat dan pengobatan terhadap penyakit TB paru yang dideritanya (wahyudi dalam (herawati, 2015). Tugas keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang menderita sakit TB paru masih kurang, salah satunya yang tampak yaitu, keluarga tidak pernah mengingatkan anggota keluarganya menutup mulut saat batuk dan kurang dalam menyediakan makanan yang bergizi, serta kurang perhatian terhadap penyakit yang diderita anggota keluarganya. (herawati, 2015)

World Health Organization (WHO) menetapkan jumlah penderita TB paru didunia diperkirakan bahwa 9,4 juta (kisaran 8,9-9,9 juta) kasus baru Tuberculosis terjadi di seluruh dunia pada tahun 2009 (Loscalzo, 2016) Tak hanya itu di Indonesia berdasarkan data riskesdas (2013), prevelensi penduduk Indonesia yang didiagnosis Tuberculosis paru oleh tenaga kesehatan tahun 2015 ditemukan jumlah kasus tuberculosis sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberculosis yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus (Najmah, 2016). Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah.

Kasus tuberculosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Profil Kesehatan Indonesia, 2016) untuk provinsi Jawa Timur merupakan penyumbang TB paru terbanyak setelah Jawa Barat. Pada tahun 2012, di Jawa Timur terdapat penderita TB paru sebanyak 41.472 penderita (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013).

Menurut hasil penelitian Jannah (2011) sebelum diberikan pendidikan kesehatan responden yang berperilaku baik sebanyak 20 responden sedangkan responden yang berperilaku buruk dan mengalami ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga terdapat 30 orang. Kasus Tuberculosis paru di Kota Lumajang pada tahun 2015 ditemukan sejumlah 1.077. Dengan 561 laki-laki, 516 perempuan dan 101 anak-anak (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015). Dari hasil studi pendahuluan di Puskesmas Rogotruncan pada tanggal 12 April 2017, diketahui data pasien Tuberculosis paru di wilayah kerja Puskesmas Rogotruncan dengan kasus baru TB mulai bulan Januari-Maret 2018 diketahui sejumlah 3 orang penderita TB paru, dengan jenis kelamin wanita 11 orang dan laki-laki 29 orang. Menurut hasil penelitian. Dari data prevalensi Puskesmas Rogotruncan masih terdapat 6 orang yang tidak patuh dalam pengobatannya dan mengalami kekambuhan hal ini perlu diberikan perhatian khusus agar manajemen kesehatan dalam keluarganya dapat efektif (Data Poli Khusus Puskesmas Rogotruncan Lumajang).

Ketidakkampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang menderita TB paru dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kurangnya informasi mengenai konsep penyakit TB paru, cara pengobatan TB paru, cara perawatan TB paru, dan pencegahan penularan TB paru yang dapat berdampak pada perilaku kesehatan keluarga, meningkatkan risiko penularan dan kambuhnya penyakit, bahkan menimbulkan kematian. Dari beberapa faktor di atas seringkali muncul masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, sehingga sangat perlu diberikan dukungan pengasuhan (*caregiver*), peningkatan keterlibatan keluarga, dan mobilisasi keluarga (Marwansyah, 2015).

Pemberian pendidikan kesehatan sangat penting diberikan untuk pasien dan anggota keluarganya seperti dukungan pengasuhan (*caregiver*) seperti memberikan informasi pada *caregiver* mengenai dukungan pelayanan kesehatan pada pasien TB,

dukungan pengambilan keputusan seperti menginformasikan kepada pasien mengenai solusi dengan cara yang jelas dan mendukung mengenai TB , dan peningkatan keterlibatan keluarga seperti menginformasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien dan anggota keluarga . Menurut WHO yang menyebutkan bahwa untuk merubah perilaku diperlukan startegi diantaranya adalah melalui cara pemberian pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan penularan penyakit, dan cara mencapai hidup sehat untuk mencapai hal tersebut tugas keluarga dibidang kesehatan sangat diperlukan antara lain adalah mengenal masalah kesehatan keluarga, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan, dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik. Permasalahan kesehatan akan teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga.(Pohan dalam (Marwansyah, 2015). Selanjutnya dengan bekal pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan pada akhirnya kan menyebabkan anggota keluarga memiliki prilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran dan bukan paksaan (Notoatmodjo dalam (Marwansyah, 2015)

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang”Asuhan Keperawatan KeluargaTuberkulosis Paru Pada Tn.A dan Tn.T DenganMasalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas RogotrunanKabupaten LumajangTahun 2018”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan keluarga pada pasien Tuberculosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga?

1.3 Tujuan Penelitian

Mengetahui asuhan keperawatan keluarga pada pasien Tuberculosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman dan wawasan tambahan bagi peneliti mengenai ilmu dibidang kesehatan, khususnya mengenai asuhan keperawatan keluarga pada pasien Tuberculosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

1.4.2 Bagi Institusi Terkait Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi atau sumber informasi dalam asuhan keperawatan keluarga pada pasien Tuberculosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

1.4.3 Bagi Responden Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan pengetahuan dalam memberikan penyuluhan kepada penderita tuberkulosis paru mengenai asuhan keperawatan keluarga pada pasien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi hasil studi deskriptif yang dilakukan oleh peneliti tentang asuhan keperawatan keluarga pada pasien tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

1.4.5 Bagi Peneliti Tingkat Lanjut

Peneliti ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar dalam mengembangkan penelitian selanjutnya tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sebagai proses penyembuhan pada penderita tuberkulosis paru terhadap kegiatan belajar mengajar.

BAB 2. TINJAUAN TEORI

Bab ini penulis akan menyajikan landasan teori, yang meliputi konsep Tuberculosis Paru, konsep dasar keluarga dan konsep asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan Tuberculosis Paru.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Secara umum, penyakit tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat kita. Penyakit tuberculosis paru dimulai dari tuberculosis, yang berarti suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (*basil*) yang dikenal dengan nama *mycobacterium tuberculosis*. Penularan penyakit ini melalui perantara ludah atau dahak penderita yang mengandung *basil* tuberculosis paru. Pada saat penderita batuk, butir-butir air ludah beterbangan diudara dan terhisap oleh orang sehat, sehingga masuk kedalam paru-parunya, yang kemudian menyebabkan penyakit tuberculosis paru (Naga, Sholeh S, 2014).

Tuberculosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* yang merupakan kuman *aerob* yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan oksigen yang tinggi (Rab, 2010).

Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Suatu bakteri *aerob* tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara *inhalasi* partikel kecil (diameter 1-5mm) yang mencapai *alveolus*, *droplet* tersebut keluar saat berbicara, batuk, bersin dan tertawa (Yasmara, Deni, 2017).

2.1.2 Etiologi

Penyakit tuberculosis adalah bakteri *mycobacterium tuberculosis* dan *mycobacterium bovis*. Kuman tersebut mempunyai ukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, dan tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar yang tebal yang terdiri dari *lipoid*.

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 tuberculosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat *dorman* dan *aerob*.

Bakteri tuberculosis ini mati pada pemanasan 100 °c selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60°c selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik bakteri ini tahan selama 1-2 jam diudara terutama ditempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara. (Widoyono, 2011)

2.1.3 Patofisiologi

Banyaknya kuman dalam paru-paru penderita menjadi satu indikasi tercepat penularan penyakit tuberculosis ini kepada seseorang. Penyebaran kuman tuberculosis ini terjadi di udara melalui dahak yang berupadroplet. Bagi penderita tuberculosis paru yang memiliki banyak sekali kuman, dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada pemeriksaan dahaknya .hal ini tentunya sangat menular dan berbahaya bagi lingkungan penderita.

Pada saat penderita batuk atau bersin, kuman Tuberculosis paru dan BTA positif yang berbentuk droplet/tetes yang sangat kecil ini akan beterbangan diudara. Droplet yang sangat kecil ini kemudian mengering dengan cepat dan menjadi droplet yang mengandung kuman tuberculosis. Kuman ini dapat bertahan diudara selama beberapa jam lamanya, sehingga cepat atau lambat droplet yang mengandung unsur kuman tuberculosis akan terhirup oleh orang lain. Apabila droplet ini telah terhirup dan bersarang di dalam paru-paru seseorang, maka kuman ini akan mulai membelah diri atau berkembang biak. Dari sinilah akan terjadi infeksi dari satu penderita ke calon penderita lain . (Naga, Sholeh S, 2014)

2.1.4 Manifestasi Klinis

a. Gejala Respiratorik:

1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini. Gejala ini penyakit ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi karena bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum) ini terjadi lebih dari 3 minggu. Keadaan yang lanjut adalah darah (*Hemoptoe*) karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

2) Batuk Darah

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

3) Sesak Nafas

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

4) Nyeri Dada

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

b. Gejala Sistemik

1) Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadang-kadang panas bahkan dapat mencapai 40-41°C. Keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.

Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam *influenza*, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek

2) Gejala Sistemik lain

Gejala sistemik lain adalah keringat malam, *anoreksia*, penurunan berat badan serta *malaise* (gejala *malaise* sering ditemukan berupa : tidak ada nafsu makan, sakit kepala, meriang, nyeri otot dll) (wahid, 2013).

2.1.5 Pencegahan Penularan

a. Sinar Matahari

Sinar matahari langsung membunuh kuman TB dalam waktu 5 menit. Maka, memanfaatkan sinar matahari adalah cara paling cocok untuk dilakukan di daerah tropis. (tetapi kuman-kuman dapat bertahan hidup selama bertahun-tahun ditempat gelap: mungkin banyak terjadi penularan dirumah atau digubuk yang gelap).

b. Sodium hipoklorit (1%)

Sodium hipoklorit (1%) melarutkan dahak dan mampu membunuh kuman TB dengan cepat. Tetapi digunakan didalam gelas, karena bahan tersebut dapat merusak logam. Bahan ini juga memutihkan/ memudarkan warna jika terkena bahan berwarna. Tambahkan hipoklorit dua kali volume dahak.

c. Panas

TB dimusnahkan dalam waktu 20 menit pada suhu 60°C dan dalam 5 menit pada suhu 70°C

d. Tisu

Tisu harus di bakar secepat mungkin sesudah digunakan.

1) Menjemur di udara dan dibawah sinar matahari untuk semua bahan-bahan yang digunakan seperti selimut, wol, katun dll, merupakan metode yang baik digunakan untuk daerah tropis

e. Meningkatkan daya tahan tubuh

f. Memperbaiki standart hidup

1) Makan-makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna

2) Lengkapi ventilasi yang baik

3) Usahakan tidur yang cukup dan teratur

4) Lakukan olahraga pada tempat yang mengandung udara segar

- g. Lakukan peningkatan kekebalan tubuh dengan vaksin BCG yang diberikan pada bayi baru lahir melalui SC (Alsagaf, 2005)

2.1.6 Komplikasi Tuberculosis Paru

- a. Hemomtisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah)

Yang dapat mengakibatkan kematian karena syok *hipovolemik* atau tersumbatnya jalan nafas

- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial

1) *Bronkiektasis* (peleburan bronkus setempat) dan *fibrosis* (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.

2) *Pneumotorik* (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan : kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.

3) Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.

- c. Infusienasi kardio pulmoner (wahid, 2013)

2.1.7 Tatalaksana

- 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)

- 6) Katagori pengobatan TB Paru

Untuk program nasional pemberantasan TB 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:

a) Katagori I

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

b) 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. Selanjutnya diberikan injeksi *Streptomisin* 1gr setiap hari.

c) Katagori III

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

- (1) 2 HRZ/6 HF
- (2) 2HRZ/4 HR
- (3) 2HRZ/4 H3R3

d) 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)

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)					
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Tinggi	10	10	10
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Rendah	25	35	50
Ethambutol (E)					
	Bakterisidal	Rendah	15	15	15
	Bakteriostatik	Rendah	15	30	45

(Muttaqin, 2011)

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-TB
- 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 (suddarth, 2015)

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 (Amalia, 2017)

2.1.8 Klasifikasi tuberculosis

a. Pembagian Secara Patologis :

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

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

c. Pembagian Secara Radiologis (luas lesi)

- 1) Tuberculosis Minimal

Terdapat sebagian kecil infiltrat nonkavitas pada satu paru maupun dua paru, tetapi jumlahnya tidak melebihi satu lobus paru

- 2) Moderately Advanced Tuberculosis

Ada kavitas dengan diameter tidak lebih dari 4 cm. Jumlah infiltrat bayangan halus tidak lebih dari 1 bagian paru. Bila bayangan kasar tidak lebih dari sepertiga bagian 1 paru.

- 3) Far Advanced Tuberculosis

Terdapat infiltrat dan kavitas yang melebihi keadaan pada moderately advanced tuberculosis

Klasifikasi Tuberculosis paru dibuat berdasarkan gejala klinik, *bakteriologik*, *radiologik*, dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menerapkan strategi terapi .

Sesuai dengan program gerdurias p2tb klasifikasi Tuberculosis paru dibagi sebagai berikut :

d. Tuberculosis paru BTA positif dengan kriteria :

- 1) Dengan atau tanpa gejala klinik
- 2) BTApositif : mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali dikosongkan biakan positif satu kali atau dikosongkan radiologik positif 1 kali.

- 3) Gambaran radiologik sesuai dengan tb paru

e. Tuberculosis paruBTA negatif dengan kriteria

- 1) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan tb paru aktif
- 2) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologik positif

f. Bekas Tuberculosis paru dengan kriteria

- 1) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif.
- 2) Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru
- 3) Radiologik menunjukkan gambaran lesi tb inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah
- 4) Ada riwayat pengobatan oat yang adekuat (lebih mendukung) (wahid, 2013)

2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

a. Laboratorium

1) Pemeriksaan 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-3 : 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 100lp disebut negative, ditemukan 1-9 BTA dalam 100lp, ditulis jumlah kuman yang ditemukan.
- b) Ditemukan 10-99 BTA dalam 100lp disebut + (1+)
- c) Ditemukan 1-10 BTA 1lp, disebut ++ atau (2+) minimal dibaca 50lp.
- d) Ditemukan >10 BTA dalam 1lp, disebut +++ atau (3+) minimal dibaca 20lp.

2) Test Tuberkulin/ Mantoux test

Test tuberkulin merupakan pemeriksaan guna menunjukkan reaksi imunitas seluler yang timbul setelah 4-8 minggu penderita mengalami pertama dengan basil tuberculosis. Biasanya dipakai tes mantoux yakni menyuntikkan 0,1cc tuberculin P.P.D (purified protein derivative), intra cutan. Test tuberculin hanya mengatakan apakah seseorang individu sedang atau pernah mengalami *M. Tuberculosis*, *M bovis*, vaksin BCG dan *Mycobacteria* patogen lainnya. Dasar tes tuberculin ini adalah reaksi alergi tipe lambat. Setelah 48-72 jam tuberculin disuntikkan, akan timbul reaksi berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrat limfosit yakni reaksi persenyawaan antara antibodi seluler dan antigen tuberculin. Banyak sedikitnya reaksi persenyawaan antibodi seluler dan antigen tuberculosis amat dipengaruhi oleh antibodi humoral, makin kecil indurasi (diameternya) yang ditimbulkan.

Hasil Mantoux test :

- a) Indurasi 0-5 mm : Mantoux negatif= golongan no sensitivity. Peran antibodi humoral masih menonjol.
 - b) Indurasi 6-9 mm : Hasil diragukan= golongan low grade sensitivity. Peran antibodi humoral masih menonjol.
 - c) Indurasi 10-15 mm : Mantoux positif= golongan normal sensitivity. Peran antibodi humoral seimbang.
 - d) Indurasi >15 mm : Mantoux positif kuat= golongan hipersensitivity. Antibodi selular paling menonjol . (Sudoyo, 2009)
- 3) Pemeriksaan atau uji kulit tuberkulin positif pada kedua fase aktif dan inaktif
- 4) Pewarnaan dan kultur sputum, cairan *serebrospinal*, urine, rabs abses, atau cairan pleura memperlihatkan adanya basil tahan asam yang *aerob*, nonmotil, dan sensitif.

b. Pencitraan

- 1) Foto toraks memperlihatkan lesi nodular, bercak infiltrat, pembentukankavitas, jaringan parut, dan deposit kalsium.
- 2) CT scan atau MRI memperlihatkan adanya dan meluasnya kerusakan paru.

c. Prosedur Diagnostik

1) Spesimen *bronkoskopi* memperlihatkan adanya basil tahan-asam yang bersifat aerobik, non-motil, dan sensitif terhadap panas dalam *spesimen* (Yasmara, Deni, 2017).

d. Pemeriksaan 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.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah tangga. Jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan mempengaruhi anggota keluarga lain dan keluarga yang berada di sekitarnya. Salah satu penyakit yang sering dijumpai pada keluarga adalah Tuberculosis paru dan penyembuhannya memerlukan perawatan serta perhatian dari anggota keluarga lainnya. Penyembuhan TB paru membutuhkan waktu yang cukup lama, oleh karena itu peran keluarga dalam keperawatan penderita sangat penting (Achjar, 2012).

2.2.2 Ciri-ciri Keluarga

a. Terorganisasi

Keluarga merupakan cerminan organisasi dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing untuk mencapai tujuan keluarga. Dalam menjalankan peran dan fungsinya, anggota keluarga saling berhubungan dan saling bergantung antara satu dengan yang lainnya.

b. Keterbatasan

Setiap anggota keluarga memiliki kebebasan, namun juga memiliki keterbatasan dalam menjalankan peran dan fungsinya.

c. Perbedaan dan Kekhususan

Setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing. Peran dan fungsi tersebut cenderung berbeda dan khas, yang menunjukkan adanya ciri perbedaan dan kekhususan. Misalnya saja ayah sebagai pencari nafkah utama dan ibu yang bertugas merawat anak-anaknya. (Widyanto F. C., 2014)

2.2.3 Tipe-tipe Keluarga

a. Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b. Keluarga Besar (*Extented Family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah yang terdiri dari (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu dll). Keluarga besar ini lebih rentan terkena infeksi TB karena, jumlah orang yang tinggal di dalamnya lebih banyak, yang dapat menimbulkan resiko cepatnya penularan kuman TB.

c. Keluarga Bentukan Kembali (*Fyadic Family*)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

d. Orang Tua Tunggal (*Single Parent Family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

e. The Single Adult Living Alone

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

f. The Unmarried Teenage Mother

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan

g. Keluarga Usila (Niddle age / Aging couple)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal dirumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah / kawin/ meniti karir. (Gusti, 2013)

2.2.4 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 suami.

d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga Kawin

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

2.2.5 Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengespresikan kasih sayang. Fungsi afektif sangat penting pada pasien tuberculosis paru karena keluarga harus berperan mengingatkan anggota keluarganya yang sakit tuberculosis paru untuk teratur minum obat serta harus menjadi PMO untuk anggota keluarganya yang sakit.

b. Fungsi Sosialisasi

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

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga. Kurangnya merawat anggota keluarga yang sakit sangat berpengaruh pada pasien TB, karena keluarga berperan sebagai PMO (pengawas minum obat) untuk anggota keluarganya yang sakit.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna mentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari. Masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial pasangan masing-masing. Masing masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya. Misalnya kebiasaan makan, tidur, bangun pagi, bekerja, dan sebagainya. Hal lain yang perlu diputuskan adalah kapan waktu yang tepat untuk mempunyai anak dan berapa jumlah anak yang diharapkan. Fungsi ekonomi ini juga perlu diperhatikan karena seorang dengan ekonomi rendah rentan terkena

kurang gizi yang dapat menimbulkan mudahnya terinfeksi Tuberculosis paru. status ekonomi berpengaruh dalam tingkat kesehatan. Namun masalah penyakit tuberculosis paru bersifat kompleks karena tidak hanya faktor ekonomi yang berperan pada penyakit ini tetapi banyak faktor yang mempengaruhi . oleh karena itu perbaikan ekonomi dianggap dapat menjadi alat pembangunan kesehatan (Rosiana, 2013)

2.2.6 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

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 yang secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

b. Tahap II keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Keluarga yang menantikan kelahiran di mulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertamadan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (2.5 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami-istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama memberikan perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan tersebut harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Masalah yang sering terjadi dengan kelahiran bayi adalah pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap menjadi ayah atau sebaliknya istri belum siap menjadi ibu. Tugas perkembangan pada masa ini antara lain :

- 1) Persiapan menjadi orang tua
- 2) Membagi peran dan tanggung jawab
- 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan
- 4) Mempersiapkan biaya atau dana *child bearing*
- 5) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga

- 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita
- 7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

Fungsi perawat dalam tahap ini adalah melakukan perawatan dan konsultasi terutama bagaimana merawat bayi, mengenali gangguan kesehatan bayi secara dini dan cara mengatasinya, imunisasi, tumbuh kembang anak, interaksi keluarga, keluarga berencana, serta pemenuhan kebutuhan anak terutama pada ibu yang bekerja.

c. Tahap III keluarga dengan anak prasekolah (*families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak prasekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat bergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa, sehingga kebutuhan anak, suami istri, dan pekerjaan (purna waktu/paruh waktu) dapat terpenuhi. Orang tua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan kerja sama antara suami istri. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak, khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti : kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik didalam maupun diluar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak (tahap paling repot)
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga

7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melakukan perawatan dan penyuluhan kepada orang tua tentang penyakit serta kecelakaan yang biasanya terjadi pada anak-anak. *Sibling rivalry* tumbuh kembang anak, keluarga berencana, peningkatan kesehatan, dan mensosialisasi anak.

d. Tahap IV keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas disekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini keluarga (orang tua) perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktivitas disekolah maupun di luar sekolah. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan, dan semangat belajar
- 2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan
- 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- 4) Menyediakan aktivitas untuk anak
- 5) Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikutsertakan anak.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melakukan perawatan dan konsultasi, baik dalam keluarga maupun di sekolah. Misalnya pada anak yang mengalami gangguan kesehatan. Perawat bekerja sama dengan guru sekolah dan orang tua anak.

e. tahap V keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan orang taunya. Tujuan keluarga adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Tahap ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orang tua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Anak harus mempunyai otoritas sendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya. Sering kali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya, sementara orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan, dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja tetap harmonis. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut :

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah mengarahkan keluarga pada peningkatan dan pencegahan penyakit. Penyuluhan tentang penyakit kardiovaskular pada usia lanjut, penyuluhan tentang obat-obatan terlarang, minum keras, seks, pencegahan kecelakaan pada remaja, serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orang tua dengan anak remajanya.

f. Tahap VI keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launching center families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua, tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya untuk hidup sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu memnata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak-anaknya sudah tidak tinggal serumah lagi. Guna mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukan

aktivitas kerja, meninggalkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan anak. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini di antaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga
- 6) Berperan suami istri, kekek, dan nenek
- 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya
- 8) Membantu orang tua usia lanjut dan sakit-sakitan dari pihak suami maupun istri.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah sebagai pemberi konsultasi penyakit-penyakit yang dapat timbul. Misalnya penyakit kronis dan faktor-faktor predisposisi seperti *kolesterol* tinggi, *obesitas*, *hipertensi*, *menopause*, serta peningkatan kesehatan dan pola hidup sehat yang juga perlu diperhatikan.

g. Tahap VII keluarga usia pertengahan (*middle age families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Beberapa pasangan pada fase ini akan di rasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak, dan perasaan gagal sebagai orang tua.

Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas. Pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup, dan mengisi waktu dengan pekerjaan. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antargenerasi atau anak cucu, sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dieratkan dengan memerhatikan ketergantungan dan kemandirian masing-masing pasangan .Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Mempertahankan kesehatan

- 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai
- 3) Memulihkan hubungan antara generasi muda dengan generasi tua
- 4) Keakraban dengan pasangan
- 5) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga
- 6) Persiapan masa tua atau pensiun dan meningkatkan keakraban pasangan.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan, seperti : kebutuhan istirahat yang cukup, aktiitas yang ringan sesuai dengan kemampuan, nutrisi yang baik, berat badan yang sesuai dan sebagainya.

h. Tahap VIII keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai pada saat salah satu pasangan meninggal, sampai keduanya meninggal. Proses usia lanjut dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stresor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stresor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan, serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Usia lanjut umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal dirumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat
- 5) Melakukan *file review*
- 6) Menerima kematian pasangan, hewan, dan mempersiapkan kematian.

Fungsi perawat pada fase ini adalah melakukan perawatan pada orang tua, terutama terhadap penyakit-penyakit kronis dari fase akut sampai rehabilitasi.

Memperhatikan peningkatan kesehatan seperti : nutrisi, aktivitas, istirahat, pemeriksaan mata, gigi, dan pencegahan kecelakaan dirumah.

i. Tugas Kesehatan Keluarga

Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan dengan baik berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Selain keluarga mampu melaksanakan fungsi dengan baik, keluarga juga harus mampu melakukan tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut :

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga pada pasien dengan Tuberculosis Paru

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh ditinggalkan. Karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat pada pasien dengan Tuberculosis Paru

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

3) Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit dengan Tuberculosis Paru

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasakan mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan

di institusi pelayanan kesehatan atau dirumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat pada pasien dengan Tuberculosis Paru

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat untuk pengobatan Tuberculosis Paru(Mubarak, 2009)

Permasalahan kesehatan maupun keperawatan yang dialami oleh keluarga dapat teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Anggota keluarga perlu diberdayakan dalam melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga agar tidak terjadi kesalan dalam perawatan penderita dirumah. Oleh karena itu pemberdayaan keluarga dilakukan dengan melibatkan tenaga kesehatan dan pendukung sistem dari penderita TB paru.

2.2.7 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengkajian Pasien dengan Tuberculosis Paru

Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus anggota keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metodewawancara, observasi, pemeriksaan fisik, atau melalui data sekunder seperti data di puskesmas, desa, bidan, hasil pemeriksaanlaboratorium, dan lain sebagainya. Adapun data yang harus dikaji dalam keluarga yaitu :

- 1) Data Umum Keluarga
- 2) Nama Kepala Keluarga (kk)
- 3) Umur dan Jenis Kelamin (kk)

berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Manalu (2010),menyatakan bahwa penderita TBC paru cenderung lebih tinggi pada jenis

kelamin laki-laki dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan, pada perempuan potensi meninggal atau terjadi kematian lebih sering disebabkan karena proses persalinan sedangkan pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena laki-laki cenderung banyak yang melakukan aktivitas di luar, sehingga peluang tertular kuman TB paru lebih besar dibandingkan perempuan laki-laki juga memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol, dan pekerjaan sehingga dapat menurunkan sistem imun dalam tubuh sehingga lebih mudah terpapar agen penyebab TB paru. Pada TB paru faktor usia juga berpengaruh untuk terkena penyakit ini yaitu pada usia produktif, usia produktif yaitu usia 15-55 tahun lebih rentan terjangkit penyakit TB paru sedangkan pada pasien 1 sudah usia 58 dimana pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunitas sudah menurun sehingga sangat rentan tertular berbagai penyakit terutama Tb paru (Manalu, 2010)

4) Pendidikan (kk)

Faktor pendidikan berpengaruh dalam penyakit TB paru. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mampu untuk mengambil keputusan kesehatan, semakin banyak informasi yang didapatkan tentang penyakit TB paru dan pengobatan TB paru maka semakin teratur pula proses pengobatannya. (Sutanta, 2014)

5) Pekerjaan (kk)\

Jenis pekerjaan (supir, buruh, tukang bangunan) lebih beresiko terkena penyakit TB paru karena pekerjaan tersebut merupakan pekerjaan memberikan kontribusi seseorang terjangkit TB paru, terkait dengan keterpaparan kuman dibandingkan dengan jenis pekerjaan lain seperti PNS, TNI dan karyawan. Pekerjaan tersebut berhubungan dengan tingkat pendapatan seseorang yang dapat mempengaruhi status sosial ekonomi (Nurhanah, 2010).

6) Alamat

7) Komposisi keluarga yang berisi mengenai riwayat anggota keluarga

Data ini biasanya disajikan dalam bentuk tabel .

8) Genogram / Silsilah Keluarga

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

9) Tipe Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional.

a) Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b) Keluarga Besar (*Extented Family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu dll). Keluarga besar ini lebih rentan terkena infeksi TB karena, jumlah orang yang tinggal di dalamnya lebih banyak, yang dapat menimbulkan resiko cepatnya penularan kuman TB.

c) Keluarga Bentukan Kembali (*Fyadic Family*)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

d) Orang Tua Tunggal (*Single Parent Family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

e) The Single Adult Living Alone

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

f) The Unmarried Teenage Mother

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan

g) Keluarga Usila (*Niddle age / Aging couple*)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal dirumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah / kawin/ meniti karir. (Gusti, 2013)

10) Suku Bangsa

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

11) Agama

Data ini menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan agama yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

12) Status Sosial Ekonomi

Data ini menjelaskan mengenai pendapatan kepala keluarga maupun anggota keluarga yang sudah bekerja, kebutuhan sehari-hari serta harta kekayaan atau barang-barang yang dimiliki keluarga. Status ekonomi perlu diperhatikan karena seorang dengan ekonomi rendah rentan terkena kurang gizi yang dapat menimbulkan mudahnya terinfeksi Tuberculosis paru.

13) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi atau *refreshing*. Rekreasi tidak harus ke tempat wisata, namun menonton tv, mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga (Widyanto F. C., 2014).

2.2.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Data ini ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti,

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.

c. Riwayat keluarga inti

Data ini menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan, yang biasa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan.

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Data ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami dan istri (Widyanto F. C., 2014).

2.2.9 Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik Rumah

Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, penempatan perabotan rumah tangga, jenis wc, serta jarak wc ke sumber air. Data karakteristik rumah disajikan dalam bentuk denah (Widyanto F. C., 2014).

1) Letak Rumah yang Sehat

- a) Tidak didirikan di dekat tempat sampah yang dikumpulkan atau yang dibuang
- b) Dekat dengan air bersih
- c) Jarak kurang lebih 100 meter dari tempat buangan sampah
- d) Dekat dengan sarana pembersihan
- e) Di tempat dimana air hujan dan air kotor tidak menggenang (Efendi, 2013).

2) Ruang yang Sehat

Cukup luas ditempati, cukup bersih, cukup penerangan alami dalam rumah, (dapat membaca koran tanpa penerangan tambahan di pagi hari) karena sinar matahari dapat membunuh kuman TB paru (Efendi, 2013).

3) Tata Ruang yang Sehat

- a) Disediakan cara tersendiri untuk membuang air limbah atau mungkin untuk menyirami tanaman-tanaman di kebun
- b) Disediakan tempat khusus untuk pembuangan sampah padat
- c) Terdapat tempat khusus (kadang diluar rumah) untuk binatang peliharaan
- d) Bebas dari binatang menular antara lain bebas jentik, bebas tikus, dan bebas kecoa (Efendi, 2013).

4) Ventilasi dan Sirkulasi Udara yang Lancar

- a) Ruang yang cukup di mana penghuninya tidak terlalu banyak, terutama saat mereka sedang tidur
- b) Kandang peliharaan sekurang-kurangnya 10 meter dari rumah

- c) Terdapat tempat untuk mandi dan mencuci makanan serta alat-alat rumah tangga lainnya dengan limbah rumah tangga digunakan untuk menyirami tanaman di halaman atau dikebun
 - d) Mempunyai tempat khusus untuk menyimpan makanan dan minuman yang mudah dijangkau serta aman dari debu, tikus, serangga, dan binatang lainnya.
 - e) Mempunyai tempat khusus memasak serta lubang atau saluran pembuangan asap
 - f) Mempunyai jendela yang memungkinkan udara segar masuk sehingga udara kotor atau asap yang berada di luar dapat segera terbawa keluar. Ventilasi yang baik adalah 10% dari luas ruangan, ventilasi harus memungkinkan sinar matahari masuk ke dalam rumah, karena kuman TB dapat mati jika terkena sinar matahari.
 - g) Memiliki tempat-tempat terlindung guna menyimpan barang-barang apapun yang harus dijauhkan dari jangkauan anak-anak (Efendi, 2013).
- 5) Lantai dan Dinding yang Aman
- a) Mudah dibersihkan
 - b) Permukaan halus atau rata
 - c) Lantai terbuat dari kayu, bambu, ubin, atau plester (Efendi, 2013).
- b. Karakteristik Tetangga dan Komunitas Setempat

Data ini menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan, budaya yang mempengaruhi kesehatan, tempat tinggal didesa lebih banyak menderita TB paru karena di desa interaksi antar warga lebih sering serta penduduk yang tinggal didesa menunjukkan kurang memperhatikan terhadap pola hidup bersih dan sehat hal ini sangat berpengaruh untuk terjadinya penyakit TB paru (Widyanto F. C., 2014)

c. Mobilitas Geografis Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat (Widyanto F. C., 2014)

d. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauhmana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat (Widyanto F. C., 2014)

e. Sistem Pendukung Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya (Widyanto F. C., 2014)

f. Struktur Komunikasi dengan Keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara komunikasi dengan keluarga serta frekuensinya.

2) Struktur kekuatan keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kemampuan keluarga untuk merubah perilaku antara anggota keluarga.

3) Struktur peran

Data ini menjelaskan mengenai menjelaskan peran anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat yang terbagi menjadi peran formal dan informal.

4) Nilai / norma keluarga

Data ini menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait kesehatan khususnya pada penyakit Tuberculosis paru (Widyanto F. C., 2014)

g. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan kasih sayang, saling menghargai, dan lain sebagainya. Fungsi ini sangat berguna, karena dalam pengobatan Tuberculosis paru keluarga berperan mengingatkan anggota keluarganya yang sakit tuberculosis paru untuk teratur minum obat.

2) Fungsi Sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

- a) Mengenal Masalah Kesehatan Sejauh mana keluarga mengetahui fakta kesehatan meliputi pengertian, tanda gejala, penyebab serta persepsi keluarga tentang masalah penyakit Tuberculosis paru.
- b) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat : (1) sejauh mana keluarga mengerti sifat dan luasnya masalah, (2) apakah masalah dirasakan keluarga, (3) apakah keluarga menyerah dengan masalah tersebut, (4) apakah keluarga merasa takut akibat dari tindakan terhadap penyakit yang diderita, (5) apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, (6) apakah masalah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, (7) apakah keluarga mendapat informasi yang salah tentang masalah Tuberculosis Paru.
- c) Merawat anggota yang sakit : (1) sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, kondisi, komplikasi, prognosis, dan cara perawatannya). (2) sejauhmana keluarga mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan (3) sejauhmana keluarga sumber-sumber yang ada dalam keluarga untuk perawatan anggota keluarga yang sakit (4) bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit dengan Tuberculosis Paru.
- d) Memelihara lingkungan yang sehat : (1) sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki untuk memodifikasi lingkungan yang sehat (2) sejauhmana keluarga melihat manfaat pemeliharaan lingkungan (3) sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya kebersihan dan sanitasi (4) sejauhmana sikap atau pandangan keluarga terhadap kebersihan dan sanitasi (5) sejauhmana kekompakan keluarga.
- e) Menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat : (1) sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan dimasyarakat (2) sejauhmana keluarga mengetahui keuntungan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan (3) apakah keluarga pernah mempunyai pengalaman kurang baik terhadap petugas atau pelayanan kesehatan (4) apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau keluarga.

4) Fungsi Reproduksi

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

5) Fungsi Ekonomi

Kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan. Fungsi ekonomi perlu diperhatikan karena seorang dengan ekonomi rendah rentan terkena kurang gizi yang dapat menimbulkan mudahnya terinfeksi Tuberculosis paru. Sosial ekonomi merupakan penyebab tidak langsung pada kejadian TB paruseperti pemenuhan gizi keluarga yang tidak terpenuhi, tidak mampu memenuhi perumahan yang sehat serta pemenuhan akses kesehatan yang menurun. Hal tersebut dapat mempengaruhi daya imun seseorang hingga pada akhirnya mudah terkena penyakit TB paru (Widyanto F. C., 2014)

2.2.10 Stres dan Koping Keluarga

- a. Stresor jangka pendek, yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan dalam mengatasi masalah penyakit Tuberculosis paru.
- b. Stresor jangka panjang, yaitu stresor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan dalam mengatasi masalah penyakit Tuberculosis paru.
- c. Kemampuan keluarga berespons terhadap situasi atau stresor, mengkaji sejauh mana keluarga berespons terhadap situasi atau stressor, selama mengalami masalah penyakit Tuberculosis paru.
- d. Strategi koping yang digunakan, strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan penyakit Tuberculosis Paru.
- e. Strategi adaptasi disfungsional, menjelaskan adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan mengenai penyakit Tuberculosis paru (Mubarak, 2009)

2.2.11 Pemeriksaan Fisik

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. C., 2014).

a. B1 (Breathing)

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

1) Inspeksi

Klien dengan *tuberculosis 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. *Tuberculosis paru* yang disertai atelektasi 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 tuberculosi 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. Tuberculosi paru tanpa komplikasi pada saat dilakukan palpasi, gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Adanya penurunan gerakan dinding pernapasan biasanya ditemukan pada klien tuberculosi paru dengan kerusakan parenkim paru yang luas. Getaran suara (*fremitus vokal*). Getaran yang terasa ketika perawat meletakkan tangannya di dada klien saat klien berbicara adalah bunyi yang dibandingkan oleh penjalaran dalam laring arah distalsepanjang pohon brobkhial 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 transmisi getaran suara harus melewati cairan yang berkumulasi di rongga pleura.

3) Perkusi

Pada klien dengan tuberkulosis paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi rosonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada klien 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 hiperresonansi terutama jika pneumotoraks ventil yang mendorong posisi paru ke sisi yang sehat.

4) Auskultasi

Pada klien dengan tuberkulosis paru didapatkan bunyi napas tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana didapatkan adanya ronkhi, rale, crackle, wheezing. Bunyi yang terdengar melalui stetoskop ketika klien berbicara disebut sebagai *rosonan vokal*. Klien dengan tuberkulosis paru yang disertai dengan komplikasi seperti efusi pleura dan pneumotoraks akan didapatkan penurunan rosonansi vokal pada sisi yang sakit.

b. B2 (Blood)

Pada klien 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 pasien tuberkulosis paru biasanya. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

c. B3 (Brain)

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

d. 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. Klien diinformasikan agar terbiasa dengan urine yang berwarna jingga pekat dan berbau yang menandakan fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena meminum OAT terutama Rifampisin.

e. B5 (Bowel)

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

f. B6 (Bone)

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

2.2.12 Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan yang ada dalam pengobatan Tuberculosis paru (Widyanto F. C., 2014).

2.3 Perumusan diagnosis keperawatan keluarga

Masalah yang muncul pada pasien *Tuberculosis Paru* menurut Doenges dan Nanda

2.3.1 Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien tuberculosis paru

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis paru

- b. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis paru
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis Paru
- d. Ketidak patuhan terapi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Tuberculosis paru terhadap program pengobatan, dan kontrol proses penyakit
- e. Resiko penularan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis paru
- f. Resiko Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit dengan Tuberculosis paru
- g. Peningkatan Status kesehatan berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- h. Kepatuhan minum obat berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

2.4 Diagnosa

Masalah yang muncul pada pasien Tuberculosis paru :
ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

2.4.1 Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelannya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu

2.4.2 Batasan Karakteristik

Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko, kesulitan dengan regimen yang ditetapkan, ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, kurang perhatian terhadap penyakit

2.4.3 Faktor Yang Berhubungan

- a. Kerumitan regimen terapeutik

- b. Kerumitan sistem pelayanan kesehatan
- c. Kesulitan ekonomi
- d. Konflik keluarga
- e. Konflik pengambilan keputusan (Nanda, 2015)

2.5 Intervensi Keperawatan

2.5.1 NOC

- a. Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional
 - 1) Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan
 - 2) Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan
 - 3) Menyediakan informasi yang relevan
 - 4) Memperoleh informasi yang diperlukan
 - 5) Bekerjasama dalam menentukan perawatan
 - 6) Membuat keputusan ketika pasien tidak dapat melakukan
 - 7) Berpartisipasi dalam keputusan bersama dengan pasien
 - 8) Berpartisipasi dalam tujuan terkait dengan perawatan
- b. Pembuatan keputusan
 - 1) Mengidentifikasi masalah yang relevan
 - 2) Mengidentifikasi alternatif (pilihan)
 - 3) Mengidentifikasi sumberdaya yang dibutuhkan untuk mendukung setiap alternatif
- c. Dukungan keluargaselama perawatan
 - 1) Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit
 - 2) Anggota keluarga mengekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga yang sakit
 - 3) Anggota keluarga bertanya bagaimana mereka dapat membantu
 - 4) Meminta informasi mengenai kondisi pasien
 - 5) Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakitbekerjasama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan keperawatan

2.5.2 Intervensi NIC

a. Dukungan pengasuhan (caregiver support)

- 1) Mengkaji tingkat pengetahuan caregiver
- 2) Menyediakan dukungan untuk pengambilan keputusan *caregiver*
- 3) Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien
- 4) Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien
- 5) Mengajarkan pada *caregiver* mengenai pemberian terapi bagi pasien sesuai keinginan pasien
- 6) Mengajarkan *caregiver* mengenai cara meningkatkan rasa aman bagi pasien
- 7) Memberikan informasi pada *caregiver* mengenai dukungan pelayanan kesehatan

b. Dukungan pengambilan keputusan

- 1) Informasikan kepada pasien mengenai solusi dengan cara yang jelas dan mendukung
- 2) Berikan informasi sesuai dengan permintaan pasien
- 3) Jadilah penghubung antara pasien dan keluarga
- 4) Informasikan keuntungan dan kerugian setiap alternatif pilihan

c. Peningkatan keterlibatan keluarga

- 1) Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien identifikasi preferensi anggota keluarga untuk keterlibatan dengan pasien
- 2) Monitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien
- 3) Berikan informasi penting kepada anggota keluarga mengenai pasien
- 4) Informasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien dan anggota keluarga

d. Dukungan keluarga

- 1) Berikan pengetahuan yang dibutuhkan bagi keluarga terkait pasien
- 2) Bantu keluarga untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan alat yang dibutuhkan untuk mendukung perawatan pasien

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif atau studi kasus. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah studi kasus, yaitu suatu pendekatan untuk mempelajari, atau menginterpretasikan suatu kasus dalam konteks secara natural tanpa adanya intervensi dari pihak luar. Dalam studi kasus ini yaitu untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *tuberculosis paru* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah asuhan keperawatan pada pasien *tuberculosis paru* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang.

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah munculnya masalah baru dan melaksanakan tindakan serta mengevaluasi tindakan yang diberikan (Rohmah, 2013)

3.2.2 Tuberculosis Paru

Tuberculosis paru merupakan infeksi bakteri kronik yang disebabkan oleh *Mycobakterium Tuberculosis*. yang biasanya ditandai dengan batuk, batuk darah, sesak nafas, demam, penurunan berat badan serta melaise.

3.2.3 Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

a. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelannya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu

b. Batasan Karakteristik

Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko, kesulitan dengan regimen yang ditetapkan, ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, kurang perhatian terhadap penyakit

c. Faktor Yang Berhubungan

- 1) Kerumitan regimen terapeutik
- 2) Kerumitan sistem pelayanan kesehatan
- 3) Kesulitan ekonomi
- 4) Konflik keluarga
- 5) Konflik pengambilan keputusan (Nanda, 2015)

3.3 Partisipan

Partisipan dalam menyusun studi kasus adalah 2 pasien Tuberculosis Paru yang memiliki masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yang memiliki batasan karakteristik :

3.3.1 Keluarga klien berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang

3.3.2 Keluarga yang mengalami Tuberculosis parudan keluarga klien setuju serta menandatangani *informed consent* setelah diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian.

3.3.3 pasien yang berusia lebih dari 21 tahun

3.3.4 Partisipan pasien terdata di data register poli khusus puskesmas rogotrunan lumajang.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

3.4.2 Waktu

Penelitian ini akan dilakukan pada dilaksanakan kunjungan sebanyak 3 kali kunjungan selama 2 minggu, pada pasien satu dilaksanakan pada tanggal 18 maret 2018, 23 maret 2018, 25 maret 2018 sedangkan pada pasien 2 dilaksanakan pada tanggal 17 maret 2018, 21 msret 2018, dan 25 maret 2018.

3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus ini diantaranya yaitu :

3.5.1 Observasi

Metode observasi ini meliputi penjelasan kegiatan pengamatan langsung oleh observer untuk mendukung penulisan proposal untuk dilanjutkan pada penulisan Karya Tulis Ilmiah. Didalam studi kasus ini peneliti mengumpulkan data berupa Tanda-tanda vital, data pemeriksaan fisik, dan data pengkajian rumah.

3.5.2 Wawancara

Suatu metode pengumpulan data dengan memberikan pertanyaan pada partisipan untuk mendukung penulisan Karya Tulis Ilmiah. Didalam panelitian ini mengumpulkan data berupa identitas umum responden, keluhan umum, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit masa lalu dan keluarga, dan pola fungsi kesehatan.

3.5.3 Dokumentasi

Observer melakukan studi dokumentasi untuk mendapatkan data relevan yang dapat menunjang data yang dihasilkan melalui penelitian wawancara dan observasi. Data dokumentasi yang diperlukan oleh peneliti meliputi hasil pemeriksaan laboratorium, foto rongen, pemeriksaan dahak, pemeriksaan CT Scan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data halusinasi dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan :

3.6.1 Memperpanjang pengamatan/tindakan

3.6.2 Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti.

3.7. Analisa Data

3.7.1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur) (Hidayat, 2012)

3.7.2. Mereduksi Data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal (Hidayat, 2012)

3.7.3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien dan sebelum pengkajian klien menandatangani *informed consent* (Hidayat, 2012)

3.7.4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi (Hidayat, 2012)

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden (Hidayat, 2012)

3.8.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)

Anonymity merupakan Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial, nomor atau kode pada lembar pengumpulan data (Hidayat, 2012)

3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2012)

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang muncul pada keluarga pasien dengan TB paru dengan masalah keperawatan keluarga adalah adanya ketidaktahuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan pada anggota keluarganya.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Batasan karakteristik ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga menurut NANDA tahun 2015 berjumlah 5 batasan karakteristik. Salah satu batasan karakteristik yang muncul pada pasien TB paru adalah kurang perhatian pada penyakit yaitu pasien tidak melakukan pengobatan dan kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko yaitu keluarga tidak menggunakan masker saat berinteraksi dengan pasien.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga terdapat 9 intervensi yaitu pemberian pendidikan kesehatan mengenai TB paru secara detail, pengajaran batuk efektif, pengajaran pembuangan sputum yang benar, cara membuat cairan desinfektan untuk pembuangan dahak, anjuran membuka ventilasi setiap hari, anjuran menjemur alat tidur minimal 1 kali seminggu.

5.1.3 Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien TB paru dengan masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga adalah pemberian pendidikan kesehatan mengenai TB paru terdapat 6 yang terlaksana sesuai dengan intervensi keperawatan mulai dari (pengertian TB paru, penyebab TB paru, tanda gejala TB paru dan cara pencegahan penularan TB paru), mengajarkan batuk efektif, dan mengajarkan pembuatan cairan desinfektan untuk membuang dahak.

5.1.4 Evaluasi

Kriteria hasil yang dicapai dalam 3 kali kunjungan terhadap keluarga dengan TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan menjemen kesehatan keluarga antara lain keluarga mampu memahami TB paru (pengertian, penyebab, tanda gejala dan pencegahan penularan), mampu mempraktikkan batuk efektif dan mampu mempraktikkan cara pembuatan cairan desinfektan untuk pembersihan dahak.

Kriteria hasil yang belum tercapai dalam 3 kali kunjungan pada pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan menjemen kesehatan yaitu mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan diantaranya mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam menyediakan sumberdaya yang dibutuhkan untuk mendukung terapi TB, mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan dan mengidentifikasi masalah yang relevan dengan TB paru.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Perawat

Tindakan keperawatan pada pasien TB paru dengan ketidakefektifan menjemen kesehatan keluarga membutuhkan lebih dari 3 kali kunjungan untuk mencapai 5 kriteria hasil.

5.2.2 Bagi Keluarga

Dengan adanya anggota keluarga yang menderita TB paru, keluarga memiliki peran penting dalam penyembuhan penyakit TB paru, karena pada penyakit TB paru sangat dibutuhkan PMO untuk mengontrol pengobatan pada pasien TB paru

5.2.3 Bagi Puskesmas Rogotruman

Bagi Puskesmas Rogotruman untuk dapat menjadi referensi dan pemberian tambahan waktu dan durasi kunjungan keluarga dengan TB paru dengan ketidakefektifan menjemen kesehatan keluarga

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya untuk bisa lebih spesifik lagi dalam menentukan kriteria hasil dan intervensi untuk keluarga dengan TB paru dengan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga



DAFTAR PUSKATA

- Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga* . Jakarta: Cv Sagung Seto.
- Ahmad. (2015). *Harrison Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam. Vol. 2. E/13.* Jakarta: Egc
- Alsagaf, H. A. (2005). *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru* . Surabaya .
- Amalia, W. (2017). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pada Klien Tuberculosis. Www.Google-Askep Keluarga-Tb Paru.Com, Ciamis- Depok.*
- Amrullah, M. A. (2013). *Panduan Menyusun Proposal Skripsi Tesis & Disertasi.* Jakarta: Smart Pustaka.
- Aundrey, J. (2010). *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik Buku Saku Klinis, Ed. 7.* Jakarta: Egc.
- Buleckhek, G. M. (2013). *Nursing Interventions Classification.* Indonesian: Cv. Mocomedia.
- Burke, K. M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Ed. 5, Vol. 4.* Jakarta: Egc.
- Djannah, S. N. (2009). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Pencegahan Penularan Tbc Pada Mahasiswa Di Asrama Manokwari Sleman Yogyakarta. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap Dengan Prilaku Pencegahan, Yogyakarta.*
- Efendi, F. (2013). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori Dan Praktik Dalam Keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga.* Jakarta: Cv. Trans Info Media.
- Hidayat, A. A. (2012). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa.* Jakarta: Salemba Medika.
- Indonesia, P. K. (2016).

- Loscalzo, J. (2016). *Harrison Pulmonologi Dan Penyakit Dalam*. Jakarta: Ecg.
- Manalu, H. S. (2010). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Tb Paru Dan Upaya Penanggulangannya. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 1340-1346.
- Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit Dengan Gangguan Pernapasan*. Yogyakarta : Gosyeng Publishing.
- Mubarak, W. I. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep Dan Aplikasi* . Jakarta : Salemba Medika .
- Murniasih, E. (2010). Hubungan Pemberian Imunisasi Bcg Dengan Kejadian Tuberculosis Paru Pada Anak Balita Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru Ambrawa. *Jurnal Kesehatan Surya Medika*.
- Muttaqin, A. (2011). *Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik* . Jakarta : Salemba Medika .
- Naga, Sholeh S. (2014). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: Diva Press.
- Najmah. (2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Cv.Trans Info Media.
- Nursalam. (2011). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Penyakit Dalam : Pendekatan Praktis*. Jakarta Selatan : Salemba Medika .
- Octavianti, M. (2016). Jurnal Kajian Komunitas . *Komunikasi Nonverbal Proksemik Di Rumah Tidak Layak Huni Vol 4 No 1 Hal 10-27*.
- Putri, W. A. (2016). Gambaran Status Gizi Pada Pasien Tuberculosis Paru Yang Menjalani Rawat Inap Di Rsud Arifin Achmad Pekanbaru. *Jom F Vol.3 No.2*, Pekanbaru.
- Rab, T. (2010). *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ramalia. (2016). Hasil Diagnostik Mycobacterium Tuberculosis Pada Penderita Batuklebih Dari 2 Minggu Dengan Pewarnaan Ziehl-Neelsen Di Puskesmas Ranomuut Dan Puskesmas Kombos Manado. *Jurnal E-Biomedik (Ebm) Vol.4 No.2*, Manado.

- Rohmah. (2013). *Proses Keperawatan Teori Dan Aplikasi Dilengkapi Dengan Noc-Nic Dan Aplikasi Dalam Berbagai Kasus*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Rosiana, A. (2013). Hubungan Tingkat Ekonomi Dengan Kejadian Tuberculosis Paru Di Puskesmas Kaliwungu Kecamatan Kaliwungu Kabupaten Kudus. *Jikk Vol.4 No.2 : 35-44*.
- Rulaningtyas, R. (2011). Dalam Jurnal Automatic Classification Of Tuberculosis . *Bacteria Using Neural Network International Conference On Electrical Engineering And Iinformatics* , Bandung . Jakarta.
- Smeltzer, S. D. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Dan Suddart Vol 1 Edisi 8*. Jakarta : Egc.
- Suddarth, B. &. (2015). *Handbook For Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Jakarta : Egc.
- Sudoyo, A. W. (2009). *Ilmu Penyakit Dalam Jilid Iii Edisi V*. Jakarta: Fkui.
- Sugiyanti. (2017). Hubungan Koping Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Pengobatan Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Bulu. *Study Program Of Nursing Stikes Kusuma Husada Sukarta*, Sukarta.
- Sugiyono. (2008). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung : Alfabeta.
- Suharyo. (2013). Determinasi penyakit Tuberculosis Di Daerah Pedesaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Sutanta. (2014). Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Pmo, Jarakrumah Dan Pengetahuan Pasien Tb Paru Dengan Kepatuhan Berobat Di Bp4 Kabupaten Klaten. *Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu" Vol.5 No.2*, Klaten.
- Tabrani, R. (2010). *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta : Trans Info Media.
- Timur, P. K. (2015).
- Wahid, A. (2013). *Asuhan Kperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi* . Jakarta : Cv. Trans Info Media .
- Wibowo, A. (2016). Upaya Penanganan Gangguan Bersiha Jalan Napas Pada Pasien Tuberculosis Di Rsud Dr.Soehadi Prijonegoro. *Publikasi Ilmiah* , Prijonegoro.
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis* . Semarang : Erlangga.

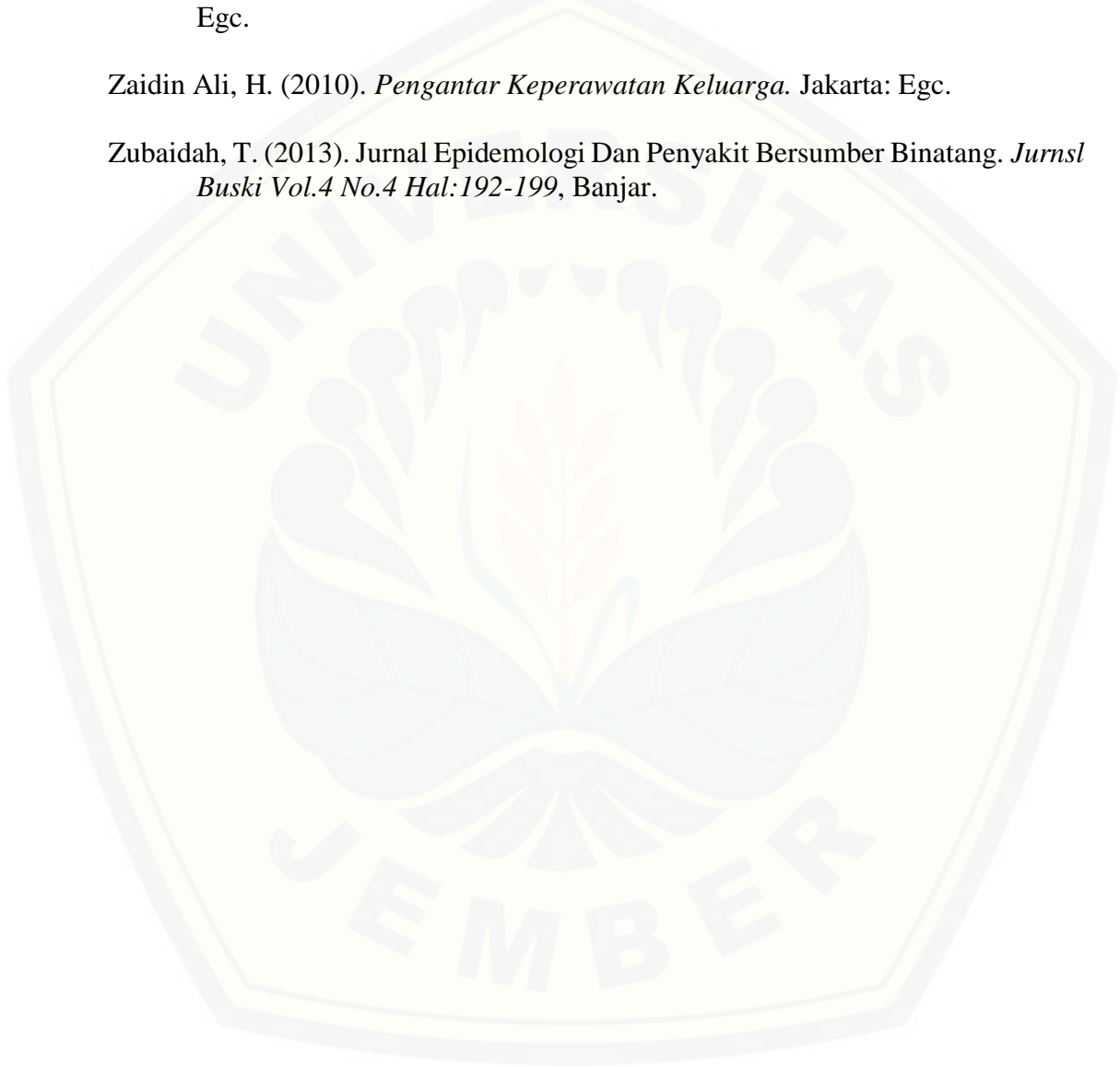
Widyanto, F. C. (2014). *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wilkinson, J. M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis Nanda, Intervensi Nic, Kriteria Hasil Noc*. Jakarta : Egc .

Yasmara, Deni. (2017). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: Egc.

Zaidin Ali, H. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Egc.

Zubaidah, T. (2013). Jurnal Epidemiologi Dan Penyakit Bersumber Binatang. *Jurnsl Buski Vol.4 No.4 Hal:192-199*, Banjar.



Lampiran 1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																	
	FE B	M A R	AP R	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DES	JAN	FEB	MA R	APR	MEI	JU N	JU LI
Informasi Penelitian																		
Konfirmasi Penelitian																		
Konfirmasi Judul																		
Penyusunan Proposal Studi Kasus																		
Sidang Proposal																		
Revisi																		
Pengumpulan Data																		
Analisa Data																		
Konsul Penyusunan Data																		
Ujian Sidang																		
Revisi																		
Pengumpulan Studi Kasus																		

Lampiran2



MENGENAL TUBERCULOSIS PARU DAN CARA BATUK EFEKTIF

Oleh :

Resa Arisady
152303101103

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018

PENGERTIAN TUBERCULOSIS PARU

Tuberculosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* yang merupakan kuman *aerob* yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya misalnya (Tulang, Usus, dan Kulit) yang mempunyai tekanan oksigen yang tinggi (Rab, 2010).

PENYEBAB TUBERCULOSIS PARU (TBC)

Penyebab penyakit ini yaitu *mycobacterium tuberculosis* yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- Kuman ini bersifat tahan terhadap asam pada pewarnaan
- Kuman ini tetap bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap,lembab,Maupun kering
- Bakteri tuberculosis ini mati pada pemanasan 100 °c selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60°c selama 30 menit
- dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik
- bakteri ini tahan selama 1-2 jam diudara terutama ditempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara. (Widoyono, 2011)



Tanda dan Gejala Tuberculosis Paru

- Batuk yang tidak kunjung sembuh lebih dari 2-3 minggu
- Batuk Darah yang disebabkan oleh pecahnya pembuluhdarah
- Sesak Nafas
- Nyeri Dada
- Demam
- Berkeringat dingin pada malam hari tanpa adanya aktivitas
- Penurunan berat badan yang disebabkan penurunan nafsu makan pada pasien
- Mudah lelah



Cara Penularan Kuman Tuberculosis Paru

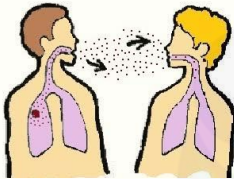
- Melalui penderita saat batuk



- Melalui penderita saat bersin



- Melalui penderita saat berbicara



Cara Pencegahan Penularan (TBC)

- Menggunakan alat pelindung diri (masker) apabila berdekatan dengan penderita TB paru



- Menutup mulut ketika batuk dan bersin



- Menjemur bantal dan kasur setiap hari



- Mengganti/menjemur selimut setiap hari
- Sering mengganti seprei
- Segera berobat ke pelayanan kesehatan apabila ada tanda-tanda TB paru, seperti batuk yang tidak kunjung sembuh dalam waktu lebih dari 3 minggu
- Menjaga kebersihan lingkungan: memberikan pencahayaan sinar matahari yang cukup di rumah, adanya ventilasi di rumah, menghindari udara lembab dalam rumah

Cara Menyiapkan tempat untuk membuang dahak

- Siapkan tempat untuk membuang dahak: kaleng yang berisi cairan desinfektan yang dicampur dengan air (air sabun, detergen dan bayclin)



- Isi cairan sebanyak 1/3 kaleng
- Buang dahak ke tempat tersebut
- Bersihkan kaleng setiap 2 atau 3 kali sehari



- Kubur dalam tanah hasil dahak atau



- Buang hasil dahak ke WC lalu disiram

- Bersihkan kaleng dengan sabun

Cara Batuk Efektif yang Benar

- Tarik nafas dalam 4-5 kali
- Pada tarikan nafas yang terakhir, nafas ditahan selama 1-2 detik
- Angkat bahu dan longgarkan dada serta batukkan dengan kuat dan spontan
- Keluarkan dahak dengan bunyi "ha..ha..ha.. atau huf..huf..huf"
- Lakukan beberapa kalisesuai kebutuhan





Lampiran3

DOKUMENTASI





SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 24 Januari 2018

Yth. Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Unej
Kampus Lumajang
di
Lumajang

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

Nama : Resa Arisandy
NIM : 152303101103
Prodi : D3 Keperawatan
Tempat/ Tgl lahir : Lumajang, 12 Desember 1997
Alamat : Dsn. Curah Tekor, Desa Ledok Tempuro, RT/RW 005/004,
Kec. Randuagung - Kabupaten Lumajang.

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :
"Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Tuberculosis Paru dengan Masalah
Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif di Wilayah Kerja Puskesmas
Rogotruran Lumajang Tahun 2018"

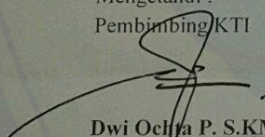
Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi/
Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sbb :

Nama Instansi/ : Puskesmas Rogotruran Lumajang
Lembaga tujuan
Alamat : Jl. Citandui No.5, Jogoyudan, Kec. Lumajang - Kabupaten
Lumajang, Jawa Timur 67316
Waktu penelitian : Januari 2018 - April 2018

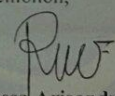
Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Koordinator Program Studi D3
Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang memberikan surat pengantar dan
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir berkas
persyaratan yakni Proposal KTI.

Atas terpuhinya permohonan ini, saya haturkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI


Dwi Oclia P. S.KM
NRP. 760017245

Hormat kami,
Pemohon,


Resa Arisandy
NIM. 152303101103



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 PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS
JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 54 /UN25.1.14.2/LT/2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Program Studi 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 12 Januari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Resa Arisandy
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101103
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 12 Desember 1997
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/V (lima)
A l a m a t : Dsn. Curah Tekor, Desa Ledok Tempuro, RT/RW 005/004,
Kec. Randuagung - Kabupaten Lumajang.

Dijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Tuberculosis Paru dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”

Dengan pembimbing :

1. Dwi Ocha 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 : 24 Januari 2018

Koordinator Program Studi D3
Keperawatan Unej Kampus
Lumajang



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



**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 : 072/258/427.75/2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari coordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 55/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 24 Januari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama RESA ARISANDY.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : RESA ARISANDY
2. Alamat : Dsn. Curah Tekor, Desa Ledok Tempuro, Rt 5 Rw 4 Kec. Randuagung Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101103
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Tuberculosis Paru dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggung jawab: Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 08 Februari 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, 07 Februari 2018

Tembusan Yth :

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

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK

PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
Sekretaris,
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
HERI SUZANTO SH
Pembina
NIP. 19930712 198503 1 012

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 bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ANWARI
Umur : 58 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Boreng
Pekerjaan : Wiraswasta
Nama Klien : ANWARI
Usia klien : 58 tahun
Hubungan dengan klien :

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

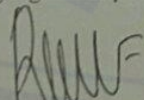
“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Tuberculosis Paru dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang, 10 Maret 2018

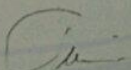
Mengetahui,

Penanggung Jawab penelitian


(.....)
Resa Arisandy

Yang menyetujui,

Peserta Penelitian


(.....)
ANWARI

FORMULIR PERSEJUTUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Toha
Umur : 42 tahun
Jenis Kelamin : laki - laki
Alamat : Bocong
Pekerjaan : Usrawasta
Nama Klien : Toha
Usia klien : 42 tahun
Hubungan dengan klien :

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 Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Kabupaten Lumajang Tahun 2018"

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


Lumajang, 11 Maret 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab penelitian

Yang menyetujui,
Peserta Penelitian

(*[Signature]*)
Resi Arisany


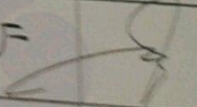
(*[Signature]*)

	FORMULIR	No. Dok. : Akp/Fik/29
	LOG BOOK PENYUSUNAN	Berlaku Sejak : 1 - 2 - 2015
	PROPOSAL MAHASISWA	Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : Resa Arisandy
 NIM : 16108
 PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan keperawatan keluarga pada pasien TB dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif


TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	6 Februari 2017	Perencanaan judul proposal	Asuhan keperawatan keluarga pada pasien TB dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif		
			At: Jember Lumajang ke Jember		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
2	18 April 2017	Pembahasan BAB 1	membahas tentang MSKS dan cara mengaitkan MSKS serta pengambilan literatur	RWW	
3	3 Mei 2017	Pembahasan Revisi BAB 1 dan konsul BAB 2	membahas tentang pemfokusan BAB 1 dan penyusunan BAB 2	RWW	
4	11 Agustus 2017	Pembahasan BAB 1 dan BAB 2	membahas tentang penambahan MSKS dan cara menyusun/penulisan proposal yg benar. Pembahasan landasan teori	RWW	
5	15 September 2017	Pembahasan BAB 2	membahas tentang BAB 2 dan cara penulisan yang benar dan penentuan	RWW	
6	29 Sep 2017	Pembahasan BAB 2 dan BAB 3	tentang pengambilan data dan penggunaan apuhan kep keluarga	RWW	
7	5 Januari 2018	Pembahasan BAB 3	pembahasan tentang	RWW	
8			Acc u/ n'day proposal.	RWW	

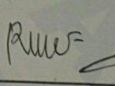
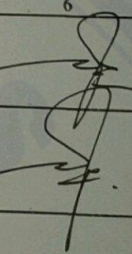
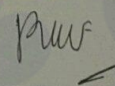


	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak :
		Revisi :

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

NAMA MAHASISWA :
 N I M :
 PROGRAM STUDI :
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
9.	4 April 2018	konsul Bab 4	Penambahan materi BAB 4		
10.	10 April 2018	konsul BAB 4	<ul style="list-style-type: none"> - konsistensi nama px - konsistensi lan bx - pengambiran materi kep 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
13.	17 Mei 2018	Konsul BAB A	- gambaran latar rumal - pengkajiante - pengorganisasian komposisi tel - kesenangan znojram		
12.	18 Mei 2018	Konsul BAB A	- penyambutan teori 2a - jurnal - pembahasan adiw tabel		
13.	19 Mei 2018	Konsul BAB A	- Membenarkan pembalasan - Konsul teori, fakta, Dpini - pembahasan pend 9ta p-Jz px 7B		
14.	21 Mei 2018	Konsul BAB A	- Konsul BAB A - pembahasan menambatkan teori		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
13.	17 Mei 2018	Konsul BAB 4	- gambaran latar rumal - pengkajiante - pengorganisasian komposisi tel - keseruan znoogram		
12.	18 Mei 2018	Konsul BAB 4	- penyambutan teori 2a - jurnal - pembahasan adiw tabel		
13.	19 Mei 2018	Konsul BAB 4	- Membenarkan pembalasan - Konsul teori, fakta, Dpini - pembahasan pend 9ta p-Jz px 7B		
14.	21 Mei 2018	Konsul BAB 4	- Konsul BAB 4 - pembahasan - menambatkan teori		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
15	25/5/2018		ACC SDang KTI	PWWF	
16	09/8/2018		- mengganti masalah kepastian petir kepastian menajemen kas. keluaran	PWWF	
17	06/6/2018		- Revisi Bab I melanjutkan Bab II	PWWF	
18	09/8/2018		- Revisi Dx. Dulu	PWWF	
19	07/8/2018		- Revisi Bab I mencari jurnal	PWWF	
20	29/10/2018		- Revisi Bab I mencari jurnal gk krla	PWWF	
21	25/6/2018		Revisi Bab II perbaikan ensy. Nlc Nloc	PWWF	



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
27	26/6/18	konul BAB 4	menambahkan teori NTC, NDC, dan PAF. Menambahkan jurnal	PWWF	
28	27/6/18	konul BAB 4 & 5	menambahkan teori bab 4 membahas BAB 5	PWWF	
29	27/7/18	konul bab 5 ACC	ACC pengujian Bab 5	PWWF	
25	27/7/18	Acc	Acc pengujian I	PWWF	
26	27/7/18	Acc	ACC pembimbing	PWWF	
27	27/7/18	Acc	ACC pengujian II	PWWF	

JEMBER