

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA Tn M.L
DENGAN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS SIKUMANA
KELURAHAN SIKUMANA KECAMATAN MAULafa
KOTA KUPANG



NUR INSYANI DHAWA
PO.530320115037

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN
2018

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA Tn M L
DENGAN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS SIKUMANA
KELURAHAN SIKUMANA KECAMATAN MAULafa
KOTA KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



NUR INSYANI DHAWA
PO.530320115037

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODID III KEPERAWATAN

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nur Insyani Dhawe
NIM : PO.530320115037
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

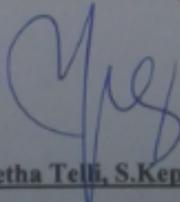
Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 28 Juni 2018

Pembuat Pernyataan

Nur Insyani Dhawe
PO.530320115037

Mengetahui,
Pembimbing



Margaretha Telli, S.Kep.Ns., MSc-PH

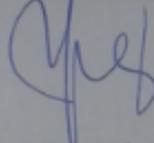
NIP: 197707272000032002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Nur Insyani Dhawe NIM PO.530320115037 dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Tn M.L Dengan Tuberkulosis Di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa Kota Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Kupang, 26 Juni 2018

Mengetahui,
Pembimbing



Margaretha Tell, S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP. 197707272000032002

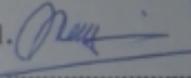
LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Nur Insyani Dhawe NIM PO.530320115037 dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Tn M.L Dengan Tuberkulosis Di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa Kota Kupang" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 28 Juni 2018.

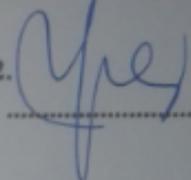
Dewan Penguji,

Tanda Tangan

Penguji I : Rohana Mochsen.,SKp.,M.Kes
NIP: 195704161980102001

1. 

Penguji II : Margaretha Telli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP. 197707272000032002

2. 

Mengesahkan,

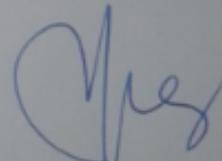
Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U. W.,SKp.,MHSc
NIP. 195602171986032001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Telli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP. 197707272000032002

Biodata Penulis

Nama : Nur Insyani Dhawe

NIM : PO.530320115037

TTL : Boawae, 10 Mei 1997

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jl. Piet A. Tallo. Kel. Liliba Kec. Oebobo

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat Tk Al-Ikhlas Aloripit Tahun 2003
2. Tamat MIN Mbay Tahun 2009
3. Tamat MTsN Mbay Tahun 2012
4. Tamat SMK Santa Mathilda Maumere Tahun 2015
5. Sejak Tahun 2015 Kuliah Di Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan

Motto

**“ Jangan Takut, Ada Allah S.W.T serta Doa Orang Tua Yang Selalu Bersama
Kita ”**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Tn M.L Dengan Tuberkulosis Di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa Kota Kupang** ”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Margaretha Telli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi, serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
2. Ibu Rohana Mochsen.,SKp.,M.Kes selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
3. Ibu M. Margaretha U.M. Wedho., Skp., MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Seluruh Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.
6. Ibu dr. E. Evalina Corebima, selaku kepala Puskesmas Sikumana yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana.
7. Ibu Hildegardis Meo Amd. Kep, selaku Pembimbing Klinik/ CI dan staf Puskesmas Sikumana yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.

8. Orang tua tercinta, Bapak Ahmad Yani Dhawe dan Almh. Siti Asia Fitriyani Dhawe yang telah membesarkan dan mendidik saya serta memberikan dukungan luar biasa.
9. Keluarga tercinta, serta saudara/i yang selalu mendukung penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Sahabat-sahabat terbaik yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Teman-teman seangkatan 2015 Tingkat III AKP24 terkhusus Generation Nurse A (GNA24) yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaannya.

Kupang, 28 Juni 2018

Penulis

ABSTRAK

Nur Insyani Dhawe PO 530320115037, 2018, Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Tuberkulosis di Puskesmas Sikumana.

Latar Belakang : Tuberkulosis (TB) atau yang dulu dikenal TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Jumlah seluruh kasus TB di Puskesmas Sikumana tahun 2016 Laki-laki berjumlah 63 kasus dan perempuan 53, dan kasus TB anak 0-14 tahun berjumlah 6 kasus. Di kelurahan Sikumana ditemukan keluarga dengan penyakit TBC dimana anggota keluarga tersebut sudah menderita TBC yang kedua kalinya. Salah satu solusi untuk adalah memberikan pelayanan keperawatan keluarga yang dapat dicapai dengan adanya pemeliharaan kesehatan keluarga melalui 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan tiap anggota, mampu mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang sakit dan mampu memelihara dan memodifikasi lingkungan rumah yang sehat. Dimana untuk mencapai 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan ini perlu dilakukan melalui Pemberian asuhan keperawatan keluarga.

Tujuan studi kasus : Menggambarkan Asuhan Keperawatan keluarga yang diberikan dalam mengatasi kesehatan keluarga dengan Tuberkulosis yang dimulai dengan pengkajian keperawatan, menentukan diagnosa dan menyusun intervensi keperawatan yang tepat serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan pada keluarga.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 kali kunjungan dengan hasil pengkajian yaitu keluarga belum mampu men, keluarga belum mampu merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga belum mampu memodifikasi lingkungan yang sehat, dan mampu menggunakan fasilitas kesehatan dengan baik. Dapat ditentukan 2 diagnosa keperawatan keluarga yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan dan perilaku kesehatan cenderung berisiko dan disusun intervensi, dari Hasil intervensi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan keluarga terkait tugas kesehatannya, antara lain: 1) kemampuan mengenal masalah kesehatan dalam katagori baik, 2) memberi perawatan kepada keluarga yang sakit se huruhnya dalam katagori baik, 3) memodifikasi lingkungan yang sehat dalam kategori baik.

Kesimpulan : pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis sangat berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam melakukan lima fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan baik dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, memberi perawatan kepada keluarga yang sakit, mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan serta kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan dalam upaya perawatan, dimana 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan kesehatan ini dapat dicapai dan dipertahankan untuk meningkatkan derajat kesehatan keluarga.

Kata Kunci : Asuhan, Keperawatan, Keluarga, Dengan, Tuberkulosis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	4
1.3 Manfaat Studi Kasus	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Tuberkulosis	6
2.2 Konsep Dasar Keluarga	25
2.3 Konsep Pendekatan Keluarga	33
2.4 Konsep Dasar Asuhan keperawatan Keluarga dengan TBC	35
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	55
3.2 Pembahasan	77
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	97
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	98
5.2 Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	ix
DAFTAR TABEL	
Tabel 1 : Pembagian pasien TB	
Tabel 2 : Dosis OAT KDT Kategori I	
Tabel 3 : Dosis OAT KDT Kategori II	
Tabel 4 : Dosis OAT Sisipan	

Tabel 5 : Kategori Anak

Tabel 6 : Efek samping ringan

Tabel 7 : Efek samping berat

Tabel 8 : Intervensi Keperawatan NOC NIC

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 : Genogram

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Tuberkulosis (TB) atau yang dulu dikenal TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). TB bukan disebabkan oleh guna-guna atau kutukan. TB juga bukan penyakit keturunan. Sebagian besar kuman TB menyerang paru-paru, tetapi dapat juga menyerang organ atau bagian tubuh lainnya (misalnya : tulang, kelenjar, kulit,dll) (Dalam Kementerian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2017). Penyebab TBC adalah bakteri yang disebut mycobacterium tuberculosis. Bakteri ini ditemukan oleh Robert Koch yang kemudian disampaikan pada Berlin Physiological Society pada tanggal 24 Maret 1882 di Berlin. Pada tanggal tersebut kita kenal kemudian menjadi hari TBC sedunia (Achmadi, 2010). Penyakit Tuberkulosis ini bisa menimbulkan gejala yaitu terdiri dari gejala utama seperti batuk terus menerus dan berdahak selama 2 minggu atau lebih. Sedangkan gejala lainnya adalah batuk bercampur darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan berkurang berat badan turun, rasa kurang enak badan (lemas), demam/meriang berkepanjangan, berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan.

Pada tahun 2015 diperkirakan terdapat 10,4 juta kasus baru tuberkulosis atau 142 kasus/100.000 populasi, dengan 480.000 kasus *multidrug-resistant*. Indonesia merupakan negara dengan jumlah kasus baru terbanyak kedua di dunia setelah India. Sebesar 60% kasus baru terjadi di 6 negara yaitu India, Indonesia, China, Nigeria, Pakistan dan Afrika Selatan. Kematian akibat tuberkulosis diperkirakan sebanyak 1,4 juta kematian ditambah 0,4 juta kematian akibat tuberkulosis pada orang dengan HIV. Meskipun jumlah kematian akibat tuberkulosis menurun 22% antara tahun 2000 dan 2015, tuberkulosis tetap menjadi 10 penyebab kematian tertinggi di dunia pada tahun 2015 (WHO, *Global Tuberculosis*

Report, 2016 dalam profil kesehatan indonesia).

Pada tahun 2016 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 351.893 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2015 yang sebesar 330.729 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberkulosis di tiga provinsi tersebut sebesar 44% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI Tahun 2017 dalam Profil Kesehatan Indonesia).

Berdasarkan Jumlah kasus baru tuberculosi paru BTA positif tahun 2016 menurut jenis kelamin yang terdapat di Provinsi NTT, Laki-laki 1.803 kasus (57%) dan perempuan 1.370 kasus (43%), sedangkan berdasarkan hasil cakupan penemuan kasus penyakit tuberculosi tahun 2016 semua kasus pada laki-laki 3.116 kasus dan perempuan 2.462 kasus dengan jumlah keseluruhan kasus 5.578 kasus (Kementrian Kesehatan RI Tahun 2017). Sedangkan jumlah kasus dan angka penemuan kasus baru TB BTA+ di Puskesmas Sikumana pada Tahun 2016 Laki-laki berjumlah 30 kasus dan perempuan 25 kasus, dan jumlah seluruh kasus TB Laki-laki berjumlah 63 kasus dan perempuan 53, dan kasus TB anak 0-14 tahun berjumlah 6 kasus (Dinas Kesehatan Kota Kupang Tahun 2016).

Dari data diatas dapat menunjukkan bahwa Penyakit TB masih meningkat saat ini dan perlu dikaji lebih dalam kepada Keluarga dan penderita Tuberkulosis sehingga bisa ditemukan solusi untuk membantu mengatasi masalah ini meskipun banyak yang masih meyakini bahwa ini merupakan masalah pada waktu lampau.

Salah satu solusi untuk membantu proses penyembuhan penderita dengan penyakit Tuberkulosis dan mengurangi faktor risiko penyebaran penyakit adalah memberikan promosi kesehatan tentang Tuberkulosis dan mengajarkan perilaku-perilaku sederhana yang bisa mengurangi faktor risiko penyebaran kuman Tuberkulosis yang dapat dilakukan dengan cara memberikan pelayanan keperawatan keluarga yang dapat mengoptimalkan

fungsi keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam menangani masalah kesehatan dan mempertahankan status kesehatan anggota keluarganya.

Pelayanan keperawatan keluarga dapat dicapai dengan adanya pemeliharaan kesehatan keluarga melalui 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan yaitu “ Mengenal Masalah kesehatan tiap anggota seperti mengenal penyakit tuberculosis, penularan, pencegahan, perawatan dari penyakit tuberculosis serta pentingnya pengobatan bagi penderita tuberculosis. “ Mampu mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan tiap anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan seperti turut merasakan masalah kesehatan yang dialami oleh penderita TBC, selalu mengingatkan penderita TBC untuk berobat. “ Mampu merawat anggota keluarga yang sakit dimana adanya keluarga yang berperan sebagai Pengawas Minum Obat, penderita bisa melakukan batuk efektif dan etika batuk yang baik dan benar. “. Selain merawat yang sakit, keluarga juga mampu “ memelihara dan memodifikasi lingkungan rumah yang sehat dimana untuk lingkungan penderita TBC perlu diperhatikan kebersihan lingkungan, pencahayaan rumah, ventilasi rumah, kelembapan rumah. “ serta “ Keluarga mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan seperti keluarga mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dan pergi ke fasilitas kesehatan untuk berobat. ”. Dimana untuk mencapai 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan ini perlu dilakukan melalui Pemberian asuhan keperawatan keluarga.

Maka dari itu, penting bagi mahasiswa untuk memberikan Asuhan keperawatan keluarga dengan Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Sikumana kelurahan sikumana kecamatan maulafa.

1.2 TUJUAN PENULISAN

1.2.1 Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1.1 Menggambarkan pengkajian keperawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

1.2.2.1.2 Menggambarkan diagnosa keperawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

1.2.2.1.3 Menggambarkan perencanaan keperawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

1.2.2.1.4 Menggambarkan implementasi keperawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

1.2.2.1.5 Menggambarkan evaluasi keperawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis di Puskesmas Sikumana Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa.

1.3 MANFAAT PENULISAN

1.3.1 Manfaat bagi keluarga

Diharapkan keluarga dapat mengetahui masalah kesehatan anggota keluarganya dan mampu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

1.3.1.1 Manfaat bagi penulis

Diharapkan sebagai bahan tambahan pengetahuan dan untuk membandingkan antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik keterampilan dan pengalaman dalam memberikan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis.

1.3.2 Manfaat bagi Institusi pendidikan

Untuk bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan keluarga dengan Tuberkulosis yang dapat digunakan sebagai acuan praktek bagi mahasiswa keperawatan.

1.3.3 Manfaat Bagi Puskesmas

Sebagai masukan bagi Puskesmas agar dapat memberikan motivasi perawat dalam melakukan perawatan yaitu dengan cara melakukan kegiatan promosi kesehatan dalam rangka pencegahan penyakit dan peningkatan pelayanan kesehatan pada keluarga dengan Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Sikumana

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR TUBERKULOSIS

2.1.1 Pengertian

Tuberkulosis (TB) atau yang dulu dikenal TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). TB bukan disebabkan oleh guna-guna atau kutukan. TB juga bukan penyakit keturunan. Sebagian besar kuman TB menyerang paru-paru, tetapi dapat juga menyerang organ atau bagian tubuh lainnya (misalnya : tulang,kelenjar, kulit,dll). (Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2017)

Tuberculosis (TB) adalah penyakit infeksius, yang terutama menyerang parenkim paru. Tuberculosis dapat juga ditularkan ke bagian tubuh lainnya, termasuk meninges, ginjal, tulang dan nodus limfe. (Smeltzer, Suzanne C.2001.hal 584)

TB dapat menyerang siapa saja, terutama menyerang usia produktif/masih aktif bekerja (15-50 tahun) dan anak-anak. TB dapat menyebabkan kematian. Apabila tidak diobati, 50% dari pasien akan meninggal setelah 5 tahun.

Masalah TB di Indonesia

- Penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit jantung dan penyakit saluran pernapasan,dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi.
- Penyakit TB menyerang sebagian besar kelompok usia kerja (15 s/d 50 tahun).

2.1.2 Penyebab TB

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. (Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2017)

2.1.3 Gejala TB

Berdasarkan Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017 gejala TB meliputi :

Gejala utama TB : Batuk terus menerus dan berdahak selama 2 minggu atau lebih.

Gejala lainnya : Batuk bercampur darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan berkurang berat badan turun, rasa kurang enak badan (lemas), demam/meriang berkepanjangan, berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan.

Apabila seseorang di masyarakat ditemukan dengan satu atau lebih gejala tersebut diatas maka ia sebagai terduga TB

2.1.4 Tipe TB

Pasien TB dapat dibedakan berdasarkan type, organ tubuh yang terkena dan pemeriksaan dahak mikroskopis. (Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2017).

➤ Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, pasien TB dibagi menjadi beberapa kelompok (tipe) :

Tabel 1

1. Pasien Baru	Adalah pasien TB yang belum pernah diobati dengan obat anti tuberkulosis (OAT) atau sudah pernah menelan OAT kurang dari sat bulan (4 minggu).
2. Pasien kambuh (<i>Relaps</i>)	Adalah pasien TB yang telah sembuh atau mendapat pengobatan lengkap, kemudian dinyatakan sakit TB kembali dengan hasil BTA positif
3. Pasien pengobatan setelah putus berobat (<i>default</i>)	Adalah pasien TB yang putus berobat selama 2 bulan atau lebih, kemudian dinyatakan masih sakit TB dengan hasil BTA positif.
4. Pasien gagal (<i>failure</i>)	Adalah pasien TB yang mulai pengobatan kembali setelah hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan ke-5 atau lebih, pada masa pengobatan sebelumnya.

5. Pasien pindahan (<i>Transfer in</i>)	Adalah pasien TB yang dipindahkan dari Puskesmas/Rumah sakit antar Kabupaten/kota yang berbeda untuk melanjutkan pengobatan.
6. Lain-lain	Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas. Dalam kelompok ini termasuk pasien dengan kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

Catatan :

TB paru BTA negatif dan TB ekstra paru, dapat juga mengalami kambuh, gagal default maupun menjadi kasus kronik. Hal ini sangat jarang terjadi dan harus dibuktikan melalui pemeriksaan lebih lanjut.

- Klasifikasi penyakit TB berdasarkan organ tubuh yang terkena :
 - TB paru, adalah TB yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus. Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TB paru
 - TB ekstra paru, adalah TB yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (*pericardium*), kelenjar getah bening, tulang, sendi, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.
- Klasifikasi penyakit berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, yaitu :
 - **TB paru BTA positif**, bila :
Sekurang-kurangnya 1 dari 2 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
 - **TB paru BTA negatif**, bila :
bila pemeriksaan 2 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat (Kementrian Kesehatan RI-Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014, hal 19)

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

- **Mono resistan (TB MR)** : resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja
- **Poli resistan (TB PR)** : resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan
- **Multi drug resistan (TB MDR)** : resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan
- **Extensive drug resistan (TB XDR)**: adalah TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin)
- **Resistan Rifampisin (TB RR)**: resistan terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).

2.1.5 Patofisiologi

Infeksi diawali karena seorang menghirup basil *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan nafas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *Mycobacterium tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, dan korteks serebri) dan area lain dari paru-paru (lobus atas). Selanjutnya, sistem kekebalan tubuh memberikan respon dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang

menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri. Interaksi antara *Mycobacterium tuberculosis* dan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah massa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup an mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut ghon tubercle. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakkannya seperti keju (*necrotizing caseosa*). Hal ini akan menjadi kalsifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen, kemudian bakteri menjadi nonaktif.

Setelah infeksi awal, jika respons sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah, penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubercle mengalami ulserasi sehingga menghasilkan *necrotizing caseosa* di dalam bronchus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia selular ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respins berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Somantri I, 2008 Dalam Karya Tulis Ilmiah. Painem.2014. Asuhan keperawatan pada pasien TB Paru).

2.1.6 Cara penularan TB

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017 cara penularan TB meliputi :

- Sumber penularan adalah pasien TB yang dahaknya mengandung kuman TB BTA positif.
- Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak. Sekali batuk dapat menyebabkan 3.000 kuman dalam percikan dahak.
- Penularan terjadi melalui percikan dahak yang dapat bertahan selama beberapa jam dalam ruangan yang tidak terkena sinar matahari dan lembab.
- Semakin banyak kuman yang ditemukan dalam tubuh pasien berarti semakin besar kemungkinan menularkan kepada orang lain.

Daya penularan dari seseorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

❖ **Resiko menjadi sakit TB**

- Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB.
- Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS, DM dan malnutrisi (gizi buruk).
- HIV merupakan factor resiko yang paling kuat bagi yang terinfeksi TB mejadi sakit TB. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas system daya tahan tubuh seluler (*celluler immunity*), sehingga jika terjadi infeksi penyerta (*oportunitistic infection*), seperti tuberculosis. Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka

jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula.

2.1.7 Cara penemuan terduga TB

a. Strategi penemuan TB

- Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif intensif di fasilitas kesehatan dengan jejaring layanan TB melalui *public-Private Mix* (PPM), dan kolaborasi berupa kegiatan TB-HIV, TB-DM (Diabetes Mellitus), TB-Gizi, pendekatan.
- Praktis kesehatan paru (PAL = *Practical Approach to Lung health*), manajemen terpadu balita sakit (MTBS), manajemen terpadu dewasa sakit (MTDS).
- Penemuan pasien TB secara aktif dan/atau masif berbasis keluarga dan masyarakat, dapat dibantu oleh kader dai posyandu, pos TB desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama. Kegiatan ini dapat berupa :
 - Investigasi kontak pada paling sedikit 10 – 15 orang kontak erat dengan pasien TB.
 - Penemuan di tempat khusus : Lapas/Rutan, tempat kerja, asrama, pondok pesantren, sekolah, panti jompo.
 - Penemuan di populasi berisiko : tempat penampungan pengungsi, daerah kumuh.

b. Cara menentukan pasien TB

1. Pasien dewasa

➤ Pasien TB paru

a) Pemeriksaan bakteriologi

Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan.

- Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan

diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 contoh uji dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) (Kementrian Kesehatan RI-Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014, hal 14)

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

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

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

- Pemeriksaan tes cepat molekuler (TCM) TB
- Pemeriksaan biakan.

b) Pemeriksaan penunjang lainnya

- Pemeriksaan foto thoraks
- Pemeriksaan histologi pada kasus yang dicurigai TB ekstraparu.
- Pemeriksaan uji kepekaan obat

Uji kepekaan obat bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi *M.tb* terhadap OAT.

➤ Pasien TB ekstra paru

TB ekstra paru ditentukan oleh dokter berdasarkan gejala TB. Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena.

2. Pasien anak

Gejala klinis berupa gejala sistemik/umum atau sesuai orga terkait. Gejala klinis TB pada anak tidak khas, karena gejala serupa juga dapat disebabkan oleh berbagai selain TB. Gejala khas TB sebagai berikut :

- a) Batuk \geq 2 minggu
- b) Demam \geq 2 minggu
- c) BB turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya.
- d) Lesu atau malaise \geq 2 minggu.

Gejala-gejala tersebut menetap walau sudah diberikan terapi yang adekuat.

2.1.8 Pengobatan TB

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017 pengobatan TB meliputi :

a. Tujuan pengobatan :

- Menyembuhkan pasien
- Mencegah kematian atau akibat buruk yang ditimbulkan.
- Mencegah kekambuhan
- Memutuskan rantai penularan
- Mencegah terjadinya kekebalan tentang OAT dan
- Mengurangi dampak sosial dan ekonomi.

b. Prinsip pengobatan

Pengobatan dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut :

- OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Hindari melakukan monoterapi (pengobatan dengan obat tunggal), pemakaian OAT-kombinasi dosis tetap (KDT) akan lebih menguntungkan dan dianjurkan.
- Untuk menjamin kepatuhan pasien dalam menelan obat, pengobatan dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang pengawas menelan obat (PMO).

- Jangka waktu pengobatan relatif lama (6-8 bulan), diberikan secara terus menerus, yang dibagi dalam 2 tahap, yaitu tahap awal dan tahap lanjutan.
- OAT ditelan sekaligus dan sebaiknya saat perut kosong.

c. Paduan pengobatan

Paduan pengobatan yang digunakan oleh program nasional penanggulangan TB di Indonesia :

- Kategori 1 : diberikan kepada pasien TB paru BTA positif, pasien TB paru BTA negatif rontgen positif dan pasien TB ekstra paru.
- Kategori 2 : diberikan kepada pasien TB BTA positif yang telah diobati sebelumnya (pasien kambuh, pasien gagal dan pasien pengobatan setelah putus berobat).
- Kategori Anak : diberikan pasien TB anak.

Pengobatan TB harus teratur dan lengkap sampai sembuh, bila pasien berhenti minum obat sebelum selesai akan berisiko :

1. Penyakit tidak sembuh dan tetap menularkan ke orang lain.
2. Penyakit bertambah parah dan bisa berakibat kematian.
3. Kuman TB yang ada di dalam tubuh akan terus berkembang dan menjadi kebal yang lebih mahal serta waktu pengobatan yang lebih lama.

d. Klasifikasi pemberian OAT berdasarkan peruntukannya

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI-Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014, hal 24)

- 1) Kategori 1 : pasien baru TB Paru BTA Positif, pasien TB Paru BTA Negatif, foto thorax positif, pasien TB ekstra Paru

Tabel 2 Dosis OAT KDT Kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif Tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/40/275) RH (150/150)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu
30-37 kg	2 tablet 4 KDT	2 tablet 2 KDT
38-54 kg	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT
55-70 kg	4 tablet 4 KDT	4 tablet 2 KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4 KDT	5 tablet 2 KDT

2) Kategori 2 : Pasien kambuh, pasien gagal, pasien default

Tabel 3 Dosis OAT KDT Kategori II

Berat Badan	Tahap Intensif Tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E (400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tablet 4 KDT + 500 mg Streptomycin Injeksi	2 tablet 4 KDT	2 tab 2KDT+ 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tablet 4 KDT + 750 mg Streptomycin Injeksi	3 tablet 4 KDT	3 tab 2KDT+ 3 tab Etambutol
55-70 kg	tablet 4 KDT + 1000 mg Streptomycin Injeksi	4 tablet 4 KDT	4 tab 2KDT+ 4 tab Etambutol

≥ 71 kg	5 tablet 4 KDT + 1000 mg Streptomycin Injeksi	5 tablet 4 KDT	5 tab 2KDT+ 5 tab Etambutol
---------	---	-------------------	--------------------------------

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang):

- Pasien kambuh
- Pasien gagal pada pengobatan dengan paduan OAT kategori 1 sebelumnya
- Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*)

3) OAT Sisipan

Diberikan pada pasien BTA positif pada akhir pengobatan intensif, BTA tetap positif

Tabel 4 OAT Sisipan

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275)
30-37 kg	2 tablet 4 KDT
38-54 kg	3 tablet 4 KDT
55-70 kg	4 tablet 4 KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4 KDT

4) Kategori Anak (2RHZ/ 4RH)

Maksimal 3 macam obat dan diberikan dalam waktu 6 bulan. OAT pada anak diberikan setiap hari, baik pada tahap intensif maupun tahap lanjutan dosis obat harus disesuaikan dengan berat badan anak.

Tabel 5 Kategori Anak

Berat badan (kg)	2 bulan tiap hari RHZ (75/50/150)	4 bulan tiap hari RH (75/50)
5-9	1 tablet	1 tablet
10-14	2 tablet	2 tablet
15 - 19	3 tablet	3 tablet
20-32	4 tablet	e. tablet

e. Cara mengetahui kemajuan pengobatan

Cara mengetahui kemajuan pengobatan pada pasien TB dewasa yaitu dengan cara pemeriksaan ulang ahak dengan menggunakan mikroskop. Pemeriksaan ulang dahak dilakukan sebanyak 3 kali (Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017), yaitu :

1. Akhir tahap inntensif

Kategori 1 : dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 2 pengobatan pasien baru BTA positif

Kategori 2 : dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 3 pengobatan ulang pasien BTA positif.

2. Sebulan sebelum akhir pengobatan

Kategori 1 : dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 7 pengobatan ulang pasien BTA positif.

3. Akhir pengobatan

Kategori 1 : dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 6 pengobatan pada pasien baru BTA positif.

Pemeriksaan ulang dahak pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan (AP) bertujuan untuk menilai hasil pengobatan (“sembuh”) atau (“gagal”).

f. Efek samping obat anti tuberculosis (OAT)

1. Efek samping ringan

Tabel 6

Warna kemerahan pada air seni (urin)	Jelaskan kepada pasien untuk tidak perlu khawatir karena warna merah berasal dan salah satu obat yang diminum.
Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut.	Jelaskan kepada pasien agar obat diminum malam hari sebelum tidur.
Nyeri sendi	Segera rujuk ke petugas kesehatan
Kesemutan sampai dengan rasa terbakar di kaki	Segera rujuk ke petugas kesehatan

2. Efek samping berat

Tabel 7.

Gejala efek samping berat
• Gatal dan kemerahan pada kulit
• Gangguan pendengaran
• Gangguan keseimbangan/limbung
• Kuning pada mata dan atau kulit tanpa penyebab lain
• Gelisah dan muntah-muntah
• Gangguan penglihatan
• Bintik-bintik kemerahan pada kulit dan renjata/syok

g. Pengawas menelan obat

Seseorang yang secara sukarela membantu pasien TB dalam masa pengobatan hingga sembuh disebut dengan pengawas menelan obat (PMO).

1. Adapun criteria PMO

- Sehat jasmani dan rohani serta bisa baca tulis
- Bersedia membantu pasien dengan sukarela
- Tinggal dekat dengan pasien
- Dikenal, dipercaya dan disegani oleh pasien

- Disetujui oleh pasien dan petugas kesehatan
 - Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien.
2. Siapa saja yang bisa jadi PMO
- Anggota keluarga atau kerabat yang tinggi serumah
 - Tetangga
 - Teman atau atasan (rekan kerja, supervisor, sipir/atau petugas lapas, dll).
 - Tokoh agama, tokoh masyarakat atau tokoh adat
 - Kader kesehatan (posyandu, juru pemantau jentik, KB, dll).
 - Anggota organisasi kemasyarakatan (PKK, LSM, dll).
 - Anggota organisasi keagamaan (majelis taklim, gereja, dll).
 - Petugas kesehatan (bidan di desa, perawat, pakarya, sanitarian, juru imunisasi, dokter, dll).
3. Tugas PMO dan uraiannya
- a) Memastikan pasien menelan obat sesuai aturan sejak awal pengobatan sampai sembuh.
- Membuat kesepakatan antara PMO dan pasien mengenai lokasi dan waktu menelan obat.
 - PMO dan pasien harus menepati kesepakatan yang sudah dibuat
 - Pasien menelan obat dengan disaksikan oleh PMO.
- b) Mendampingi dan memberikan dukungan moral kepada pasien agar dapat menjalani pengobatan secara lengkap dan teratur.
- Meyakinkan kepada kepada pasien bahwa TB bisa disembuhkan dengan minum obat secara lengkap dan teratur.
 - Mendorong pasien untuk minum obatnya saat mulai bosan
 - Mendengarkan setiap keluhan pasien, menghiburnya dan menumbuhkan rasa percaya diri.
 - Menjelaskan manfaat bila pasien menyelesaikan pengobatan agar pasien tidak putus obat.
- c) Mengingatkan pasien TB untuk mengambil obat dan pemeriksaan ulang

dahak sesuai jadwal.

- Mengingatkan pasien waktu untuk mengambil obat berdasarkan jadwal pada kartu identitas pasien TB (TB 02)
 - Memastikan bahwa pasien sudah megambil obat
 - Mengingatkan pasien wwaktu untuk periksa dahak ulang berdasarkan jadwal pada kartu identitas pasien (TB 02).
 - Memastikan bahwa pasien sudah melakukan periksa dahak ulang
- d) Menemukan dan mengenali gejala-gejala efk samping OAT dan merujuk ke sarana pelayanan kesehatan.
- Menanyakan apakah pasien mengalami keluhan setelah menelan OAT.
 - Melakukan tindakan sesuai dengan keluhan yang dialami pasien.
 - Menenangkan pasien bahwa keluhan yang dialami bisa ditangani.
- e) Mengisi kartu kontrol pengobatan pasien sesuai petunjuk (petunjuk terdapat di sudut bawah kartu kontrol).
- f) Memberikan penyuluhan tentang TB kepada keluarga pasien atau orang yang tinggal serumah :
- TB disebabkan oleh kuman, tidak disebabkan oleh guna-guna atau kutukan dan bukan penyakit keturunan.
 - TB dapat disembuhkan dengan berobat lengkap dan teratur.
 - Cara penularan TB , gejala-gejala TB dan cara pencegahannya.
 - Cara pemberian obat (tahap awal dan tahap lanjutan)
 - Pentingnya pengawasan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke sarana pelayanan kesehatan.

2.1.9 Cara pencegahan penularan TB

Pencegahan penularan TB dapat dilakukan dengan :

- a. Menelan OAT secara lengkap dan teratur sampai sembuh.
- b. Pasien TB harus menutup mulutnya dengan sapu tangan atau tisu atau tangan tepat waktu bersin dan batuk, dan mencuci tangan.
- c. Tidak membuang dahak di sembarang tempat, tetapi di buang pada

tempat khusus dan tertutup. Misalnya : dengan menggunakan wadah/kaleng tertutup yang sudah diberi air sabun. Buanglah dahak ke lubang wc atau timbun ke dalam tanah di tempat yang jauh dari keramaian.

d. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

- 1) Menjemur alat tidur
- 2) Membuka pintu dan jendela setiap pagi agar udara dan sinar matahari masuk. Sinar matahari langsung dapat mematikan kuman TB.
- 3) Makan makanan berizi
- 4) Tidak merokok dan minum minuman keras
- 5) Olahraga secara teratur
- 6) Mencuci pakaiann hingga bersih
- 7) Buang air besar di jamban atau Wc
- 8) Mencuci tangan hingga bersih di air yang mengalir setelah selesai buang air besar, sebelum da sesudah makan.
- 9) Beristirahat cukup
- 10) Jangan tukar menukar peralatan mandi

2.1.10 Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada penyakit Tuberculosis adalah lesi gastrointestinal, hemoptisis berat (kerap menimbulkan kematian akibat syock hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas). TB Paru Progresif (yang menyebabkan efusi pleura, empiema, pleuritis fibrosa obliteratif), TB Endobronkus, Endotrakea dan Laring, TB Millier Sistemik, TB Organ tersendiri, Limfadenitis dan TB Usus (Robin, 2007 dalam Karya Ilmiah Asuhan Keperawatan Keluarga FIK UI.2013). Kolaps dari lobus akibat retraksi bronkial, brokoiectasis dan fibrosis bronkial pada paru, pneumotoraks spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru. Komplikasi lain yang diakibatkan oleh ketidak patuhan klien minum obat adalah TB MDR

2.1.11 Faktor Risiko Terjadinya Infeksi dan Penyakit Tuberkulosis

a. Kondisi sistem imun yang lemah

Koinfeksi HIV adalah faktor resiko *immunosuppressive* (penurunan respon imun) yang paling poten terhadap perkembangan penyakit TB aktif. (Irianti,dkk.2016. hal 40).

Koinfeksi HIV memperburuk keparahan penyakit TB sedangkan koinfeksi TB mempercepat replikasi HIV di organ terinfeksi termasuk paru-paru dan pleura (Collins dkk., 2002 dalam Irianti,dkk.2016). TB mempercepat kemajuan HIV melalui peningkatan aktivasi sistem imun. Oleh karena itu, koinfeksi memicu peningkatan kecepatan kemajuan penyakit dan kematian diantara pasien. Sel sistem imun menjadi komponen penting dalam pertahanan hospes terhadap MTB pada kasus sistem imun yang melemah akibat infeksi HIV. Infeksi HIV ini akan meningkatkan risiko aktivasi kembali TB dan penyebarluasan MTB sehingga TB ekstra paru terjadi (Narasimhan dkk., 2013 dalam buku Mengenal anti Tuberkulosis Tahun 2016).

Individu dengan kelainan mekanisme inflamasi sebagai proses imunitas juga berisiko mengalami TB aktif, khususnya setelah penggunaan *tumour necrosis factor* (TNF) alfa inhibitor untuk terapi berbagai penyakit autoimun (Smith dkk., 2011; Winthrop, 2006 dalam buku Mengenal anti Tuberkulosis Tahun 2016). *Tumour necrosis factor* merupakan respon imun penting bagi hospes dalam pengendalian berbagai infeksi bakteri, jamur, parasite dan mikobakteri. Studi menunjukkan bahwa individu mengalami peningkatan risiko infeksi berbagai organisme tersebut khususnya TB setelah terapi TNF dan ketika berada pada daerah dengan prevalensi TB tinggi (Narasimhan dkk., 2013 dalam buku Mengenal anti Tuberkulosis Tahun 2016).

b. Malnutrisi

Malnutrisi baik defisiensi mikro maupun makro meningkatkan resiko TB karena melemahnya respon imun. Penyakit TB dapat memicu kekurangan gizi karena penurunan nafsu makan dan perubahan proses metabolik. Hubungan antara malnutrisi dan TB telah ditunjukkan dengan percobaan vaksin BCG pada akhir tahun 1960 di Amerika Serikat. Hasilnya, anak-anak kurang gizi memiliki risiko terkena penyakit TB 2 kali lebih besar dari anak-anak dengan gizi cukup. Bukti lebih lanjut masih diperlukan untuk mengetahui level spesifik malnutrisi terhadap TB (Narasimhan dkk., 2013 dalam buku Mengenal anti Tuberkulosis).

c. Usia muda

Anak-anak berada pada risiko lebih tinggi untuk terkena infeksi dan penyakit TB. Studi menunjukkan bahwa 60-80% pasien terpapar *smear positive* dahak menjadi terinfeksi sedangkan ketika kontak dengan dahak *smear negative*, hanya 30-40% yang terinfeksi. Kebanyakan anak-anak kurang dari 2 tahun terinfeksi dari sumber rumah tangga sedangkan anak berumur lebih dari 2 tahun lebih banyak terinfeksi dari sumber komunitas (lingkungan bermain). Sumber dahak positif pada rumah tangga menjadi faktor risiko paling penting terhadap anak-anak hingga umur 10 tahun. Risiko kematian tertinggi akibat TB terjadi mengikuti infeksi primer selama masa kehamilan. Risiko akan menurun 1% saat usia 1 dan 4 tahun dan kembali meningkat sebesar 2% pada umur 15 hingga 25 tahun. Oleh karena itu, investigasi lebih difokuskan pada anak kurang dari 5 tahun dan pada negara berkembang serta kontak rumah tangga di negara paling banyak kegiatan industrinya (Narasimhan dkk., 2013 dalam buku Mengenal anti Tuberkulosis Tahun 2016).

d. Diabetes

Diabetes meningkatkan risiko penyakit TB aktif. Bukti

biologi mendukung teori bahwa diabetes melemahkan secara langsung respon imun intrinsic dan adaptif sehingga mempercepat proliferasi TB. Studi pada hewan menunjukkan kandungan bakteri yang lebih tinggi pada mencit diabetes yang terinfeksi MTB (Martens dkk., 2007 dalam buku Mengenal anti Tuberkulosis Tahun 2016).

Penurunan produksi IFN- γ dan sitokin lain mengurangi imunitas sel T dan kemotaksis di neutrophil pasien diabetes. Hal ini dianggap berperan penting dalam peningkatan kecenderungan pasien diabetes untuk mengalami TB aktif. Reaksi sebaliknya, TB dapat menginduksi intoleransi glukosa dan perburukan kontrol glikemik pada pasien diabetes (Romieu dan Trenga, 2001).

e. Petugas kesehatan

Petugas kesehatan mengalami peningkatan risiko terpapar MTB (Narasimhan dkk., 2013 dalam buku Mengenal anti Tuberkulosis Tahun 2016).

2.2 KONSEP DASAR KELUARGA

2.2.1 Pengertian

Keluarga merupakan orang yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial (hidup bersama) dan adanya hubungan psikologi (ikatan emosional) (Hanson 2001, dalam Doane & Varcoe, 2005).

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall dan Logan, 1986 dalam Friedman, 1998).

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan saling ketergantungan (Departemen

Kesehatan RI,1988).

Keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Depkes, 2010).

Pengertian lain dari keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan (Depkes RI, 2010).

2.2.2 Tipe Keluarga

Berbagai tipe keluarga yang perlu Anda ketahui adalah sebagai berikut.

1. Tipe keluarga tradisional, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.
 - a. *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat.
 - b. *The dyad family* (keluarga *dyad*), suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak, jadi ketika nanti Anda melakukan pengkajian data dan ditemukan tipe keluarga ini perlu Anda klarifikasi lagi datanya.
 - c. *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
 - d. *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
 - e. *Extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan.

- f. *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
 - g. *Kin-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama.
2. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga nontradisional, tipe keluarga ini tidak lazim ada di Indonesia, terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut.
- a) *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - b) *Cohabiting couple*, orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
 - c) *Gay and lesbian family*, seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.
 - d) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
 - e) *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman(1998), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu :

a. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, stabilisasi

kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

b. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

- a) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- b) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
- c) Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- d) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas.

2.2.4 Tahap Perkembangan Keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga yang perlu Anda pelajari berikut ini.

1. Keluarga baru menikah atau pemula
Tugas perkembangannya adalah:
 - a) Membangun perkawinan yang saling memuaskan;
 - b) Membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial;
 - c) Mendiskusikan rencana memiliki anak.
2. Tahap perkembangan keluarga yang kedua adalah keluarga dengan anak baru lahir.
Tugas perkembangannya adalah:
 - a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga;
 - b) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;
 - c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
 - d) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek.
3. Keluarga dengan anak usia pra sekolah
Tugas perkembangannya adalah:
 - a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan;
 - b) Mensosialisasikan anak;
 - c) Mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain;
 - d) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.
4. Keluarga dengan anak usia sekolah
Tugas perkembangannya adalah:
 - a) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi

- sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
 - c) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
5. Keluarga dengan anak remaja
- Tugas perkembangannya adalah:
- a) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri;
 - b) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan;
 - c) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.
6. Keluarga melepas anak usia dewasa muda
- Tugas perkembangannya adalah:
- a) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak;
 - b) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan;
 - c) Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri.
7. Keluarga dengan usia pertengahan
- Tugas perkembangannya adalah:
- a) Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan;
 - b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak; memperkokoh hubungan perkawinan.
8. Keluarga dengan usia lanjut
- Tugas perkembangannya adalah:
- a) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;
 - b) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun;
 - c) Mempertahankan hubungan perkawinan;
 - d) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
 - e) Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi;
 - f) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan

hidup).

2.2.5 Sasaran keperawatan keluarga (DEPKES RI, 2010)

1. Keluarga sehat

Keluarga sehat adalah seluruh anggota keluarga dalam kondisi tidak mempunyai masalah kesehatan, tetapi masih memerlukan antisipasi terkait dengan siklus perkembangan manusia dan tahapan tumbuh kembang keluarga. Fokus intervensi keperawatan terutama pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Keluarga risiko tinggi dan rawan kesehatan

Keluarga risiko tinggi dapat didefinisikan, jika satu atau lebih anggota keluarga memerlukan perhatian khusus dan memiliki kebutuhan untuk menyesuaikan diri, terkait siklus perkembangan anggota keluarga dan keluarga dengan faktor risiko penurunan status kesehatan.

3. Keluarga yang memerlukan tindak lanjut

Keluarga yang memerlukan tindak lanjut merupakan keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan memerlukan tindak lanjut pelayanan keperawatan atau kesehatan, misalnya klien pasca hospitalisasi penyakit kronik, penyakit degeneratif, tindakan pembedahan, dan penyakit terminal.

2.2.6 Peran dan fungsi perawat keluarga

Peran dan fungsi perawat di keluarga adalah sebagai berikut.

1. Pelaksana

Peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana adalah memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif,

preventif, kuratif, serta rehabilitatif.

2. Pendidik

Peran dan fungsi perawat sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan, menentukan tujuan, mengembangkan, merencanakan, dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku sehat secara mandiri.

3. Konselor

Peran dan fungsi perawat sebagai konselor adalah memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

4. Kolaborator

Peran dan fungsi perawat sebagai kolaborator adalah melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan di keluarga

Selain peran perawat keluarga di atas, ada juga peran perawat keluarga dalam pencegahan primer, sekunder dan tersier, sebagai berikut.

1. Pencegahan Primer

Peran perawat dalam pencegahan primer mempunyai peran yang penting dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit dan memelihara hidup sehat.

2. Pencegahan sekunder

Upaya yang dilakukan oleh perawat adalah mendeteksi dini terjadinya penyakit pada kelompok risiko, diagnosis, dan penanganan segera yang dapat dilakukan oleh perawat. Penemuan kasus baru merupakan upaya pencegahan sekunder, sehingga segera dapat dilakukan tindakan. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Peran perawat adalah merujuk semua anggota keluarga untuk skrining, melakukan pemeriksaan, dan mengkaji riwayat kesehatan.

3. Pencegahan tersier

Peran perawat pada upaya pencegahan tersier ini bertujuan mengurangi luasnya dan keparahan masalah kesehatan, sehingga dapat meminimalkan ketidakmampuan dan memulihkan atau memelihara fungsi tubuh. Fokus utama adalah rehabilitasi. Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka, sehingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial, emosional.

2.3 KONSEP PENDEKATAN KELUARGA

2.3.1 Pengertian

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan pendekatan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan didalam gedung, melainkan juga keluar gedung yaitu dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga.

2.3.2 Tujuan dari pendekatan keluarga

Tujuan dari pendekatan keluarga sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotive dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitative dasar.
2. Mendukung pencapaian standar pelayanan minimum (SPM) kabupaten/kota dan SPM provinsi, melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan.

3. Mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
4. Mendukung tercapainya tujuan program Indonesia sehat dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.

2.3.3 Pelaksanaan Pendekatan Keluarga

Pelaksanaan pendekatan keluarga yang dimaksud satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam kartu keluarga. jika dalam satu rumah terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih dari satu keluarga. untuk menyatakan bahwa satu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indicator. dalam rangka pelaksanaan Indonesia sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. ke 12 indikator keluarga sehat tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program keluarga berencana (KB).
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.
3. Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap.
4. Bayi mendapatkan ASI Eksklusif.
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan.
6. Penderita tuberculosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar.
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur.
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan.
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok.
10. Keluarga sudah menjadi anggota JKN.
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih.
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan perhitungan indeks keluarga

sehat (IKS). perhitungan indeks keluarga sehat ini bertujuan untuk menentukan tingkatan keluarga menurut status kesehatan yang dimiliki keluarga tersebut.

2.4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN TUBERKULOSIS

Proses keperawatan memiliki tahapan-tahapan yang saling bergantung dan disusun secara sistematis untuk menggambarkan perkembangan dari tahap satu ke tahap lain, (friedman 1998 : 55 dikutip dalam buku Asuhan Keperawatan Keluarga, Hal 173).

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus tentang keluarga yang dibinanya (ADP,2013:53).

Menurut Friedman proses pengkajian keperawatan dengan pengumpulan informasi secara terus menerus terhadap arti yang melekat pada informasi yang sedang di kumpulkan tersebut. Pengkajian ini yang di lakukan meliputi pengumpulan informasi dengan cara sistematis, diklasifikasi, dianalisa artinya , (Dikutip dalam buku Asuhan keperawatan keluarga, hal 173).

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari beberapa tahap meliputi (ADP,2013:53) :

1.) Pengumpulan Data

Pengumpulan data saat di lakukan dengan cara wawancara, pengamatan, studi dokumentasi (melihat KMS, kartu keluarga) dan pemeriksaan fisik (Effendi,1998 dikutip dalam buku Asuhan keperawatan keluarga, hal 173)

Data yang dikumpulkan meliputi :

1. Data umum
 - a. Identitas keluarga, yang dikaji adalah umur, pekerjaan dan tempat tinggal.

Yang beresiko menjadi penderita TBC adalah : Individu tanpa perawatan kesehatan yang adekuat (tuna wisma, tahanan). Umur penderita tuberculosis paru seringkali berasal dari usia produktif (15-60 th). Angka tertinggi pada wanita ditemukan pada usia 50-50 tahun sedangkan laki-laki usia lebih dari 65 tahun. Jenis kelamin, pada wanita angka prevalensinya masih rendah dan meningkatnya lebih sedikit dibandingkan laki-laki. (Crofton, 1998).

Adat istiadat ditempat tinggal keluarga, suku bangsa, agama, social budaya, rekreasi, kegiatan pendidkn, kebiasaan makan dan berpakaian. Adanya pengaruh budaya pada peran keluarga dan peran struktur, bentuk rumah, bahasa yang digunakan sehari-hari, komunikasi dalam keluarg, penggunaan pelayanan kesehaatan. Tipe Keluarga, Penelitian menunjukkan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah rata-rata lebih berjumlah dari 4 orang, dan paling banyak berjumlah 11 orang dalam satu rumah, yang terdiri dari ayah, ibu, nenek, kakek dan saudara. Keluarga yang serumah adalah orang terdekat dengan penderita TB paru dan intensitas interaksi antar keluarga dengan penderita TB menjadi potensi/ kontak serumah penularan penyakit TB paru. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nelly Marissa (2012) menunjukkan jumlah anggota keluarga penderita TB paru dalam satu rumah sebagian besar lebih dari 4 orang dan berdasarkan tes yang dilakukan oleh anggota keluarga lain yang serumah menunjukkan positif *Mycobacterium tuberculosis*. Penelitian lain menunjukkan sebanyak 11,8 % kasus TB paru baru terjadi dari kontak serumah dengan penderit. (Dalam Gambaran Penderita Tuberkulosis Paru Di Tiga Puskesmas...(Zain Hadifah, et al)

b. Status social ekonomi keluarga

Pendidikan yang rendah berpengaruh terhadap pola pikir dan tindakan keluarga dalam mengatasi masalah dalam keluarga (Effendi,1998). Pada penghasilan keluarga dampak keluarga yang berpenghasilan kurang atau kepala keluarga yang tidak mampu

bekerja lagi, mudah terserang tuberculosis paru karena keadaan gizi menurun dan daya tahan tubuh semua anggota keluarga rendah sehingga kemungkinan terserang tuberculosis paru sangat besar. Seangkan penderita TB paru memerlukan perawatan yang lama, rutin, dan biaya untuk pengobatan. Sedangkan pada tingkat pendidikan, keadaan ekonomi yang rendah sangat berkaitan dengan masalah pendidikan, disebabkan karena ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi dan kurangnya pengetahuan tentang masalah tuberculosis paru pada salah satu anggota keluarga, sehingga tidak mampu merawat penderita dengan baik yang mengakibatkan kondisi bertambah buruk dan timbul komplikasi.

c. Aktivitas rekreasi keluarga

Pada aktivitas rekreasi keluarga identifikasi aktivitas dalam keluarga, frekuensi aktivitas tiap anggota keluarga dan penggunaan waktu senggang.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tingkat perkembangan

Pada tahap pembentukan keluarga akan didapati masalah dengan social ekonomi yang rendah karena harus belajar menyesuaikan dengan kebutuhan yang harus dipenuhi. Keluarga baru belajar memecahkan masalah. Dengan keadaan tersebut berpengaruh pada tingkat kesehatan keluarga. Social ekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan masalah kesehatan yang mereka hadapi disebabkan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan dalam mengatasi masalah kesehatan yang mereka hadapi (Effendi, 1998). Tidak adanya riwayat keluarga yang mempunyai masalah kesehatan tidak berpengaruh pada status kesehatan keluarga.

b. Riwayat kesehatan sebelumnya

Riwayat kesehatan dalam keluarga adakah anggota keluarga yang pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular atau

penyakit yang sifatnya hereditas, misalnya DM, Hipertensi, Jantung, Hepatitis, tuberkulosis. Dan bagaimana perawatan dari keluarga, pengobatan, serta tindakan medis yang telah didapatkan.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit-penyakit infeksi yang pernah diderita oleh keluarga, misalnya : demam thipoid, tuberkulosis, hepatitis, diare, penyakit kulit.

3. Data lingkungan

Data ketiga yang perlu Anda kaji adalah data lingkungan.

a. Karakteristik Rumah

Keadaan rumah yang kumuh, berdebu, rumah yang sempit, ventilasi kurang, keadaan kamar tidur yang pengap karena sinar matahari tidak bisa masuk, kasur yang tidak pernah dijemur merupakan faktor-faktor yang menyebabkan kuman-kuman tuberkulosis mudah menyebar dan menular. Tempat tinggal yang sempit, padat, sanitasi yang tidak terjaga, polusi udara juga menjadi potensi tersebarnya tuberkulosis paru. (Depkes RI, 2002 dalam Asuhan keperawatan keluarga, hal 176). Data yang perlu dikaji adalah karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas. Karakteristik lingkungan yang bagus bagi keluarga dengan penderita tuberkulosis adalah lingkungan rumah yang bersih, pembuangan sampah dan pembuangan limbah yang benar dapat mengurangi penularan TBC dan menghambat pertumbuhan bakteri tuberkulosa.

b. Karakteristik tetangga dan komunitas

Karakteristik hubungan dengan tetangga dan komunitas penderita tuberkulosis paru cenderung merasa rendah diri dalam pergaulan dengan tetangga dan masyarakat, oleh karena itu penderita tidak perlu dikucilkan atau diasingkan. Jika penderita rajin memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan secara berkala dan

minum obat secara teratur, maka penderita dapat disembuhkan.

c. Mobilitas geografis keluarga

Status rumah yang dihuni oleh keluarga apakah rumah sendiri atau menyewa, sudah berapa lama tinggal di daerah tersebut, dan pindah dari daerah mana.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.

Kuman tuberkulosis dapat menular dari orang ke orang melalui udara. Semakin sering kontak langsung dengan penderita beresiko sekali tertular TBC. Terutama yang merawat dirumah berkesempatan terkena TBC dari pada yang berada di tempat umum.

e. Sistem pendukung keluarga.

Data yang perlu dikaji adalah siapa yang memberikan bantuan, dukungan, dan konseling di keluarga, apakah teman, tetangga, kelompok sosial, pegawai, atau majikan, apakah ada hubungan keluarga dengan pelayanan kesehatan. Dukungan keluarga untuk penderita tuberkulosis dengan memberikan motivasi dan semangat agar penderita tertib minum obat, rajin memeriksakan diri, penyediaan gizi yang sesuai anjuran. Adanya system pendukung dalam keluarga diharapkan membantu proses penyembuhan. Dalam hal ini kelyuargga berperan sebagai Pengawas Minum Obat (PMO)

4. Struktur keluarga

a. Struktur peran

Bila anggota keluarga dapat menerima dan melaksanakan perannya dengan baik akan membuat anggota keluarga puas dan menghindari terjadinya konflik dalam keluarga dan masyarakat. Penderita tuberkulosis paru akan mengalami perubahan kapasitas fisik fisik dalam melaksanakan peran, karena merasa tidak mampu menjalankan perannya, misalnya sebagai kepala keluarga yang tidak bisa bekerja lagi, sehingga penghasilan

keluarga menurun.

b. Nilai dan norma keluarga

Perilaku individu masing-masing anggota keluarga yang ditampakan merupakan gambaran diri nilai dan norma yang berlaku dalam keluarga (Suprajitno,2004 : 7 Asuhan keperawatan keluarga, hal 176). Perlu diingat oleh keluarga bahwa tuberculosis paru bukanlah merupakan penyakit kutukan. Namun tuberculosis paru adalah penyakit yang disebabkan karena adanya kuman mycobacterium tuberculosa.

c. Pola komunikasi

Bila dalam keluarga komunikasi yang terjadi secara terbuka dan dua arah akan sangat mendukung bagi penderita TBC. Saling mengingatkan dan memotivasi penderita untuk terus melakukan pengobatan dapat mempercepat proses penyembuhan. Komunikasi yang terbuka dan langsung akan memudahkan tim pelayanan kesehatan dalam pemberin perawatan pengobatan tuberkulosis

d. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan. Sejauh mana keluarga mampu mengambil keputusan dengan tepat dalam mengatasi masalah tuberculosis paru yang ada di keluarga.

5. PHBS di rumah Tangga

- Menjemur alat tidur
- Membuka pintu dan jendela setiap pagi agar udara dan sinar matahari masuk. Sinar matahari langsung dapat mematikan kuman TB.
- Makan makanan berizi. Kebiasaan makan dalam keluaraga sangat mempengaruhi penularan tuberculosis paru. Jika ada anggota keluarga yang meenderita tuberculosis paru, maka keluarga harus memperhatikan gizi yaitu tinggi kalori dan tinggi protein,

memisahkan peralatan makan seperti piring, sendok, gelas agar tidak terjadi penularan pada anggota keluarga yang lain (

- Tidak merokok dan minum minuman keras
- Olahraga secara teratur
- Mencuci pakaiann hingga bersih
- Buang air besar di jamban atau Wc
- Mencuci tangan hingga bersih di air yang mengalir setelah selesai buang air besar, sebelum da sesudah makan.
- Beristirahat cukup
- Jangan tukar menukar peralatan mandi

6. Fungsi keluarga (Friedman,1998)

a. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memnuhi kebutuhan kelurga, seperti kebutuhan makan, pakaian dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan. Dalam fungsi ekonomi keluarga mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang nakan dating, misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya,.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi keluarga mengembangkan dan melatih untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain. Untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Tidak ada batasan dalam bersosialisasi bagi penderita Tuberkulosis dengan lingkungan, sosialisasi sangat diperlukan karena dapat mengurangi stress bagi penderita.

c. Fungsi pendidikan

Upaya yang dilakukan keluarga dalam pendidikan selain upaya yang diperoleh dari sekolah atau masyarakat. Pendidikan yang rendah berpengaruh terhadap pola pikir dan tindaka

n keluarga dalam mengatasi masalah dalam keluarga (Effendi,1998). Sebaliknya dengan tingkat pendidikan tinggi keluarga akan mampu mengenal masalah dan mampu mengambil keputusan untuk menyelesaikan masalah.

d. Fungsi rekreasi

Menjelaskan kemampuan keluarga dan kegiatan keluarga untuk melakukan rekreasi secara bersama baik diluar dan didalam rumah, juga tentang kuantitas yang dilakukan.

e. Fungsi relegius

Menjelaskan tentang kegiatan keagamaan yang dipelajari dan dijalankan oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan

f. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Dan juga tempat tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal, diantaranya : seks yang sehat dan berkualitas, pendidikan seks pada anak sangat penting.

g. Fungsi afektif

Keluarga yang saling menyayangi dan peduli terhadap anggota keluarga yang sakit TBC akan mempercepat proses penyembuhan. Karena adanya partisipasi dari anggota keluarga dalam merawat anggota keluarga yan sakit. Bagaimana keluarga merasakan halhal yang dibutuhkan oleh individu lain dalam keluarga tersebut. Keluarga yang kurang memperhatikan adanya masalah TB Paru dalam keluarga tersebut akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut.

h. Fungsi perawatan/Pemeliharaan Kesehatan

Dikaitkan dengan kemampuan keluarga dalam melaksanakan 5 tugas keluarga dibidang kesehatan yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti

dank arena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Ketidaksanggupan keluarga dalam masalah pada keluarga salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan. Kurangnya pengetahuan pengertian, tanda dan gejala, akibat, pencegahan, perawatan dan pengobatan TBC.

2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi bahkan teratasi. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat terhadap penderita TB Paru merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga dalam hal mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan keluarga diharapkan tepat agar kesehatan masalah dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Keluarga dapat mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dikarenakan tidak mengetahui cara perawatan pada penyakitnya. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan dapat di institusi pelayanan kesehatan. Beberapa contoh perilaku yang menunjukkan bahwa keluarga mampu mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat adalah memutuskan penderita dibawa

berobat ke tempat pelayanan kesehatan, memberikan makanan yang tinggi kalori, protein, vitamin dan mineral. Memutuskan untuk selalu mengawasi penderita TB minum obat secara teratur serta mencegah supaya penyakit TB tidak menular kepada keluarga lainnya

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Pemeliharaan lingkungan yang baik akan meningkatkan kesehatan keluarga dan membantu penyembuhan. Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan bisa di sebabkan karena terbatasnya sumber-sumber keluarga diantaranya keuangan, kondisi fisik rumah yang tidak memenuhi syarat.

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga

Ketidakmampuan keluarga dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan akan membantu anggota keluarga yang sakit memperoleh pertolongan dan mendapat perawatan segera agar masalah teratasi. Kemampuan keluarga daalam pemanfaatan pelayanan kesehatan sangaan berpengaruh dalam perawatan tuberculosis baik untuk mendapatkan informasi maupun pengobatan. Beberapa tempat yang memberika pelayanan bagi tuberculosis adalah Puskesmas, BP4, Rumah sakit dan Dokter praktek swasta (Depkes RI, 2002)

- i. Koping keluarga

Komponen data terakhir adalah data koping keluarga. Data yang perlu dilakukan pengkajian adalah stresor keluarga, meliputi data tentang stresor yang dialami keluarga berkaitan dengan ekonomi dan sosialnya, apakah keluarga dapat memastikan lama dan kekuatan stresor yang dialami, apakah keluarga dapat mengatasi stresor dan ketegangan sehari-hari. Apakah keluarga mampu bertindak berdasarkan penilaian yang objektif dan realistis terhadap situasi

yang menyebabkan stres. Bagaimana keluarga bereaksi terhadap situasi yang penuh dengan stres, strategi koping bagaimana yang diambil oleh keluarga, apakah anggota keluarga mempunyai koping yang berbeda-beda. Koping internal dan eksternal yang diajarkan, apakah anggota keluarga berbeda dalam cara-cara koping, strategi koping internal keluarga, kelompok kepercayaan keluarga, penggunaan humor, *self* evaluasi, penggunaan ungkapan, pengontrolan masalah pada keluarga, pemecahan masalah secara bersama, fleksibilitas peran dalam keluarga. Strategi koping eksternal: mencari informasi, memelihara hubungan dengan masyarakat, dan mencari dukungan sosial.

j. Pemeriksaan fisik

1. Inspeksi

- a) Observasi penampilan umum penderita : tubuh kurus, postur tubuh cenderung membungkuk, dan tampak lemah
- b) Observasi kulit : pucat, turgor butuk, kering/bersisik
- c) Batuk berdahak (produktif/non produktif)
- d) Sesak napas, gelisah/ distraksi
- e) Barhati-hati pada area yang sakit, terutama pada daerah dada

2. Palpasi dada

- a) Pengembangan paru yang tidak simetris
- b) Nyeri dada

3. Perkusi dada

Perkusi pekak dan penurunan fremitus (cairan pleural)

4. Auskultasi paru dan dada

Kaji frekuensi pernapasan, irama kedalaman. Bunyi napas tidak normal (ronchi, mengi atau stridor)

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian. Pengkajian keluarga dilakukan melalui wawancara terhadap anggota

keluarga, pemeriksaan dan observasi lingkungan rumah.

Diagnosa keperawatan keluarga pada keluarga dengan masalah kesehatan TBC yang biasa ditemukan. berdasarkan modul panduan dokumentasi askep komunitas (individu, keluarga/kelompok/komunitas) dengan pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC, Ikatan perawat kesehatan komunitas Indonesia 2015 dengan Diagnosa sebagai berikut :

- a. Koping keluarga tidak efektif (00072)
- b. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099)
- c. Gangguan proses keluarga (00063)

Apabila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu perlu dilakukan skor. Proses Skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses scoring untuk setiap diagnosis keperawatan;

- Tentukan skorna sesuai dengan criteria yang dibuat perawat
- Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

Skor yang diperoleh

..... x bobot

Skor tertinggi

- Jumlah skor untuk semua criteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5).

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Perencanaan keperawatan juga dapat diartikan juga sebagai suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien.

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menyusun perencanaan keperawatan keluarga adalah berikut ini.

1. Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis data secara menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga.
2. Rencana keperawatan harus realistik.
3. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan.
4. Rencana keperawatan dibuat bersama keluarga

Perencanaan keperawatan keluarga pada keluarga dengan masalah kesehatan TBC dapat menggunakan modul panduan dokumentasi aspek komunitas (individu, keluarga/kelompok/komunitas) dengan pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC, Ikatan perawat kesehatan komunitas Indonesia 2015 dengan Intervensi sebagai berikut :

Tabel Intervensi Keperawatan NOC dan NIC

Data	Diagnosis keperawatan		Noc		Nic	
	Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
Data pendukung masalah kesehatan keluarga : TBC						
<p>Keluarga membatasi interaksi dengan pasien</p> <p>Pengabaian terhadap klien</p> <p>Keluarga mengabaikan perawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia</p> <p>Perilaku keluarga yang mengganggu kesejahteraan keluarga tidak menghormati kebutuhan klien</p> <p>Ada penolakan oleh anggota keluarga lain terhadap klien</p> <p>Keluarga kurang memperhatikan penyakitnya</p> <p>Keluarga mengungkapkan kesulitan untuk mendapatkan regimen terapeutik</p> <p>Keluarga tidak mengetahui aktifitas yang tepat untuk memenuhi tujuan kesehatan</p> <p>Status ekonomi keluarga yang kurang</p> <p>Pelayanan kesehatan sulit terjangkau</p>	00072	Ketidakmampuan koping keluarga	1803 1855 1808 1805 1862	<p>Mampu mengenal masalah :</p> <p>Pengetahuan : Proses penyakit</p> <p>Healthy life style</p> <p>Pengobatan</p> <p>Fungsi seksual</p> <p>Managemen stres</p>	5510 5602	<p>Mampu mengenal masalah</p> <p>Pendidikan kesehatan</p> <p>Pengajaran proses penyakit</p>

			1606	Keluarga mampu mengambil keputusan : Berpastisipsi dalam membuat keputusan tentang pemeliharaan kesehatan.	5250	Keluarga mampu mengambil keputusan : Dukungan dalam membuat keputusan
			2204	Keluarga mampu merawat : Membina hubungan dalam perawatan pasien.	5230 5240 5270 5430	Keluarga mampu merawat Peningkatan koping Konseling Dukungan emosional Dukungan kelompok
			1501 1502	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : Menunjukkan peranannya Keterampilan interaksi sosia Control resiko	7040 7130 7140	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : Dukungan terhadap pemberi perawatan Pemeliharaan proses keluarga Dukungan keluarga Terapi keluarga

			1902		7150 5370 6610 6487	Role and enhancement Identifikasi faktor resiko Managemen lingkungan mencegah kekerasan
			1603 3000 3003	Kelurga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : Perilaku mencari sehat Kepuasan klien : akses ke sumber. Kepuasan klien : perawatan berkelanjutan	7910 8100 7960 7400	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsultasi Rujukan Pertukaran informasi Pemeliharaan kesehatan Pedoman sistem kesehatan
Data pendukung masalah kesehatan keluarga : TBC						
<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan keterampilan dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit. - Tidak terpenuhi kebutuhan dasar : oksigenasi anggota keluarga yang sakit. 	00099	Ketidakefektifn pemeliharaan kesehatan	1847	Keluarga mampu mengenal masalah :	5510	Keluarga mampu mengenal masalah :
			1803	Manajemen penyakit kronis Pengetahuan tentang		Penkes proses penyakit yang dialaminya

<ul style="list-style-type: none"> - Perilaku kurang adaptif terhadap perubahan lingkungan - Perilaku kurang dalam mencari bantuan kesehatan - Perilaku kurang dalam melakukan upaya pencegahan penularan TBC pada anggota keluarga yang lain. - Kurang menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat - Ketidacukupan sumber daya (tenaga, sarana, dan keuangan) - Kurang kemampuan dalam berkomunikasi - Tugas perkembangan tidak tercapai 				proses penyakit		
			1606	keluarga mampu memutuskan : Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan	4700 5250 5310	Keluarga mampu memutuskan : Restrukturisasi kognitif Dukungan membuat keputusan Membangun harapan
			0414 0401 0410 0402 0802 0601	Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami TBC : Status cardiopulmonary Status sirkulasi Status respirasi : kepatenan jalan napas Status respirasi : pertukaran gas Vital sign Perilaku kepatuhan	3140 3230 3250 3320 3350 5602 6040 2380	Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami TBC : Manajemen jalan napas Fisioterapi dada Latihan batuk Terapi oksigen Monitoring pernapasan Mengajarkan proses penyakit Terapi relaksasi Managemen pengobatan
			1602 1603	Perilaku meningkatkan kesehatan Perilaku Kepatuhan : penggunaan obat		

			1623 1844	Perilaku mencari yankes Penampilan keluarga dalam memberikan perawatan langsung		
			1902 1910	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : Pengendalian faktor resiko Lingkungan rumah	6610 6550	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : Identifikasi faktor resiko Pencegahan infeksi manajemen lingkungan : keamanan
			3000 3005	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan : Kepuasan klien : akses menuju sumber pelayanan Kepuasan klien : bantuan fungsional	7910 8100	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan : Konsultasi Rujukan
Data pendukung masalah kesehatan keluarga : TBC						
<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan dalam tugas yang telah diterapkan - Perubahan dalam ketersediaan untuk dukungan emosi 	00063	Gangguan proses keluarga		Keluarga mampu mengenal masalah : Keluarga sejahtera	5520 5250	Mengenal masalah : Fasilitasi proses belajar Dukungan membuat keputusan membangun harapan

<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan dalam pola komunikasi - Perubahan ketersediaan untuk menunjukan respon kasih sayang - Mengurangi kontak fisik 			2606			
			1606	Mengambil keputusan : Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan	5540 5250 5310	Mengambil keputusan : Learning readiness enhacement Dukungan membuat keputusan Membangun harapan
			2602 2603 2609	Kemampuan merawat : Fungsi keluarga Integritas keluarga Dukungan keluarga selama perawatan	4360 7100 7130 7140 7150 5370	Kemampuan merawat : Memodifikasi perilaku Peningkatan integritas keluarga Mempertahankan proses keluarga Dukungan keluarga Terapi keluarga Peningkatan peran
			Kemampuan memodifikasi lingkungan :	4350	Kemampuan modifikasi lingkungan: Managemen perilaku	

			2009 1501	Status kenyamanan : Lingkungan Menunjukkan peranannya		
			3000	Kemampuan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan : Kepuasan klien : akses menuju sumber pelayanan	4480	Kemampuan pemanfaatan pelayanan kesehatan : Memfasilitasi tanggung jawab diri

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap keluarga, didasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap keluarga dengan TBC adalah :

1. Sumber daya keluarga
Sumber daya yang memadai diharapkan mampu menunjang proses penyembuhan pada anggota keluarga yang menderita TBC
2. Tingkat pendidikan keluarga
Tingkat pendidikan keluarga yang dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah TBC dan mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat terhadap anggota keluarga yang menderita TBC
3. Adat istiadat yang berlaku
Adat istiadat yang berlaku berpengaruh pada kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC.
4. Respon dan penerimaan keluarga
Respon dan penerimaan keluarga sangat berpengaruh pada penyembuhan karena keluarga mampu memberi motivasi.
5. Sarana dan prasarana yang ada dalam keluarga
Dengan adanya sarana dan prasarana yang baik pada keluarga akan memudahkan keluarga dalam memberikan perawatan dan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita TBC.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Menurut Friedman (1998, dalam buku Asuhan Keperawatan Keluarga.2013. hal 160) evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan lainnya. . faktor yang paling penting adalah bahwa metode harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang dievaluasi, bila tujuan tersebut sudah tercapai, bila tujuan tersebut sudah tercapai maka kita membuat rencana tindak lanjut.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 HASIL STUDI KASUS

Pada bab ini berisi rincian tentang studi kasus asuhan keperawatan keluarga dengan Tuberkulosis yang telah dilakukan pada Keluarga Tn. M.L pada tanggal 11-16 Juni 2018.

3.1.1 Pengkajian

a. Data Umum Keluarga

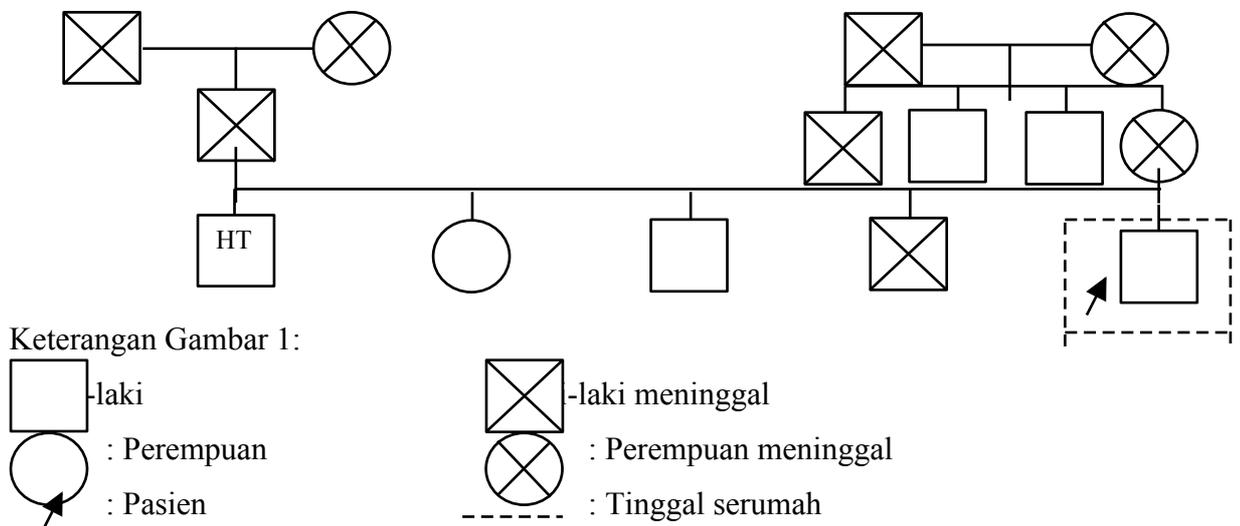
Pengkajian dilakukan oleh Nur Insyani Dhawe dengan auto Anamnesis pada hari senin, 11 Juni 2018. Berawal dari puskesmas kemudian berlanjut di rumah keluarga Tn. M.L, pendidikan terakhir D3 Teknik Sipil, alamat rumah di RT 019/RW007 Kelurahan Sikuman Kecamatan Maulafa. Tn. M.L beragama Kristen Protestan dan berasal dari suku Sabu. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia dan pekerjaan saat ini adalah wiraswasta, fasilitas pelayanan kesehatan terdekat adalah Puskesmas Sikumana dengan jarak kurang lebih dua kilometer, alat transportasi yang digunakan adalah sepeda motor.

Data anggota keluarga Tn. M.L berjenis kelamin laki-laki berperan sebagai kepala keluarga, suku Sabu, berumur 56 tahun, pendidikan terakhir D3 Teknik Sipil, pekerjaan wiraswasta. Status gizi : TB 165 cm, BB: 49 kg, hasil TTV: TD : 130/90 mmHg; Nadi : 96x/mnt; RR: 24 x/mnt; Suhu : 36,6°C. Menggunakan alat bantu kaca mata Kaca mata yang digunakan pada saat tertentu (membaca).

Status Kesehatan Tn. M.L. dengan penampilan umum tampak kurus, kurang rapi, kurang bersih, dan tampak kurang. Status kesehatan saat ini Tn. M.L menderita TB Paru dan minum obat teratur dan suntik obat secara teratur. Tn. M.L juga sedang batuk dan susah mengeluarkan dahak serta pilek. Pada tahun 2014 Tn. M di diagnosa menderita TB Paru oleh dokter di Puskesmas Sikumana. Saat itu Tn. M

langsung menjalani pengobatan TB, namun Tn. M memiliki pemahaman yang salah dalam minum obat, sehingga pada bulan April 2018 Tn. M kembali memeriksa di Puskesmas Sikumana dengan keluhan batuk berdarah dan mendapatkan pengobatan TB kategori II. Tn. M juga pernah di diagnosa menderita Diabetes Melitus pada tahun 2015. Tn. Y. T. memiliki riwayat penyakit stroke. Analisis masalah kesehatan TBC Paru Kategori II

- Genogram :



Dari genogram diatas, dapat di simpulkan bahwa dari kakek dan nenek Tn.M.L sudah meninggal karena sudah usia lanjut. Begitu juga dengan orang tua Tn. M.L sudah meninggal, sedangkan adik dari Tn. M.L meninggal karena sakit. Kakak pertama dari Tn. M.L menderita penyakit Hipertensi dan Tn. ML sendiri menderita TB Paru dan Diabetes Melitus.

Tipe keluarga, keluarga Tn M.L merupakan tipe keluarga Single adult. Dimana dalam rumah hanya tinggal 1 orang dewasa yaitu Tn. M dan belum menikah. Saat dikaji tentang status sosial ekonomi Tn. M mengatakan penghasilannya setiap bulan fluktuatif, mulai dari Rp. 2.000.000 sampai dengan Rp. 2.500.000. namun penghasilannya itu sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari karena ia hidup

didalam rumah sendiri. Tn. M juga memiliki motor yang dapat membantunya sebagai alat transportasi. Aktivitas rekreasi keluarga di dalam rumah yang biasa dilakukan Tn. M adalah menonton televisi, namun Tn. M mengatakan untuk sementara TV nya sedang rusak dan Tn. M lebih suka duduk sendiri. Sementara aktivitas rekreasi diluar rumah yang biasa dilakukan Tn. M adalah pergi ke tempat wisata, namun ini jarang dilakukan oleh Tn. M.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini keluarga Tn. M berada pada tahap lansia. Diusia Tn. M yang tidak muda lagi ini, Tn. M belum menikah sehingga banyak tugas yang tidak bisa dilakukan oleh Tn. M seperti tugas dalam tahap keluarga sebagai pemula keluarga dengan anak (Bayi baru lahir, pra sekolah, sekolah, remaja) tidak dapat terpenuhi.

Tn. M mengatakan ia menderita penyakit TB Paru. Tn. M biasanya pergi berobat di Puskesmas Sikumana dan mendapatkan pelayanan dengan baik namun Tn. M pernah mengalami situasi yang kurang menyenangkan di RSUD W.Z. Johannes Kupang karena menunggu antrian yang sangat lama karena kelalaian petugas yang salah menyimpan status pasien.

Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya didapatkan bahwa Tn. M pernah menderita TBC Paru pada tahun 2014 dan sudah menjalani pengobatan sampai sembuh. Setelah sembuh, sekitar tahun 2015 Tn. M mulai mengonsumsi alkohol dan rokok yang dapat di habiskan sampai dengan 3 bungkus. Semakin hari Tn. M merasa badannya mulai lemas. Tn. M pun memutuskan untuk pergi memeriksa di fasilitas kesehatan terdekat yaitu Puskesmas Sikumana. Setelah di periksa di dapatkan hasil pemeriksaan gula darah tinggi dan Tn. M menderita penyakit Diabetes Melitus.

c. Data Lingkungan

Kondisi rumah Tn. M tidak bersih. Rumah Tn. M terdiri dari ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 dapur dan 1 kamar WC serta teras rumah. Cara

Tn. M mengatur perabot rumah sangat tidak rapi. Rumah hanya akan di sapu jika anggota keluarga merasa rumahnya sudah sangat kotor. Saat dikaji, rumah Tn. M tidak bersih, lantai, kursi dan meja juga berdebu, pakaian berserakkan di mana-mana, banyak sarang laba-laba. Rumah Tn. M memiliki ventilasi yang cukup, terdapat 1 jendela di ruang tamu, 1 jendela di kamar tidur dan beberapa ventilasi yang berukuran kecil. Rumah Tn. M memiliki pencahayaan yang baik namun pada malam hari hanya 1 lampu yang dinyalakan yaitu di ruang tamu serta Tn. M kadang-kadang hanya membuka jendela. Jendela hanya akan dibuka jika merasa senang untuk membukanya. Rumah Tn. M memiliki saluran limbah yang baik dimana sudah ada tempat pembuangannya. Keluarga Tn. M mempunyai sarana air bersih yaitu dari sumur di rumahnya. Rumah Tn. M memiliki WC dan jamban leher angsa. Rumah Tn. M memiliki tempat pembuangan sampah keluarga. Tn. M menggunakan metode buang sampah di tempat yang digunakan untuk membakar sampah. Luas rumah Tn. M kira-kira 10x4m² dimana Tn. M tinggal sendiri di rumah tersebut.

Dilingkungan sekitar rumah Tn. M merupakan rumah saudara Tn. M sendiri serta anak kos-kosan, sedangkan dilingkungan komunitasnya lebih banyak penduduk suku Timor, hubungan antar penduduk cukup baik, namun di lingkungannya jarang dan hampir tidak pernah kerja bakti atau kegiatan lainnya yang merupakan kebiasaan penduduk disekitar. Penduduk biasanya marah jika ada pelebaran jalan ataupun pohon di sekitarnya di tebang. Tn. M merupakan penduduk suku Sabu namun keluarganya mengatakan sudah tinggak di Kota Kupang sejak tahun 1991, anggota keluarga mengatakan sejak tahun 1990-an Tn. M sering bertugas keluar kota sampai ± 1 tahun, namun sejak tahun 1999 Tn. M ditugaskan didalam kota sehingg selama ini Tn. M sudah tidak pernah berpindah tempat tinggal. Dalam masyarakat Tn. M jarang mengikuti perkumpulan dengan masyarakat. Tn. M mengikuti kegiatan arisan bersama

keluarganya. Ia juga memiliki hubungan yang baik dengan masyarakat namun ada orang-orang tertentu yang menjauh darinya karena penyakitnya. Didalam rumah Tn. M tidak ada yang sehat namun Tn. M memiliki sarana transportasi seperti sepeda motor yang dapat digunakan untuk bepergian ke rumah sakit atau puskesmas serta Tn. M juga memiliki kartu Jaminan Kesehatan Nasional yang bisa membantunya untuk berobat. Selain itu, didalam keluarga tidak terdapat pengawas minum obat dikarenakan Tn M.L tinggal sendiri di rumah namun saudaranya yang tinggal di dekat rumahnya kadang-kadang mengingatkan Tn M.L untuk minum obat. Sedangkan untuk PMO dari Fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan setiap hari tidak ada.

d. Struktur keluarga

Tn. M berperan sebagai kepala keluarga serta pencari nafkah. Keluarga Tn. M meyakini bahwa kesehatan sangat penting dan harus dijaga sehingga Tn. M sudah membiasakan diri untuk selalu pergi berobat sesuai jadwal setiap harinya, mencuci pakaian sendiri, jika ada keluarga yang sakit maka ia selalu menyarankan untuk berobat di fasilitas kesehatan terdekat. Pola komunikasi dalam keluarga Tn. M baik. Ia dan saudaranya yang tinggal bersebelahan dengan rumahnya selalu berkomunikasi secara terbuka. Keluarga Tn. M selalu menjaga hubungan mereka dengan salah 1 cara yaitu komunikasi. Tn. M mengatakan jika ada masalah maka harus diatasi dengan tenang namun tergantung pada masalah yang di hadapi. Tn. M juga lebih suka menyimpan perasaannya sendiri jika Ia merasa susah atau senang. Tn. M biasanya berkomunikasi dengan bahasa Indonesia dan bahasa daerah yaitu Sabu. Keluarga Tn. M yang berada disekitar rumah selalu mengingatkan Tn. M untuk berobat. Tn. M juga memiliki semangat yang tinggi untuk proses penyembuhannya.

e. PHBS Di Rumah Tangga

Keluarga Tn. M menggunakan air bersih dari sumur, keluarga Tn. M menggunakan air bersih untuk membersihkan diri. Air yang di pakai bersumber dari sumur yang dimilikinya sendiri. Tn. M jarang mencuci tangan dan jika ia mencuci tangan, ia juga jarang menggunakan sabun. Tn. M jarang membuang sampah pada tempatnya. Sampah dalam rumah tangga biasanya langsung di bakar di tempat pembakaran sampah. Tn. M membersihkan rumah jika ia merasa sangat kotor. Rumah Tn. M saat di kaji tampak kotor dimana terdapat banyak debu di lantai, meja, dan kursi, pakaian berserakkan dimana-mana dan juga perabot rumah tangga tidak tertata dengan baik. Tn. M mengatakan ia mengkonsumsi sayur setiap hari seperti sayur putih ataupun bayam. Tn. M juga mengonsumsi dengan ikan setiap hari dan sesekali dengan daging. Keluarga Tn. M menggunakan jamban jenis leher angsa Keluarga selalu membersihkan bak mandi setiap kali air yang digunakan telah habis, namun keluarga tidak menggunakan bubuk abate. Keluarga mengatakan selalu mengonsumsi sayur setiap hari seperti sayur putih dan bayam. Sementara buah-buahan di konsumsi ketika Tn. M susah BAB. Tn. M mengatakan sejak ia menderita sakit TBC, ia jarang beraktifitas dirumah karena lemah. Tn. M juga tidak pernah berolahraga. Ia hanya menghabiskan waktu dengan duduk, istirahat kemudian tidur, Tn. M mengatakan Ia sudah berhenti merokok sejak 8 bulan yang lalu karena sakit, namun sebelum sakit ia adalah seorang perokok yang aktif.

f. Fungsi Keluarga

Menurut keluarga, ekonomi sangat penting karena untuk menyambung kehidupan. Cara Tn. M untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari yaitu dengan bekerja, Tn. M juga mempunyai prinsip agar tidak berhutang. Karena ia rajin bekerja maka kebutuhan sehari-harinya dapat terpenuhi. Keluarga mengatakan menjaga hubungan baik dengan keluarga ataupun tetangga itu baik, sehingga Tn. M selalu berhubungan

baik dengan keluarga dan tetangga sekitar. Keluarga mengatakan pendidikan itu penting agar orang tidak membodohi kita. Tn. M merupakan salah seorang tamatan diploma III. Pada saat sakit, Tn. M sering diberikan brosur tentang penyakitnya, namun ia jarang membacanya karena ia hanya ingin berobat. Tn. M menganggap rekreasi itu penting, namun ia sendiri jarang melakukan rekreasi. Biasanya ia hanya mengikuti arisan keluarga ataupun menonton televisi. Tn. M mengatakan ia tidak pernah mengikuti kegiatan keagamaan apalagi kegiatan seperti refleksi bersama yang bisa membuat pikiran lebih tenang. Tn. M saat ini belum menikah dan ia berniat untuk tidak mencari pasangan lagi karena usianya sudah tidak muda dan ia lebih berfokus pada kehidupannya ke depan. Dalam keluarga, Tn. M mengatakan mereka saling menyayangi satu sama lain dan saling tolong menolong. Tn. M juga merupakan anak terakhir dalam keluarganya sehingga ia sangat di sayang.

g. Pada Fungsi pemeliharaan/perawatan kesehatan

1. Mengenal masalah kesehatan

Tn. M mengatakan ia mengetahui penyakit yang sedang ia derita, begitu juga dengan keluarganya yang berada di sekitar rumahnya. Menurut Tn. M, TBC adalah penyakit yang menyerang pada organ paru-paru. Tn. M mengatakan tidak mengetahui penyebab dari penyakit TBC. Saat ditanya, Tn. M mengatakan tidak tahu. Tn. M mengatakan, tanda dan gejala dari penyakit TBC adalah batuk saja. Sementara tanda dan gejala lainnya tidak diketahui Tn. M. Tn. M mengatakan faktor yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan hanya karena merokok saja, sementara kebiasaan dari dirinya dan lingkungan yang tidak bersih menurutnya biasa saja dan tidak mempengaruhi kesehatan. Tn. M mengatakan TB Paru merupakan penyakit menular yang dapat disebarkan.

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

Tn. M mengatakan jika penyakitnya tidak di obati maka akan menyebabkan penyakit bertambah parah dan timbul penyakit lainnya dan bahkan bisa meninggal. Tn. M mengatakan ia merasakan sakit yang ia derita begitu juga dengan keluarga nya yang merasa kasihan pada nya. Tn. M mengatakan ia masih semangat untuk berobat dan ia selalu pergi berobat di Puskesmas Sikumana Tn. M mengatakan ia tidak merasa takut dengan penyakit yang dialami karena setiap orang pasti akan mati. Tn. M mengatakan keluarga nya selalu mendukung ia untuk pergi berobat dan selalu mengingatkan Tn. M untuk pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

3. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

T. M mengatakan cara merawatnya dengan pergi berobat secara teratur di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dan minum obat secara teratur namun Tn M.L salah mempresepsi minum obat, Tn. M.L minum OAT 3 kali sehari .. Namun Tn. M membuang ludah/dahak di sembarang tempat. Sese kali juga Tn. M meminum obat tradisional untuk mengobati penyakitnya. Saat pengkajian berlangsung, sese kali Tn. M membersihkan mulutnya yang terdapat air liur/lendir dengan menggunakan baju yang ia kenakan. Tn. M tidak mengetahui alat, cara dan fasilitas untuk merawat. Saat di tanya teknik atau etika batuk pun Tn. M tidak mengetahuinya. Tn. M juga mengetahui cara membuang dahak yang benar namun tidak dilakukan. Selain itu peralatan makan Tn. M juga tidak digabung dengan orang lain. Tn. M juga mengetahui pentingnya menggunakan masker namun saat dikaji Tn. M selalu melepaskan kemudian memakainya lagi secara berulang. Masker yang digunakan juga tampak sudah lama digunakan dan belum diganti.

4. Kemampuan keluarga memelihara/modifikasi lingkungan rumah yang sehat

Tn. M tidak mengetahui mengenai sumber-sumber disekitar rumah

yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan. Tn. M mengatakan manfaat pemeliharaan lingkungan adalah agar lingkungan tampak bersih dan sehat namun pada saat dikaji, rumah Tn. M tampak tidak bersih, pakaian berserakkan di dalam rumah, lantai dan perabot rumah tangga banyak debu dan jendela selalu di tutup. Rumah Tn. M jarang sekali di bersihkan. Tn. M selalu di ingatkan oleh saudaranya untuk membersihkan rumah, namun selang beberapa hari rumah kembali berantakan. Tn. M mengatakan tidak tahu cara mencegah penyakit yang berhubungan dengan lingkungan. Yang Tn. M ketahui hanyalah menjemur kasur, menggunakan masker. Namun saat dikaji Tn. M tampak melepaskan kemudian menggunakan masker lagi secara berulang, jendela di rumah nya tidak pernah dibuka dan rumah tidak pernah dirapikan.

5. Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

Tn. M mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan rumah nya yaitu di Puskesmas Sikumana yang biasanya ia pergi berobat di sana. Tn. M mengatakan keuntungan yang di dapat di fasilitas pelayanan kesehatan adalah memeriksakan diri terhadap penyakit yang dialami, kontrol kesehatan dan mendapatkan pengobatan. Tn. M pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan saat berada di RSUD W.Z. Johannes Kupang karena menunggu antrian yang terlalu lama dan petugas kesehatan belum memanggil namanya karena kelalaian petugas kesehatan dalam menyimpan status pasien Tn. M selalu ke Puskesmas yang terdekat yaitu di Puskesmas Sikumana dan menurut Tn. M fasilitas pelayanan kesehatan dapat dijangkau.

h. Stress Dan Koping Keluarga

Tn. M mengatakan jarang mengalami stress, kadang-kadang dibuat stress oleh pekerjaan namun itu sudah di anggap hal biasa. Tn. M mengatakan tidak pernah mengalami stess atau pikiran yang berkepanjangan. Tn. M mengatakan kadang marah bila masalah

pekerjaannya muncul seperti para pedagang yang belum melunasi barang yang diambil di toko mereka dan terkadang Tn. M harus menanggungnya dengan di marahi oleh bos nya namun Tn. M sabar menanggapi semua nya itu. Tn. M mengatakan kadang-kadang ia mengambil jalan keluar dengan mengambil barang-barang yang ada di kios yang dimiliki pedagang dengan menjualnya kembali di kios-kios lainnya. Jika ada masalah Tn. M biasanya mengatasinya dengan tenang namun seperti masalah pekerjaan kadang Tn. M marah-marah pada pedagang kios namun hanya sebentar saja.

i. Harapan keluarga

Keluarga berharap agar masalah kesehatannya dapat segera di atasi dan disembuhkan.

Kriteria kemandirian keluarga

- a. Menerima petugas perawatan kesehatan
- b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan sesuai rencana keperawatan
- c. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
- d. Melakukan tindakan keperawatan sederhana yang dianjurkan
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
- f. Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran
- g. Melaksanakan tindakan promotif secara aktif

Kesimpulan :

Keluarga berada pada kemandirian keluarga tingkat 1 yaitu memenuhi kriteria 1 dan 2

j. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik (ROS: *Review of System*)

1. B1 (*Breathing*)

a. Inspeksi

Bentuk dada Tn M.L tampak simetris namun lapang dada tampak kurus, tidak mengalami sesak napas maupun

peningkatan pernapasan. Saat dikaji didapatkan Tn M tampak batuk. Sputum berwarna putih. RR 24 x/menit

b. Palpasi

Pada kasus nyata, ditemukan gerakan dada saat bernapas antar dada kiri dan kanan seimbang.

c. Perkusi

Pada lapang paru saat diperkusi ditemukan suara sonor pada lapang paru, dan suara pekak pada daerah jantung.

d. Auskultasi

Pada Tn M.L ditemukan bunyi napas tambahan yaitu ronchi pada ICS ke 2

2. B2 (Blood)

Adanya keluhan Tn M.L merasa lemah, denyut nadi radial tidak melemah yaitu 96 x/menit, tekanan darah 130/90 mmHg, tidak ada bunyi jantung tambahan. CRT <3 detik

3. B3 (Brain)

Kesadaran Tn M.L composmentis, tidak tersapat sianosis, konjungtiva merah muda.

4. B4 (Bladder)

Tn M.L mengatakan BAK nya lancer, namun Tn M.L mengatakan kadang urinnya berwarna merah dan berbau.

5. B5 (Bowel)

Tn. M.L mengeluh nafsu makan berkurang namun ia selalu memaksakan diri untuk menghabiskan makanannya, Tn. M.L juga mengalami penurunan BB, dulu BB nya biasa hingga 50an sampai 60 Kg, namun sekarang BB hanya 49 Kg.

6. B6 (Bone)

Tn. M.L mengatakan mudah lelah, ketika bekerja harus istirahat sejenak, dan hamper tidak pernah berolahraga. Namun Tn M.L masih

mampu beraktifitas seperti berjalan atau kegiatan lain secara mandiri namun harus diselingi dengan istirahat. Ektremitas aatas dan bwah bergerak secara aktif dan berfungsi dengan baik.

k. Data Penunjang

Pemeriksaan foto thorax pada bulan april 2018 ditemukan hasil pemeriksaan KP Aktif. Pada tanggal 23 april 2018 dilakukan pemeriksaan Bakteriologis <BTA dan Tes Cepat Gx didapatkan hasil ++ , serta hasil pemeriksaa Gula Darah Sewaktu pada tanggal 3 mei 2018 : 142 mg/dl, Nilai Normal <120 mg/dl

3.1.2 Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian, data-data yang ditemukan kemudian dibuat analisa data sebagai berikut :

Data subyektif : Anggota keluarga mengatakan sedang batuk dan pilek, anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui penyebab dari penyakit TBC, anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala dari TBC selain batuk, anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan yang diderita selain merokok, anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui akibat dari penyakit TBC bila tidak diobati, anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui peralatan, cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga yang menderita TBC, anggota keluarga mengatakan tidak tahu mengenai sumber disekitar rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan, saudara dari Tn.M selalu membantu merapihkan rumah namun setelah 1 atau 2 hari rumah kembali berantakan, anggota keluarga mengatakan tidak tahu tentang cara pencegahan penyakit TBC selain menjemur kasur dan menggunakan masker. Data obyektif : Rumah Tn M. Tanpak tidak bersih, pakaian berserakan, lantai, kursi dan meja berdebu, dan jendela tampak tertutup, saat dikaji Tn.M terlihat melepaskan masker, saat ditanya

mengenai etika batuk, anggota keluarga tampak tidak tau jendela rumah tampak tertutup

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan keluarga Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan dengan kode 00099

Data subyektif : Anggota keluarga mengatakan lingkungan yang bersih tidak terlalu mempengaruhi kesehatannya, anggota keluarga mengatakan biasanya membuang ludah/dahak disembarang tempat dan tidak merapihkan rumah, anggota keluarga mengatakan jarang membuka jendela rumah dan kadang-kadang minum obat kampong tapi sesekali saja (nama obatnya daun afrika di makan mentah). Data obyektif : Tn M tampak membuang ludah/dahak disembarang tempat, dan terkadang menggunakan baju untuk membersihkan lender/ludah yang tersisa dimulut

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan keluarga Perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan kode 00188

Berdasarkan Hasil Analisa data maka ditegakkan diagnosa Keperawatan keluarga Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dan Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko

Prioritas Diagnosa

Hasil pembobotan skor dari 4 kriteria diperoleh :

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099. **Kriteria:** a.) Sifat masalah: tidak/kurang sehat, skor : 3, bobot : 1, perhitungan $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran Tn M sudah menderita TBC. b.) Kemungkinan masalah dapat diubah : sebagian, skor : 1, bobot : 2 , perhitungan $1/2 \times 2 = 1$, pembenaran kurangnya pengetahuan tentang penyakit dari Tn M dan kebiasaan Tn M yang bisa menimbulkan masalah kesehatan. c.) Potensial masalah untuk dicegah : Cukup. Skor 2 , bobot 1, perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$, pembenaran : masalah kesehatan sudah terjadi tetapi pencegahan belum maksimal. d.) Menonjolnya masalah : masalah berat, harus segera ditangani. Skor : 2, bobot 1, perhitungan $2/2 \times 1 = 1$,

pembenaran: keluarga menganggap masalah besar dan perlu penanganan segera. Sehingga total bobot 3,6.

Diagnosa 2 : Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko dengan kode 00188 **Kriteria:** a.) Sifat masalah: ancaman kesehatan, skor : 2, bobot : 1, perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$, pembenaran Masalah kesehatan belum terjadi namun dapat beresiko b.) Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah, skor : 2, bobot : 2 , perhitungan $2/2 \times 2 = 2$, pembenaran Keluarga dapat mengubah perilaku yang dapat menyebabkan resiko terinfeksi c.) Potensial masalah untuk dicegah : Cukup. Skor 2 , bobot 1, perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$, pembenaran : masalah kesehatan sudah terjadi tetapi pencegahan belum maksimal. d.) Menonjolnya masalah : masalah tidak dirasakan. Skor : 0, bobot 1, perhitungan $2/2 \times 1 = 1$, pembenaran: Keluarga menganggap biasa-biasa saja. Sehingga total bobot yang didapat 3.2.

Dari perhitungan prioritas masalah keperawatan keluarga diatas dapat diambil kesimpulan : Prioritas masalah keperawatan keluarga pada Tn.M dengan tbc adalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga

3.1.3 Rencana

Adapun perencanaan dari diagnosa keperawatan keluarga yang dapat ditegakkan :

Diagnosa : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099.

TUK 1 : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga, keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil domain 4 : Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku, kelas : S luaran: Pengetahuan: proses penyakit yaitu pemahaman tentang proses penyakit dan komplikasinya meningkat dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak) dengan indicator : Faktor-faktor penyebab dan faktor pendukung penyakit TBC, faktor risiko dari penyakit TBC, efek patofisiologis penyakit TBC, tanda dan gejala penyakit TBC, proses

perjalanan penyakit TBC, strategi meminimalkan perkembangan dan penularan penyakit TBC

Intervensi : Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, domain: 3 Perilaku, kelas : S pendidikan pasien. Aktivitas : pengajaran : proses penyakit ; Jelaskan kepada keluarga proses penyakit TBC sesuai kebutuhan, identifikasi kemungkinan penyebab penyakit TBC, jelaskan kepada keluarga tanda dan gejala dari penyakit TBC, jelaskan kepada keluarga tentang patofisiologi penyakit TBC dan bagaimana hubungannya dengan anatomi fisiologi, sesuai kebutuhan , edukasikan kepada keluarga mengenai cara penularan TBC serta tanda dan gejala yang harus di laporkan kepada petugas kesehatan sesuai kebutuhan., edukasikan kepada keluarga mengenai tindakan untuk mengontrol atau meminimalkan gejala dari penyakit TBC, review pengetahuan keluarga tentang penyakit TB. Domain : 2 Fisiologis : Kompleks, kelas : manajemen obat-obatan. Aktivitas : pengajaran : peresepan obat-obatan ; instruksikan pasien untuk mengenali karakteristik khusus dari obat-obatan OAT, informasikan pasien konsekuensi tidak memaakai obat atau berhenti pemakaian obat, instruksikan pada keluarga mengenai cara pemberian obat

TUK 3: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil domain :VI Kesejahteraan keluarga. Kelas : X luaran: Partisipasi Keluarga Dalam Perawatan Profesional: yaitu kapasitas dari sebuah keluarga untuk terlibat dalam pengambilan keputusan, pemberian perawatan, dan evaluasi perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dari skala 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan) dengan indikator: Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan penyakit TBC, berpartisipasi dalam menyediakan perawatan penyakit TBC, bekerja sama dalam perawatan pasien TBC, membuat keputusan ketika pasien tidak dapat melakukannya, berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan pasien TBC

Intervensi : Keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan.

Domain: II Fisiologis : kompleks. Kelas: K Manajemen pernapasan. Intervensi : Manajemen batuk dengan aktivitas : Libatkan pasien dan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien TBC, dampingi pasien untuk duduk pada posisi dengan kepala sedikit lurus bahu relaks dan lutut di tekuk atau fleksi, dukung pasien untuk menarik napas dalam beberapa kali lalu hembuskan lewat mulut, dukung pasien untuk melakukan napas dalam, tahan selama 2 detik dan batukkan 2 sampai 3 kali, minta pasien untuk bersama-sama latihan batuk di lanjutkan dengan beberapa periode nafas dalam. Domain: II Fisiologis : kompleks. Kelas: K Manajemen pernapasan. Intervensi manajemen jalan napas dengan aktivitas buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk, motivasi anggota keluarga untuk bernapas pelan, dalam, dan batuk. Domain 2 Fisiologis. Kelas H : manajemen obat-obatan. Intervensi : Manajemen Obat dengan aktivitas pantau kepatuhan mengenai regimen obat, ajarkan anggota keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai

TUK 4 : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan kriteria hasil: Domain: VI Kesehatan Keluarga. Kelas: X Kesejahteraan Keluarga Luaran : Iklim Sosial Keluarga yaitu kapasitas dari sebuah keluarga untuk menyediakan lingkungan yang mendukung yang ditandai dengan hubungan dan tujuan anggota keluarga. Dipertahankan pada 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke 5 (secara konsisten menunjukkan) dengan indikator : Berpartisipasi dalam kegiatan Bersama dan menjaga kebersihan rumah.

Intervensi : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan. Domain: V – Keluarga. Kelas: X – Perawatan Sepanjang Hidup. Intervensi: Bantuan Pemeliharaan Rumah dengan aktivitas tentukan kebutuhan pemeliharaan rumah pasien , sediakan informasi mengenai bagaimana membuat rumah aman dan bersih dengan membuka ventilasi jendela setiap pagi, menganjurkan agar keluarga dapat memisahkan setiap peralatan makan dan minum pasien dengan anggota lainnya. Domain : 4 Keamanan, Kelas :

V Manajemen Resiko. Intervensi manajemen lingkungan : Keselamatan dengan aktivitas ingkirkan bahan berbahaya seperti debu atau lingkungan yang kurang bersih, modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahan bahaya dan berisiko

Diagnosa 2 : Perilaku kesehatan keluarga cenderung berisiko dengan kode 00188

TUK 3: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil domain: VII : Kesehatan komunitas Kelas CC : Perlindungan kesehatan komunitas dengan luaran: kontrol risiko komunitas: penyakit menular untuk menghilangkan dan mengurangi agen infeksi akan meningkat dari skala 1(buruk) menjadi 4 (sangat baik) dengan indikator: Skrining dari semua anggota keluarga yang berisiko tinggi TBC, nvestigasi dan pemberitahuan kontak mengenai risiko penyakit menular TBC, ketersediaan layanan pengobatan untuk orang yang terinfeksi TBC, penegakkan program pengendalian infeksi TBC.

Intervensi : Keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan Domain 4 : Kemaamanan. Kelas V : Manajemen resiko. Intervensi perlindungan infeksi dengan aktivitas monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal pada pasien dengan TBC, monitor terhadap infeksi kerentanan risiko TBC, pertahankan aseptik untuk pasien berisiko TBC, pertahankan teknik-teknik isolasi pada pasien dengan TBC

TUK 4 : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan kriteria hasil : domain : IV Pengetahuan Kesehatan dan Perilaku. Kelas : T kontrol Risiko dan keamanan dengan luaran : Kontrol risiko: tindakan individu untuk mengerti, mencegah dan mengeliminasi, atau mengurangi ancaman kesehatan, yang telah dimodifikasi meningkat dari skala 2 (jarang menunjukkan) ke skala 4 (sering menunjukkan) dengan indiator: mencari informasi tentang risiko

kesehatan, mengidentifikasi faktor resiko, memonitor faktor resiko dilingkungan, memodifikasi gaya hidup untuk mengurangi resiko, menghindari paparan ancaman kesehatan, berpartisipasi dalam skrining masalah\ : kesehatan

Intervensi : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan. Domain : IV – Keamanan, kelas : V – Manajemen Risiko. Intervensi : Identifikasi Risiko dengan aktivitas Instruksikan faktor risiko dan rencana untuk mengurangi faktor risiko TBC, identifikasi risiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik tentang TBC , rencanakan monitor risiko kesehatan dalam jangka panjang, kaji ulang riwayat kesehatan masa lalu dan dokumentasikan bukti yang menunjukkan adanya penyakit medis, diagnosa keperawatan serta perawatannya , identifikasi adanya sumber-sumber agensi untuk membantu menurunkan faktor risiko TBC, implementasikan aktivitas pengurangan risiko.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan intervensi masing-masing diagnosa keperawatan keluarga yang telah dibuat.

a. Kunjungan pertama

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah di tetapkan dari **diagnosa Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga** : Pada Selasa, 12 Juni 2018 jam 11.30 yaitu a.) **Mengenal masalah kesehatan keluarga**: Melakukan penyuluhan kesehatan tentang Tuberkulosis mulai dari pengertian, penyebab tanda dan gejala, faktor resiko, cara pencegahan, serta akibat dari penyakit Tuberkulosis. b.) **Mampu merawat anggota keluarga**: Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis tentang : cara pengobatan penyakit TBC pada orang dewasa, cara penggunaan masker yang benar, cara membuang lendir/dahak yang baik.

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah di tetapkan dari **diagnosa Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko**:

Pada Selasa, 12 Juni 2018 jam 11:50 yaitu a.) **Mampu merawat anggota keluarga:** Membantu pasien menggunakan masker yang benar, **menganjurkan** keluarga untuk selalu memisahkan barang-barang pribadi, **menganjurkan** keluarga untuk tidak meminum obat kampung. b.) **Mampu memodifikasi lingkungan :** Menjelaskan kepada keluarga mengenai sumber yang berada di sekitar rumah yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan , **menganjurkan** keluarga untuk membersihkan lingkungan , **menganjurkan** keluarga untuk selalu membuka jendela rumah

b. Kunjungan Kedua

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah di tetapkan dari **diagnosa Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga** pada Rabu, 13 Juni 2018 jam 10:00 yaitu a.) **Mengenal masalah kesehatan keluarga :** Melakukan evaluasi kembali mengenai penyuluhan kesehatan yang dilakukan pada hari selasa. b.) **Mampu merawat anggota keluarga:** Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga mengenai Batuk efektif dan etika batuk yang benar , bendemonstrasikan etika batuk dan batuk efektif pada Tn.ML redemonstrasi oleh Tn. ML mengenai etika batuk dan batuk efektif. c.) **Memodifikasi lingkungan yang sehat :** Menganjurkan keluarga untuk selalu merapihkan rumah dan membuka jendela rumah

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah di tetapkan dari **diagnosa Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko** pada Rabu, 13 juni 2018 jam 10:20 yaitu a.) **Mampu merawat anggota keluarga:** Menganjurkan pasien menggunakan masker yang benar, **menganjurkan** keluarga untuk membuang ludah/dahak pada tempatnya. b.) **Mampu memodifikasi lingkungan :** Bersama keluarga menjemur bantal , bersama keluarga membuat wadah tempat pembuangan dahak/lender, **menganjurkan** keluarga untuk membersihkan lingkungan

c. Kunjungan Ketiga

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah di tetapkan dari

diagnosa Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga pada Kamis, 14 juni 2018 yaitu a.) **Mampu merawat anggota keluarga:** menganjurkan keluarga untuk makan makanan tinggi kalori tinggi protein seperti putih telur, dan kurangi makan/ minum yang manis-manis karena pasien juga memiliki riwayat DM , menganjurkan keluarga untuk selalu berobat . b.) **Memodifikasi lingkungan yang sehat :** menganjurkan keluarga untuk pertahankan kebersihan rumah, selalu membuka jendela rumah.

d. Kunjungan Keempat

Implementasi berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan dari **diagnosa Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko** pada Sabtu, 16 juni 2018 yaitu a.) **Mampu Merawat anggota keluarga:** melakukan skrining penyakit TBC pada keluarga yang berada disekitar rumah Tn. M.L. . b.) **Memodifikasi lingkungan yang sehat :** memberitahukan keluarga untuk selalu membuang tisu bekas pakai pada tempat sampah , memberitahukan keluarga untuk selalu membuang dahak/lendir pada wadah tertutup yang terdapat bayclin , memastikan keluarga selalu membuka jendela pada siang hari

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

a. Kunjungan pertama

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan dari Diagnosa 1: Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang dilakukan pada Selasa, 12 Juni 2018 yaitu;

Subjektif : keluarga mengatakan sudah mengerti tentang penyakit Tuberkulosis, saat dilakukan evaluasi kembali keluarga mampu menjawab beberapa pertanyaan : pengertian TBC, Tn M.L menjawab : TB adalah penyakit yang menyerang paru-paru dan menular. Tanda dan gejala TBC, Tn. M menjawab: batuk lebih dari dua minggu BB turun, batuk berdarah, badan lemas. Cara pencegahan TBC, Tn. M.L menjawab : menutup mulut dengan sapu tangan atau

tisu atau tangan tepat waktu bersin dan batuk, dan mencuci tangan, tidak membuang dahak di sembarang tempat, tetapi di buang pada tempat khusus dan tertutup misalnya : dengan menggunakan kaleng tertutup yang sudah diberi air sabun/bayclin, rajin menjemur kasur/bantal, membuka jendela. Pengobatan TB, Tn. M.L menjawab : berobat setiap hari yaitu minum obat tablet setiap hari dengan 3 tablet diminum sekali dengan jam yang sama setiap hari serta pergi ke PKM untuk suntik. *Objektif* : tampak kooperatif dalam penyuluhan, dan mampu menjawab semua pertanyaan yang diberikan. *Assessment* : masalah teratasi. *Planning* : intervensi dipertahankan.

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah di lakukan dari Diagnosa 2 Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko pada Selasa, 12 Juni 2018 yaitu *Subjektif* : Tn. M.L mengatakan mengerti dan paham cara merawat dan mengatakan mau mengikuti anjuran yang diberikan. *Objektif* : klien tampak kooperatif, mau mengikuti anjuran. *Assessment* : Masalah teratasi. *Planning*: intervensi dipertahankan

b. Kunjungan Kedua

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah di lakukan dari Diagnosa 1 **Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga** yang dilakukan pada pada Rabu, 13 Juni 2018 yaitu; *Subjektif* : Tn. ML mengatakan sudah memahami mengenai penyakit tuberculosis yang dijelaskan pada hari selasa, dan memahami mengenai etika batuk dan batuk efektif. *Objektif* : klien tampak kooperatif, dan meberikan pertanyaan yaitu kenapa harus menggunakan etika batuk pada saat batuk? Agar pada saat batuk kuman tidak langsung menyebar atau menular ke orang lain yang berada disekitar Tn. M.L, serta Tn. M.L dapat menjawab pertanyaan yang diberikan mengenai etika batuk dan batuk efektif serta dapat mendemonstrasikan batuk efektif dan etika batuk, rumah masih tampak kurang rapih. *Assessment* : Masalah belum teratasi. *Planning*: tetap anjurkan keluarga untuk

mempertahankan kebersihan rumah dan lakukan etika batu/batuk efektif.

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah di lakukan dari Diagnosa 2 **Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko** pada Rabu, 13 Juni 2018 yaitu *Subjektif* : Tn. M.L mengatakan mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan. *Objektif*: klien tampak kooperatif, mau mengikuti anjuran. *Assesment*: Masalah teratasi. *Planning* : intervensi dipertahankan

c. Kunjungan Ketiga

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah di lakukan dari Diagnosa 1 : **Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga** yang dilakukan pada pada Kamis, 14 juni 2018 yaitu; *Subjektif* : Tn. ML mengatakan sudah memahami mengenai makanan yang dianjurkan dan anjuran untuk pengobatan serta memperhatikan kebersihan lingkungan. *Objektif* : klien tampak kooperatif, dan membuka jendela, tampak menjemur bantal, dan memberikan penjelasan mengenai obat yang harus di minum dengan benar yaitu 3 tablet diminum satu kali bukan tiga kali sehari. *Assesment* : Masalah teratasi. *Planning* : tetap anjurkan keluarga untuk mempertahankan kebersihan rumah dan lakukan etika batu/batuk efektif.

d. Kunjungan Keempat

Evaluasi berdasarkan implementasi yang telah di lakukan dari Diagnosa 2 Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko pada Sabtu, 16 juni 2018 yaitu; *Subjektif*: Tn. M.L dan tetangga rumah mengatakan tidak ada yang mengalami batu-batuk lebih dari 2 minggu atau gejala lainnya dari TBC . *Objektif* : Tn.; M.L dan tetangga tampak kooperatif, dan mau melakukan anjuran yang diberikan, tampak ada wadah tertutup untuk pembuaangan dahak, jendela rumah tampak dibuka. *Assesment*. Masalah teratasi. *Planning*: intervensi dipertahankan

3.2 PEMBAHASAN

3.2.1 Pengkajian

a. Data Umum Keluarga

Menurut teori Achmadi.2008, Pengkajian dilakukan pada penderita tuberculosis adalah : jenis kelamin yang dimana lebih banyak terjadi pada wanita namun hal ini masih memerlukan penyelidikan dan penelitian lebih lanjut. Sedangkan menurut teori Noviarina, 2016 Pekerjaan yang sering atau rawan terkena penyakit tuberculosis adalah para petugas kesehatan, pekerja di ruangan tertutup seperti kasir atau pekerja yang bekerja dipenjara, pekerja tambang, atau orang yang bepergian ke daerah endemic. Umur penderita tuberculosis paru sering kali berasal dari usia produktif (15-60 tahun). Dilihat dari hasil pengkajian pada kasus nyata dan tinjauan teori, ditemukan kesenjangan lain pada kasus Tn . M.L tidak ditemukan bahwa jenis kelamin dan pekerjaan yang sama dengan teori. Namun ditemukan pada TN. M.L termasuk usia produktif.

WHO (2003) menyebutkan 90 % penderita TBC di dunia menyerang kelompok dengan social ekonomi lemah atau miskin. Kondisi social ekonomi itu sendiri juga merupakan penyebab tidak langsung seperti adanya kondisi gizi memburuk. Kasus nyata menunjukkan status ekonomi Tn.M.L mencukupi kebutuhan sehari-hari dari, namun Status gizi termasuk status gizi kurang yang seharusnya BBI dari Tn. M.L 58,5 Kg tapi BB sekarang 49 K g hal ini bisa disebabkan oleh kebiasaan makan pasien yang mengalami nafsu makan menurun yang bisa disebabkan oleh efek samping obat (Kemenkes RI 2017).

Berdasarkan teori dalam jurnal penelitian kesehatan oleh Zain Hadifah,dkk, jumlah anggota keluarga yang berisiko terkena TBC adalah dalam satu rumah rata-rata lebih berjumlah dari 4 orang, dan paling banyak berjumlah 11 orang dalam satu rumah, yang terdiri dari ayah, ibu, nenek, kakek dan saudara. Namun keluarga Tn M.L merupakan tipe keluarga Single adult dimana ia tinggal sendiri didalam rumahnya dan hal ini dapat membantu mengurangi terjadinya penularan

pada anggota keluarga.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Dalam Dependency Ratio yang digolongkan sebagai usia produktif adalah penduduk yang berusia antara 15-64 tahun, dimana umur penderita tuberculosis paru seringkali berasal dari usia produktif. Ini sesuai dengan kasus yang ditemukan pada Tn M.L dimana ia termasuk dalam usia produktif.

Menurut teori Sitepu 2007 faktor penyebab tuberculosis relaps atau kambuh karena penyakit lain yang memudahkan infeksi dimana pada negara-negara dengan prevalensi tuberkulosis yang tinggi seperti Indonesia maka setidaknya 50% atau lebih para penduduk dewasanya telah terinfeksi kuman tuberkulosis paru dan di dalam tubuhnya terdapat kuman tuberkulosis dalam keadaan dorman. Mereka tidak menjadi sakit karena daya tahan tubuh mereka baik bila daya tahan tubuh menurun karena penyakit lain seperti AIDS, Diabetes Mellitus dan beberapa penyakit lainnya maka penyakit tuberkulosis akan muncul. Kecepatan tuberculosis paru akan lebih cepat menginfeksi atau akan memungkinkan timbulnya kembali penyakit tuberkulosis yang sudah sembuh. Ini menunjukkan bahwa penyakit diabetes dapat mempengaruhi kembuhnya penyakit Tuberkulosis. diabetes mellitus dapat mempengaruhi suatu penyakit infeksi, baik dengan meningkatkan frekuensi kejadiannya maupun manifestasi klinisnya. Hal tersebut disebabkan adanya hiperglikemia dapat menimbulkan gangguan imunitas yang diperantarai oleh sel dan fungsi fagosit (Jeon dan murray, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa kasus nyata pada Tn.M.L dengan TBC dapat juga dipengaruhi oleh riwayat penyakit yang ia miliki yaitu diabetes mellitus.

Selain itu janson (Dalam skripsi hubungan merokok dengan kejadian tuberculosis, 2015) menyebutkan bahwa pajanan asap rokok dapat berisiko mengakibatkan penurunan aktifitas mukosiliar epitel, penurunan bersihan partikel asing oleh epitel, abnormalitas permeabilitas vaskuler, dapat meningkatkan risiko seorang terinfeksi TB. Hal ini

sejalan dengan kasus nyata bahwa sebelum menderita TBC kembali, Tn.M.L memiliki kebiasaan merokok.

c. Data Lingkungan

Dalam teori Achmadi, keadaan rumah yang kumuh, berdebu, rumah yang sempit, keadaan kamar tidur yang pengab karena sinar matahari tidak bisa masuk, kasur yang tidak pernah dijemur merupakan faktor-faktor yang menyebabkan kuman-kuman tuberkulosis mudah menyebar dan menular. Selain itu, ventilasi yang bagus mempengaruhi proses dilusi udara, juga dengan kata lain mengencerkan konsentrasi kuman TBC, terbawa keluar dan mati karena sinar ultraviolet. Pencahayaan rumah yang tidak memenuhi syarat berisiko 2,5 kali terkena TBC. (Achmadi.2010).

Berdasarkan kasus nyata dan teori yang ada, ditemukan adanya kesenjangan antara teori dimana Kondisi rumah Tn. M tidak bersih, perabot rumah tidak di tata dengan rapi. lantai, kursi dan meja juga berdebu, pakaian berserakkan di mana-mana, banyak sarang laba-laba. ventilasi yang cukup, pencahayaan yang baik namun pada malam hari hanya 1 lampu yang dinyalakan yaitu diruang tamu serta jendela yang jarang dibuka. Saluran limbah yang baik, sarana air bersih, memiliki WC dan jamban, tidak ada tempat pembuangan sampah keluarga. Luas rumah $10 \times 4 \text{m}^2$ dimana Tn. M tinggal sendiri di rumah tersebut. Ini menunjukkan bahwa kondisi lingkungan atau rumah Tn M.L dapat menyebabkan terjadinya penularan penyakit TBC kepada orang lain.

System pendukung keluarga yang baik alah dengan adanya keluarga yang diharapkan membantu proses penyembuhan. Dalam hal ini keluarga berperan sebagai Pengawas Minum Obat (PMO). Namun berdasarkan kasus nyata tidak ada keluarga yang bertugas sebagai PMO dikarenakan Tn M.L memnag tinggal sendiri dirumah.

d. Struktur keluarga

Menurut Stuart dan Sundeen (1995, dalam Tamher, 2009) bahwa dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu

individu menyelesaikan masalah. Adanya dukungan keluarga akan meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi untuk menghadapi masalah. Jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan faktor penting dalam memberikan dukungan agar penderita TB Paru rutin dalam pengobatannya.

Sesuai dengan kasus nyata yang didapatkan, Tn. M berperan sebagai kepala keluarga serta pencari nafkah. Keluarga Tn. M meyakini bahwa kesehatan sangat penting dan harus dijaga. Saudaranya yang tinggal bersebelahan dengan rumahnya selalu berkomunikasi secara terbuka. Keluarga Tn. M selalu menjaga hubungan mereka. Keluarga Tn. M yang berada disekitar rumah selalu mengingatkan Tn. M untuk berobat. Tn. M juga memiliki semangat yang tinggi untuk proses penyembuhannya. Ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori yang mendukung dengan tindakan/dukungan dari keluarga.

e. PHBS di rumah tangga

Teori Harmoko. 2012 yang menjelaskan bahwa lingkungan rumah yang bersih, pembuangan sampah dan pembuangan limbah yang benar dapat mengurangi penularan TBC dan menghambat pertumbuhan bakteri tuberkulosa. Hal ini tidak sesuai dengan kasus nyata dimana Tn. M jarang membuang sampah pada tempatnya. Sampah dalam rumah tangga biasanya langsung di bakar di tempat pembakaran sampah. Rumah Tn. M tidak bersih, dimana terdapat banyak debu di lantai, meja, dan kursi. Pakaian berserakkan dimana-mana dan juga perabot rumah tangga tidak tertata dengan baik, jendela yang jarang dibuka serta membuang dahak sembarang tempat.

Tn. M mengatakan ia mengkonsumsi sayur setiap hari seperti sayur putih ataupun bayam. Tn. M juga mengonsumsi dengan ikan setiap hari dan sesekali dengan daging. Ini berdasarkan teori bahwa penyakit infeksi sering menyebabkan meningkatnya kebutuhan akan zat-zat gizi sehingga kepada penderita TB paru perlu diberikan diet tinggi kalori

tinggi protein. Keluarga Tn. M menggunakan jamban jenis leher angsa. Tn. M mengatakan Ia sudah berhenti merokok sejak 8 bulan yang lalu karena sakit, namun sebelum sakit ia adalah seorang perokok yang aktif. Ini berdasarkan teori bahwa penderita TBC tidak boleh merokok dan minum minuman keras. (Kemenkes RI- Tahun 2017).

Berdasarkan teori Kemenkes RI- Tahun 2017 yang menjelaskan bahwa penderita TBC harus mencuci tangan hingga bersih dia air mengalir setelah selesai buang air besar, sebelum dan sesudah makan. Namun, pada kasus nyata Tn. M jarang mencuci tangan dan jika ia mencuci tangan, ia juga jarang menggunakan sabun. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

f. Fungsi Keluarga

1. Mengenal masalah kesehatan

Dalam teori Glanz, Kere 2008, kesadaran dan keinginan keluarga agar penderita TB dapat sembuh dari penyakitnya merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan mengenal masalah kesehatan, hal ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* yaitu pada kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) yaitu agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut dengan kata lain suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

Menurut teori Kurt Lewin, 1970 dalam Notoatmodjo (2007) yang mengatakan bahwa perubahan pengetahuan pada dasarnya merupakan proses belajar, dan proses belajar akan lebih efektif apabila stimulus yang diberikan sesuai dengan kebutuhan individu, dilakukan secara intensif dan berkala atau berkelanjutan.

Dari hasil studi kasus nyata pada Tn M.L telah dilakukan pengkajian dimana ditemukan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang terjadi masih sangat kurang, Tn. M

mengatakan tidak mengetahui penyebab dari penyakit TBC, tanda dan gejala dari penyakit TBC, faktor yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan. Maka, menurut penulis perlu adanya peningkatan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan adanya pemberian pengetahuan tentang konsep penyakit, pengobatan dan pencegahan penularan penyakit disertai dengan demonstrasi dan pelatihan kepada keluarga yang didukung dengan media pembelajaran.

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

Dalam Marwansyah dan Hidayad Heny Sholikhah, 2015. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat terhadap penderita TB Paru merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga dalam hal mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan keluarga diharapkan tepat agar kesehatan masalah dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang baik dapat memberikan dampak yang positif pada keluarga dapat memberikan dampak yang positif pada keluarga yang sedang sakit, penderita tidak menanggung penyakitnya. Beberapa contoh perilaku yang menunjukkan bahwa keluarga mampu mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat adalah memutuskan penderita dibawa berobat ke tempat pelayanan kesehatan, memberikan makanan yang tinggi kalori, protein, vitamin dan mineral. Memutuskan untuk selalu mengawasi penderita TB minum obat secara teratur serta mencegah supaya penyakit TB tidak menular kepada keluarga lainnya. Dari hasil studi kasus nyata pada Tn M.L , kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan baik seperti turut merasakan masalah

kesehatan yang dirasakan keluarga dan selalu mengingatkan keluarga untuk berobat, selain itu juga keluarga selalu mengonsumsi makanan TKTP seperti ikan.

3. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dikarenakan tidak mengetahui cara perawatan pada penyakitnya.

Menurut Depkes RI (2007) menyebutkan bahwa keteraturan minum obat sangat penting dilakukan untuk mencegah bakteri menjadi resisten. Untuk dapat mengetahui keteraturan minum obat dari penderita TB paru, pengawasan ketat oleh keluarga serumah sangat diperlukan, bahkan jika memungkinkan keluarga perlu dibimbing dan dibekali dengan metode termudah yang dianggap mampu memantau “sudah atukah belum diminum” obat TB paru oleh penderita.

Berdasarkan kasus nyata, kemampuan merawat keluarga yang sakit dilaksanakan oleh keluarga. Keluarga juga mampu melakukan pengawasan minum obat secara rutin setiap harinya dimana Tn.M.L rutin minum obat tapi dalam tahap minum obat ia salah dalam pemahaman minum obat yang seharusnya minum obat 3 tablet diminum sekali setiap harinya tapi Tn.M.L minum 3 kali sehari., selain itu, keluarga Tn.M.L kadang-kadang mengingatkan kepada ia minum obat.

Dalam penelitian yang dilakukan Marwansyah dan Hidayad Heny Sholikhah. Kemampuan keluarga tentang pencegahan penularan ketika penderita TB batuk, banyak keluarga menjawab membiarkan saja atau menghindar dan menjauhi penderita, semestinya keluarga harus mengingatkan kepada penderita TB yang sedang batuk di lingkungan rumah dengan menutup mulut dengan sapu tangan/tisue dengan demikian risiko penularan penyakit dapat dihindari.

Pada kasus, Tn. M.L tidak mengetahui dan melakukan etika batuk yang baik dan benar. Ini menunjukkan adanya kesenjangan antara

teori dan kasus nyata yang perlu di perbaiki pola dari penderita TBC.

4. Kemampuan keluarga memelihara/memodifikasi lingkungan rumah yang sehat

Dalam praktek keperawatan di komunitas, aspek lingkungan menjadi salah satu prioritas yang penting dalam upaya penyembuhan penyakit, beberapa penyakit dapat disebabkan karena pengaruh lingkungan yang tidak sehat sehingga untuk mencegah timbulnya penyakit diperlukan lingkungan yang sehat dan nyaman. Teori keperawatan yang dapat direkomendasikan dan sesuai dengan kondisi penyakit TB paru adalah teori yang dikemukakan oleh Florence Nightingale yang mengutamakan pada aspek lingkungan dalam penerapannya. Teori Florence Nightingale menyakini kondisi lingkungan yang sehat penting untuk penanganan perawatan yang layak. Komponen lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan antara lain udara segar, air bersih, saluran pembuangan yang efisien, kebersihan dan cahaya (Tomey & Alligood, 2006). Kondisi lingkungan rumah yang berhubungan dengan penyakit TB paru yaitu ventilasi, pencahayaan, kepadatan dan kebersihan lantai rumah.

Berdasarkan kasus nyata Terdapat kesenjangan dengan teori dimana , keluarga Tn. M tidak mengetahui mengenai sumber-sumber disekitar rumah yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan, rumah Tn. M.L tampak tidak bersih, pakaian berserakkan di dalam rumah, lantai dan perabot rumah tangga banyak debu dan jendela selalu di tutup.

5. Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

Berdasarkan teori Menurut Notoatmodjo (2007) bahwa Persepsi sehat sakit keluarga dengan persepsi sehat sakit menurut petugas kesehatan (perawat) dapat berbeda. Persepsi masyarakat terhadap sehat sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan yang akan mempengaruhi dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat sakit masyarakat

belum sama dengan konsep sehat sakit kita maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan.

Pada fungsi kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan sudah ditemukan keluarga memanfaatkan faskes dengan sangat baik. Dimana Tn M.L mengetahui tempat pelayanan fasilitas terdekat dan selalu pergi ke puskesmas untuk berobat dan mengetahui keuntungan dari menggunakan fasilitas kesehatan. serta fasilitas pelayanan kesehatan dapat dijangkau

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik (ROS: *Review of System*)

1. B1 (*Breathing*)

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

a. Inspeksi

- Bentuk dada dan pergerakan pernapasan. Sekilas pandang klien dengan TB paru biasanya tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada antero-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral. Jika terdapat komplikasi yang melibatkan kerusakan luas pada parenkim paru biasanya klien akan terlihat mengalami sesak napas, peningkatan frekuensi napas, dan menggunakan otot bantu napas.
- Batuk dan sputum. Saat melakukan pengkajian batuk pada klien dengan TB paru, biasanya didapatkan batuk produktif yang disertai adanya peningkatan produksi secret dan sekresi sputum yang purulen.

Pada kasus nyata ditemukan, bentuk dada Tn M.L tampak simetris namun lapang dada tampak kurus, tidak mengalami

sesak napas maupun peningkatan pernapasan. Saat dikaji didapatkan Tn M tampak batuk. Sputum berwarna putih.

b. Palpasi

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

Pada kasus nyata, ditemukan gerakan dada saat bernapas antar dada kiri dan kanan seimbang.

c. Perkusi

Pada klien dengan TB paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan resonansi atau sonori pada seluruh lapang paru. Pada klien dengan TB paru yang disertai komplikasi seperti efusi pleura akan didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi yang sesuai banyaknya akumulasi cairan di rongga pleura. Apabila disertai pneumothoraks,

Pada kasus nyata, saat diperkusi ditemukan suara sonori pada lapang paru, dan suara pekak pada daerah jantung.

d. Auskultasi

Pada klien dengan TB paru didapatkan bunyi napas tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana didapatkan adanya ronkhi.

Pada kasus nyata ditemukan bunyi napas tambahan yaitu ronchi pada ICS ke 2

2. B2 (Blood)

Pada klien dengan TB paru pengkajian yang didapat meliputi:

- a. Inspeksi: Inspeksi tentang adanya parut dan keluhan kelemahan fisik.
- b. Palpasi : Denyut nadi perifer melemah
- c. Perkusi: Batas jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura masif mendorong ke sisi sehat.
- d. Auskultasi : Tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

Pada kasus nyata, adanya keluhan Tn M.L merasa lemah, denyut nadi radial tidak melemah yaitu 96 x/menit, tekanan darah 130/90 mmHg, tidak ada bunyi jantung tambahan.

3. B3 (Brain)

Kesadaran biasanya composmentis, ditemukan adanya sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, klien tampak dengan meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat. Saat dilakukan pengkajian pada mata, biasanya didapatkan adanya kongjungtiva anemis pada TB paru dengan gangguan fungsi hati. Namun, pada kasus nyata kesadaran Tn M.L composmentis, tidak tersapat sianosis, konjungtiva merah muda.

4. B4 (Bladder)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok. 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.

Pada kasus nyata, ditemukan pola eliminasi urin pasien normal, namun Tn M.L mengatakan kadang urinnya berwarna merah dan berbau.

5. B5 (Bowel)

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

Pada kasus nyata ditemukan Tn. M.L mengeluh nafsu makan berkurang namun ia selalu memaksakan diri untuk menghabiskan makanannya, Tn. M.L juga mengalami penurunan BB, dulu BB nya biasa hingga 50an sampai 60 Kg, namun sekarang BB hanya 49 Kg.

6. B6 (Bone)

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

Pada kasus nyata ditemukan, Tn. M.L mudah lelah, ketika bekerja harus istirahat sejenak, dan hamper tidak pernah berolahraga. Namun Tn M.L masih mampu beraktifitas seperti berjalan atau kegiatan lain secara mandiri namun harus diselingi dengan istirahat.

h. Data Penunjang

Pemeriksaan foto thorax pada bulan april 2018 ditemukan hasil pemeriksaan KP Aktif yang seharusnya normal inaktif. Pada tanggal 23 april 2018 dilakukan pemeriksaan Bakteriologis <BTA dan Tes Cepat Gx didapatkan hasil ++ yang seharusnya -, hal ini menunjukkan bahwa kasus nyata sesuai dengan teori dimana hasil pemeriksaan dinyatakan positif bila sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya positif. (Depkes, 2008). serta hasil pemeriksaa Gula Darah Sewaktu pada tanggal 3 mei 2018 : 142 mg/dl yang seharusnya Nilai Normal <120 mg/dl

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga pada keluarga dengan masalah kesehatan TBC yang biasa ditemukan. berdasarkan modul panduan dokumentasi aspek komunitas (individu, keluarga/kelompok/komunitas) dengan pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC, Ikatan perawat kesehatan komunitas Indonesia 2015 dengan Diagnosa sebagai berikut :

- a. Koping keluarga tidak efektif (00072)
- b. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099)
- c. Gangguan proses keluarga (00063)

Berdasarkan hasil analisa data dalam kasus nyata ditemukan diagnosa keperawatan sebagai berikut

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099. Diagnosa 2 : Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko dengan kode 00188

Kesenjangan antara teori dan kasus nyata ini adalah pada teori didapatkan diagnosa Koping keluarga tidak efektif (00072), Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099), Gangguan proses keluarga (00063). Sedangkan pada kasus nyata ditemukan diagnosa keperawatan sebagai berikut diagnosa Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga (00099) dan diagnosa Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko (00188). Hal ini dikarenakan pada kasus nyata ditemukan data-dat yang sesuai dengan batasan karakteristik dari diagnosa Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko yaitu gagal melakukan tindakan mencegah masalah kesehatan seperti perilaku menjaga lingkungan tetap bersih, atau ventilasi (jendela yang jarang dibuka). Gagal mencapai pengendalian yang optimal seperti penggunaan masker, membuang lender/dahak disembarang tempat.

3.2.3 Rencana dan implementaasi Keperawatan

Berdasarkan kasus nyata yang ditemukan, telah disusun diagnosa, dan perencanaan keperawatan keluarga dengan masalah Tuberkulosis.

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099. Pada diagnosa pertama, telah dilakukan implementasi berdasarkan intervensi yang telah disusun yaitu :

Pada TUK 1, terdapat dua intervensi yaitu intervensi pertama yang digunakan adalah Pengajaran : proses penyakit yang terdapat dalam Buku

Nursing Interventions Classification dengan jumlah aktivitas 26 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 7 aktivitas yang terdiri dari jelaskan kepada keluarga proses penyakit TBC sesuai kebutuhan, identifikasi kemungkinan penyebab penyakit TBC, jelaskan kepada keluarga tanda dan gejala dari penyakit TBC, jelaskan kepada keluarga tentang patofisiologi penyakit TBC dan bagaimana hubungannya dengan anatomi fisiologi sesuai kebutuhan, edukasikan kepada keluarga mengenai cara penularan TBC serta tanda dan gejala yang harus di laporkan kepada petugas kesehatan sesuai kebutuhan, edukasikan kepada keluarga mengenai tindakan untuk mengontrol atau meminimalkan gejala dari penyakit TBC, review pengetahuan keluarga tentang penyakit TBC. Hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Untuk intervensi kedua yang digunakan adalah Pengajaran: persepan obat-obatan yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah 35 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 3 aktivitas terdiri dari Instruksikan pasien untuk mengenali karakteristik khusus dari obat-obatan OAT, informasikan pasien konsekuensi tidak memaakai obat atau berhenti pemakaian obat, instruksikan pada keluarga mengenai cara pemberian obat. Hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil tidak diharuskan pada semua aktifitas namun disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Sebelum keluarga mendapatkan asuhan keperawatan keluarga, keluarga belum mampu mengenal masalah kesehatan keluarga. Namun setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga, keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. Pada TUK 1, dimana telah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang Tuberkulosis mulai dari pengertian, penyebab tanda dan gejala, faktor risiko, cara pencegahan, serta akibat dari penyakit Tuberkulosis. Melakukan evaluasi kembali mengenai penyuluhan kesehatan yang dilakukan.

Pada TUK 3 : terdapat tiga intervensi yaitu intervensi pertama yang digunakan adalah Manajemen batuk yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah aktivitas 12 aktivitas, namun

pada kasus nyata hanya diambil 5 aktivitas terdiri dari Libatkan pasien dan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien TBC, dampingi pasien untuk duduk pada posisi dengan kepala sedikit lurus bahu relaks dan lutut di tekuk atau fleksi, dukung pasien untuk menarik napas dalam beberapa kali lalu hembuskan lewat mulut., dukung pasien untuk melakukan napas dalam, tahan selama 2 detik dan batukkan 2 samapi 3 kali, minta pasien untuk bersama- sama latihan batuk di lanjutkan dengan beberapa periode nafas dalam. Hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Untuk ntervensi yang kedua adalah manajemen jalan napas yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah 21 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 2 aktivitas terdiri dari Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk, motivasi anggota keluarga untuk bernapas pelan, dalam, dan batuk hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Sedangkan pada intervensi ketiga yaitu manajemen obat yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah 36 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 2 aktivitas terdiri dari Pantau kepatuhan mengenai regimen obat, ajarkan anggota keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai. Hal ini juga dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kondisi dan pemahaman dari pasien dan keluarga. Sebelum keluarga mendapatkan asuhan keperawatan keluarga, keluarga belum mampu memberikan perawatan kesehatan. namun setelah diberikan asuhan keperawatan keluarga, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan. Dimana telah dilakukan penyuluhan perawatan pada keluarga mengenai Batuk efektif dan etika batuk yang benar , mendemonstrasikan etika batuk dan batuk efektif pada Tn.ML, redemonstrasi oleh Tn. ML mengenai etika batuk dan batuk efektif. Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis tentang : cara pengobatan penyakit TBC pada orang dewasa, cara penggunaan masker yang benar, cara membuang lendir/dahak yang baik, menganjurkan keluarga untuk makan makanan

tinggi kalori tinggi protein seperti putih telur, dan kurangi makan/ minum yang manis-manis karena pasien juga memiliki riwayat DM , menganjurkan keluarga untuk selalu berobat

Pada TUK 4 : terdapat dua intervensi yaitu intervensi pertama yang digunakan adalah Bantuan pemeliharaan rumah yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah 15 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 3 aktivitas terdiri dari Tentukan kebutuhan pemeliharaan rumah pasien, sediakan informasi mengenai bagaimana membuat rumah aman dan bersih dengan membuka ventilasi jendela setiap pagi, menganjurkan agar keluarga dapat memisahkan setiap peralatan makan dan minum pasien dengan anggota lainnya . Hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil memang berdasarkan kondisi dari pasien dan keluarga. Untuk intervensi kedua yang digunakan adalah Manajemen lingkungan ; Keselamatan yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah 13 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 2 aktivitas terdiri dari Singkirkan bahan berbahaya seperti debu atau lingkungan yang kurang bersih, modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahan bahaya dan berisiko. Hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Sebelum keluarga mendapatkan asuhan keperawatan keluarga, keluarga belum mampu memodifikasi lingkungan yang sehat. Namun setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga, keluarga mampu memodifikasi lingkungan. Dimana telah dilakukan tindakan keperawatan yaitu : Menganjurkan keluarga untuk selalu merapikan rumah dan membuka jendela rumah, menganjurkan keluarga untuk pertahankan kebersihan rumah, selalu membuka jendela rumah.

Pada diagnosa Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga, intervensi dan implementasi yang dilakukan hanya terdapat 3 TUK yaitu TUK 1 kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, TUK 3 kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga, dan TUK 4

kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan. Sedangkan pada TUK 2 kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dan TUK 5 kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan tidak dilakukan intervensi keperawatan karena pada saat dilakukan pengkajian, keluarga sudah mampu mengambil keputusan dan menggunakan fasilitas kesehatan dengan sangat baik.

Diagnosa 2 : Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko dengan kode 00188. Pada diagnosa kedua, telah dilakukan implementasi berdasarkan intervensi yang telah disusun yaitu :

Pada TUK 3 : terdapat intervensi perlindungan infeksi yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah 33 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 4 aktivitas terdiri dari Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal pada pasien dengan TBC, monitor terhadap infeksi kerentanan risiko TBC, pertahankan aseptik untuk pasien beresiko TBC, pertahankan teknik-teknik isolasi pada pasien dengan TBC. Hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Sebelum keluarga mendapatkan asuhan keperawatan keluarga, keluarga belum mampu memberikan perawatan kesehatan. namun setelah diberikan asuhan keperawatan keluarga, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan. Dengan tindakan keperawatan yaitu : Membantu pasien menggunakan masker yang benar, menganjurkan keluarga untuk selalu memisahkan barang-barang pribadi, menganjurkan keluarga untuk tidak meminum obat kampung. Menganjurkan pasien menggunakan masker yang benar, menganjurkan keluarga untuk membuang ludah/dahak pada tempatnya.. Melakukan skrining penyakit TBC pada keluarga yang berada disekitar rumah Tn. M.L.

Pada TUK 4 : terdapat intervensi identifikasi risiko yang terdapat dalam Buku *Nursing Interventions Classification* dengan jumlah 19 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 6 aktivitas terdiri dari

Instruksikan faktor risiko dan rencana untuk mengurangi faktor risiko TBC, identifikasi risiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik tentang TBC, rencanakan monitor risiko kesehatan dalam jangka panjang, kaji ulang riwayat kesehatan masa lalu dan dokumentasikan bukti yang menunjukkan adanya penyakit medis, diagnosa keperawatan serta perawatannya, identifikasi adanya sumber-sumber agensi untuk membantu menurunkan faktor risiko TBC, implementasikan aktivitas pengurangan risiko. Hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan keluarga. Untuk intervensi kedua yang digunakan adalah Pengajaran: persepan obat-obatan yang terdapat dalam Buku Nursing Interventions Classification dengan jumlah 35 aktivitas, namun pada kasus nyata hanya diambil 3 aktivitas hal ini dikarenakan aktivitas-aktivitas yang diambil disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Sebelum keluarga mendapatkan asuhan keperawatan keluarga, keluarga belum mampu memodifikasi lingkungan yang sehat. Namun setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga, keluarga mampu memodifikasi lingkungan. Dengan tindakan keperawatan ; Menjelaskan kepada keluarga mengenai sumber yang berada di sekitar rumah yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan, menganjurkan keluarga untuk membersihkan lingkungan, menganjurkan keluarga untuk selalu membuka jendela rumah. Bersama keluarga menjemur bantal, bersama keluarga membuat wadah tempat pembuangan dahak/lender, menganjurkan keluarga untuk membersihkan lingkungan, memberitahukan keluarga untuk selalu membuang tisu bekas pakai pada tempat sampah. Memberitahukan keluarga untuk selalu membuang dahak/lender pada wadah tertutup yang terdapat bayclin, memastika keluarga selalu membuka jendela pada siang hari.

Pada diagnose Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko, intervensi dan implementasi yang dilakukan hanya terdapat 2 TUK yaitu TUK 3 kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga, dan TUK 4 kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan. Sedangkan pada TUK 1 kemampuan keluarga dalam mengenal masalah sudah dijelaskan

pada intervensi untuk diagnosa pertama sehingga tidak dilakukan penjelasan ulang pada diagnosa kedua. Dan TUK 2 kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dan TUK 5 kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan tidak dilakukan intervensi keperawatan karena pada saat dilakukan pengkajian, keluarga sudah mampu mengambil keputusan dan menggunakan fasilitas kesehatan dengan sangat baik.

3.2.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012). Pada kasus Tn M.L evaluasi dilakukan adalah tiap kali melakukan implementasi. Pada masalah keperawatan yang pertama yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, telah dilakukan empat kali kunjungan rumah dan hasil dari kunjungan tersebut ditemukan pada TUK 1 keluarga sudah mampu mengenal masalah kesehatan yang bisa dibuktikan dengan keluarga mengetahui penyakit Tuberkulosis, keluarga mengetahui cara menggunakan obat, dan mengetahui cara pencegahan serta penularan dari penyakit TBC. Pada TUK 3 keluarga juga sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit yang dibuktikan dengan keluarga mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan etika batuk, makan makanan TKTP, selalu pergi ke puskesmas untuk menerima pengobatan. Selain itu, pada TUK 4 keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan rumah yang sehat yang dibuktikan dengan keluarga memperbaiki rumah, membuka jendela rumah, menjemur kasur atau bantal. Sedangkan untuk masalah yang kedua yaitu perilaku kesehatan keluarga cenderung berisiko telah dilakukan empat kali kunjungan rumah dan hasil dari kunjungan tersebut ditemukan pada TUK 3 keluarga juga sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit yang dibuktikan dengan keluarga menggunakan masker, saat batuk

menggunakan tissue, memisahkan barang-barang pribadi dengan milik orang lain, tidak meminum obat kampung, tidak merokok dan minum miras,. TUK 4 keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan rumah yang sehat yang dibuktikan dengan membuang ludah/lendir pada tempatnya, menjemur bantal dan kasur, selalu membuka jendela, memberisihkan rumah, membuat tempat penanpungan lendir. Secara keseluruhan, setelah 4 hari perawatan yaitu dari hari selasa tanggal 12 juni 2018 sampai sabtu 16 juni 2018 , hasil yang ditemukan adalah semua masalah sudah teratasi. Masalah yang teratasi adalaah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan dan perilaku kesehatan keluarga cenderung berisiko.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan penelitian dalam studi kasus ini adalah waktu yang digunakan dalam melakukan penelitian. Waktu yang diberikan untuk melakukan penelitian terlalu singkat. Dimana metode untuk pengumpulan data penelitian selain itu, tidak melakukan pengkajian untuk data-data penun jang yang lengkap : hasil Lab dll.

BAB 4

SIMPULAN DAN SARAN

4.1 KESIMPULAN

1. Pengkajian dilakukan oleh Nur Insyani Dhawe dengan auto Anamnesis pada hari senin, 11 Juni 2018 di rumah keluarga Tn. M.L didapatkan hasil status gizi : TB 165 cm, BB: 49 kg, hasil TTV: TD : 130/90 mmHg; Nadi : 96x/mnt; RR: 24 x/mnt; Suhu : 36,6°C. Tn. M saat ini menderita penyakit TB Paru. sebelumnya Tn. M pernah menderita TBC Paru pada tahun 2014 dan sudah menjalani pengobatan sampai sembuh. Setelah sembuh, sekitar tahun 2015 didapatkan hasil pemeriksaan gula darah tinggi dan menderita penyakit Diabetes Melitus. Pada pengkajian 5 fungsi kesehatan keluarga, yang bermasalah yaitu : keluarga belum mampu mengenal masalah kesehatan, keluarga belum mampu merawat anggota keluarga yang sakit, dan belum mampu memelihara/memodifikasi lingkungan yang sehat.
2. Diagnose keperawatan. Hasil pembobotan skor dari 4 kriteria diperoleh :
Diagnosa 1 : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099 dengan skor 3,6. Diagnosa 2 : Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko dengan kode 00188 dengan skor 3,2
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu, melakukan penyuluhan mengenai penyakit Tuberkulosis, pengobatan pada penderita TBC, mengajarkan penderita mengenai cara perawatan yang baik pada diri sendiri dan bagaimana cara memodifikasi lingkungan yang sehat bagi keluarga dengan penderita TBC
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun diantaranya melakukan penyuluhan mengenai penyakit Tuberkulosis, pengobatan pada penderita TBC, mengajarkan penderita mengenai cara perawatan yang baik pada diri sendiri dan bagaimana cara memodifikasi lingkungan yang sehat bagi keluarga dengan penderita TBC.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan menggunakan metode Subyektif, Obyektis, Assesment, dan planning. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan TUK 1 mengenal masalah kesehatan, TUK 3, merawat anggota keluarga yang sakit, dan TUK 4 kemampuan memodifikasi lingkungan teratasi.

Dari hasil penelitian diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa melalui Asuhan Keperawatan Keluarga yang diberikan kepada keluarga secara komperhensif dengan pendekatan lima proses keperawatan keluarga dibidang kesehatan dapat mengatasi 3 fungsi kesehatan keluarga yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, serta keluarga mampu memelihara dan memodifikasi lingkungan rumah yang sehat, sedangkan 2 fungsi kesehatan keluarga harus dipertahakan karena keluarga sudah bagus dalam melaksanakan 2 fungsi keluarga tersebut yaitu mengambil keputusan mengenai tidakan kesehatan dan kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

4.2 SARAN

4.2.1 Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan tenaga kesehatan yang profesional berwawasan global.

4.2.2 Untuk Pelayanan Kesehatan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang lebih berkualitas dan diharapkan setiap pelayanan kesehatan melakukan skrining penyakit menular yang salah satunya adalah Tuberkulosis, agar menjadi pencegahan bagi masyarakat yang belum terkena Tuberkulosis.

4.2.3 Untuk Keluarga

Diharapkan agar individu dan keluarga bisa mengerti tentang Tuberkulosis, dan meningkatkan perilaku hidup sehat dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup penderita dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan RI-Badan PPS DM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2017
- Achmadi, Fahmi Umar.2010. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah.Jakarta.Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)
- Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan. Kemenkes RI.2016.pdf
- Kementrian Kesehatan RI-Badan PPS DM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2016. Keperawatan Keluarga dan Komunitas
- Profil Kesehatan NTT 2015 Dinas Kesehatan Provinsi Kupang.
- Smeltzer, Suzanne C . 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Burnner and Suddarth*. Ed. 8. Vol. 1. Jakarta : EGC .
- Harmoko.2012.Asuhan Keperawatan Keluarga.Yogyakarta.Penerbit Pustaka Pelajar
- Jurnal Marwansyah dan Hidayad Heny Sholikhah.2015.Pengaruh pemberdayaan keluarga penderita tb (tuberculosis) paru terhadap kemampuan melaksanakan Tugas kesehatan keluarga.pdf
- Kementerian Kesehatan RI.2011. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta: Pusat Data Informasi.pdf
- Departemen Kesehatan RI. 2007. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, edisi 2, Jakarta.pdf
- Buku Saku Kader Program Penanggulangan TB. Departemen Kesehatan RI. 2007. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, edisi 2, Jakarta.pdf
- Irianti,dkk.2016.Mengenal Anti Tuberkulosis.pdf
- Telly Margaretha,dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Kupang : Lima Bintang.
- Tamher, S., & Noorkasiani. (2009). *Kesehatan usia lanjut dengan pendekatan asuhan keperawatan*. Jakarta: Salemba medika.
- jtptunimus-gdl-riafebrian-5117-2-bab2.pdf

FORMAT PENGKAJIAN

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA TN. L. T DENGAN MASALAH KELUARGA TBC

Nama Perawat Yang Mengkaji	: Nur Insyani Dhawe	Tanggal Pengkajian	: 11 Juni 2018
----------------------------	---------------------	--------------------	----------------

I. DATA UMUM KELUARGA

Nama Kepala Keluarga	: Tn. Marthen Luther	Bahasa sehari-hari	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: Diploma 3 Teknik Sipil	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat Rumah dan Telp	: RT/RW :019/007, Kel : Sikumana, Kec : Maulafa,	Jarak Yankes Terdekat	: ± 2 km
Agama dan Suku	: Kristen Protestan ; Sabu	Alat Transportasi Yang Digunakan	: Motor

1. Data Anggota Keluarga

No	Nama	JK	Hub. Kel dg KK	Suku	Umur	Pendidikan terakhir	Pekerjaan saat ini	Status Gizi (TB, BB)	TTV (S, N, P, TD)	Status imunisasi dasar	Alat bantu/protesa
1.	Tn. Marthen Luther	L	Kepala Keluarga	Sabu	56 thn	DIII teknik	wiraswasta	BB: 49 Kg	130/90 mmHg;	Mendapat imunisasi	Kaca mata yang

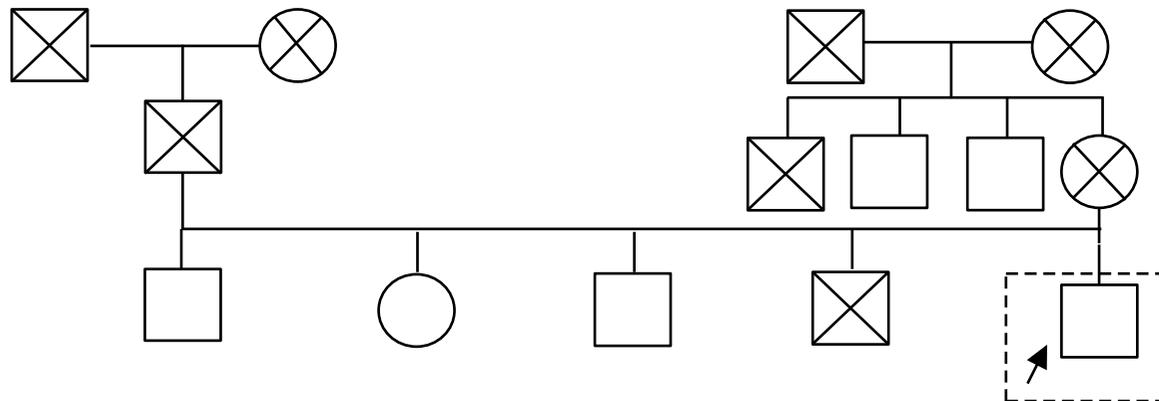
						sipil		TB: 165 Cm	96x/mnt; 24 x/mnt; 36,6°C	lengkap termasuk imunisasi BCG	digunakan pada saat tertentu (membaca)
--	--	--	--	--	--	-------	--	---------------	---------------------------------	---	---

Lanjutan

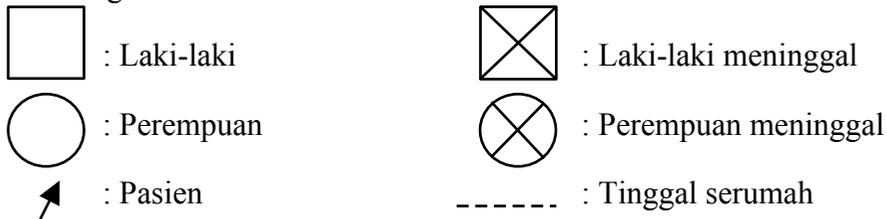
No	Nama	Penampilan Umum	Status Kesehatan Saat ini	Riwayat Penyakit/Allergi	Analisis Masalah Kesehatan Individu
1	Tn. Marthen Luther	T. M.L tampak kurus, kurang rapi, kurang bersih, dan tampak kurang sehat	Tn. M menderita TB Paru dan minum obat teratur dan suntik obat secara teratur. Tn. M juga sedang batuk dan susah mengeluarkan dahak serta pilek.	Pada tahun 2014 Tn. M di diagnosa menderita TB Paru oleh dokter di Puskesmas Sikumana. Saat itu Tn. M langsung menjalani pengobatan TB, namun Tn. M memiliki pemahaman yang salah dalam minum obat, sehingga pada bulan April 2018 Tn. M kembali memeriksa di Puskesmas Sikumana dengan keluhan batuk berdarah dan mendapatkan pengobatan TB kategori II.	TBC Paru Kategori II

				Tn. M juga pernah di diagnosa menderita Diabetes Melitus pada tahun 2015.	
--	--	--	--	---	--

Genogram :



Keterangan:



Dari genogram diatas, dapat di simpulkan bahwa dari kakek dan nenek Tn. M sudah meninggal karena sudah usia lanjut. Begitu juga dengan orang tua Tn. M sudah meninggal, sedangkan adik dari Tn. M meninggal karena sakit. Kakak dari Tn. M

menderita penyakit Hipertensi dan Tn. M sendiri menderita TB Paru dan Diabetes Melitus.

1. Tipe keluarga

Single adult. Di dalam rumah hanya tinggal 1 orang dewasa yaitu Tn. M dan belum menikah.

2. Status sosial ekonomi keluarga

Tn. M mengatakan penghasilannya setiap bulan fluktuatif, mulai dari Rp. 2.000.000 sampai dengan Rp. 2.500.000. namun penghasilannya itu sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari karena ia hidup didalam rumah sendiri. Tn. M juga memiliki motor yang dapat membantunya sebagai alat transportasi.

3. Aktivitas rekreasi keluarga

Aktivitas rekreasi di dalam rumah yang biasa dilakukan Tn. M adalah menonton televisi, namun Tn. M mengatakan untuk sementara TV nya sedang rusak dan Tn. M lebih suka duduk sendiri. Sementara aktivitas rekreasi diluar rumah yang biasa dilakukan Tn. M adalah pergi ke tempat wisata, namun ini jarang dilakukan oleh Tn. M.

II. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini:

keluarga Tn. M berada pada tahap lansia

2. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi:

Diusia Tn. M yang tidak muda lagi ini, Tn. M belum menikah sehingga banyak tugas yang tidak bisa dilakukan oleh Tn. M seperti tugas dalam tahap keluarga sebagai pemula keluarga dengan anak (Bayi baru lahir, pra sekolah, sekolah, remaja) tidak dapat terpenuhi.

3. Riwayat kesehatan keluarga inti:

Tn. M mengatakan ia menderita penyakit TB Paru. Tn. M biasanya pergi berobat di Puskesmas Sikumana dan mendapatkan pelayanan dengan baik namun Tn. M pernah mengalami situasi yang kurang menyenangkan di RSUD W.Z. Johannes Kupang karena menunggu antrian yang sangat lama karena kelalaian petugas yang salah menyimpan status pasien.

4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya:

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Tn. M pernah menderita TBC Paru pada tahun 2014 dan sudah menjalani pengobatan sampai sembuh. Setelah sembuh, sekitar tahun 2015 Tn. M mulai mengonsumsi alkohol dan rokok yang dapat di habiskan sampai dengan 3 bungkus. Semakin hari Tn. M merasa badannya mulai lemas. Tn. M pun memutuskan untuk pergi memeriksa di fasilitas kesehatan terdekat yaitu Puskesmas Sikumana. Setelah di periksa di dapatkan hasil pemeriksaan gula darah tinggi dan Tn. M menderita penyakit Diabetes Melitus.

III. DATA LINGKUNGAN

1. Karakteristik Rumah

- Kondisi rumah Tn. M tidak bersih. Rumah Tn. M terdiri dari ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 dapur dan 1 kamar WC serta teras rumah. Cara Tn. M mengatur perabot rumah sangat tidak rapi. Rumah hanya akan di sapu jika anggota keluarga merasa rumahnya sudah sangat kotor. Saat dikaji, rumah Tn. M tidak bersih, lantai, kursi dan meja juga berdebu, pakaian berserakkan di mana-mana, banyak sarang laba-laba.

- Ventilasi: cukup baik

Rumah Tn. M memiliki ventilasi yang cukup, terdapat 1 jendela di ruang tamu, 1 jendela di kamar tidur dan beberapa ventilasi yang berukuran kecil.

- Pencahayaan rumah: baik

Rumah Tn. M memiliki pencahayaan yang baik namun pada malam hari hanya 1 lampu yang dinyalakan yaitu di ruang tamu serta Tn. M kadang-kadang hanya membuka jendela. Jendela hanya akan dibuka jika merasa senang untuk membukanya.

- Saluran buang limbah: baik

Rumah Tn. M memiliki saluran limbah yang baik dimana sudah ada tempat pembuangannya.

- Sumber air bersih: sehat

Keluarga Tn. M mempunyai sarana air bersih yaitu dari sumur di rumahnya.

- Jamban memenuhi syarat: ya

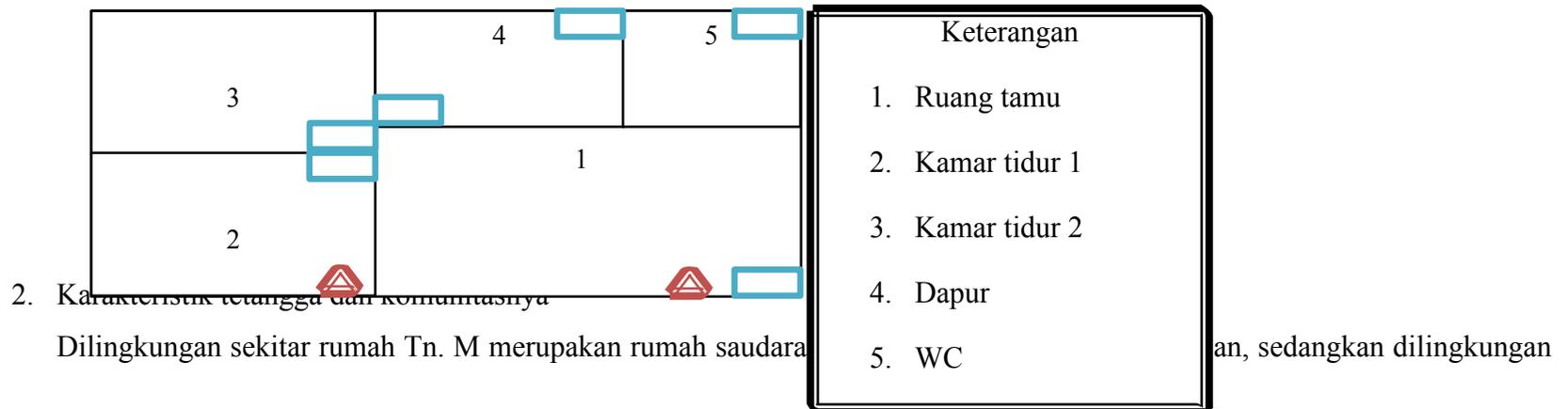
Rumah Tn. M memiliki WC dan jamban leher angsa

- Tempat pembuangan sampah keluarga

Rumah Tn. M memiliki tempat pembuangan sampah keluarga. Tn. M menggunakan metode buang sampah di tempat yang digunakan untuk membakar sampah.

- Ratio luas bangunan rumah dengan jumlah anggota keluarga 8m²/orang: ya / tidak

Luas rumah Tn. M kira-kira 10x4m² dimana Tn. M tinggal sendiri di rumah tersebut.



komunitasnya lebih banyak penduduk suku Timor, hubungan antar penduduk cukup baik, namun di lingkungannya jarang dan hampir tidak pernah kerja bakti atau kegiatan lainnya yang merupakan kebiasaan penduduk disekitar. Penduduk biasanya marah jika ada pelebaran jalan ataupun pohon di sekitarnya di tebang.

3. Mobilitas geografis keluarga

Tn. M merupakan penduduk suku Sabu namun keluarganya mengatakan sudah tinggal di Kota Kupang sejak tahun 1991, anggota keluarga mengatakan sejak tahun 1990-an Tn. M sering bertugas keluar kota sampai \pm 1 tahun, namun sejak tahun 1999 Tn. M ditugaskan didalam kota sehingga selama ini Tn. M sudah tidak pernah berpindah tempat tinggal.

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Dalam masyarakat Tn. M jarang mengikuti perkumpulan dengan masyarakat. Tn. M mengikuti kegiatan arisan bersama keluarganya. Ia juga memiliki hubungan yang baik dengan masyarakat namun ada orang-orang tertentu yang menjauh darinya karena penyakitnya.

5. Sistem pendukung keluarga

Didalam rumah Tn. M tidak ada yang sehat namun Tn. M memiliki sarana transportasi seperti sepeda motor yang dapat digunakan untuk bepergian ke rumah sakit atau puskesmas serta Tn. M juga memiliki kartu Jaminan Kesehatan Nasional yang bisa membantunya untuk berobat. Selain itu, didalam keluarga tidak terdapat pengawas minum obat dikarenakan Tn. M.L tinggal sendiri di rumah namun saudaranya yang tinggal di dekat rumahnya kadang-kadang mengingatkan Tn. M.L

untuk minum obat. Sedangkan untuk PMO dari Fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan setiap hari tidak ada.

IV. STRUKTUR KELUARGA

1. Struktur peran:

Tn. M berperan sebagai kepala keluarga serta pencari nafkah.

2. Nilai dan norma keluarga:

Keluarga Tn. M meyakini bahwa kesehatan sangat penting dan harus dijaga sehingga Tn. M sudah membiasakan diri untuk selalu pergi berobat sesuai jadwal setiap harinya, mencuci pakaian sendiri, jika ada keluarga yang sakit maka ia selalu menyarankan untuk berobat di fasilitas kesehatan terdekat.

3. Pola komunikasi keluarga:

Pola komunikasi dalam keluarga Tn. M baik. Ia dan saudaranya yang tinggal bersebelahan dengan rumahnya selalu berkomunikasi secara terbuka. Keluarga Tn. M selalu menjaga hubungan mereka dengan salah 1 cara yaitu komunikasi. Tn. M mengatakan jika ada masalah maka harus diatasi dengan tenang namun tergantung pada masalah yang di hadapi. Tn. M juga lebih suka menyimpan perasaannya sendiri jika Ia merasa susah atau senang. Tn. M biasanya berkomunikasi dengan bahasa Indonesia dan bahasa daerah yaitu Sabu.

4. Struktur kekuatan keluarga:

Keluarga Tn. M yang berada disekitar rumah selalu mengingatkan Tn. M untuk berobat. Tn. M juga memiliki semangat yang tinggi untuk proses penyembuhannya.

V. PHBS DI RUMAH TANGGA

- a. Jika ada ibunifas, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan: ya / tidak

Tidak ada ibu nifas.

- b. Jika ada bayi, memberikan ASI eksklusif: ya / tidak

Tidak ada bayi.

- c. Jika ada balita, menimbang balita tiap bulan: ya / tidak

Tidak ada balita.

- d. Menggunakan air bersih untuk makan dan minum: ya

Keluarga Tn. M menggunakan air bersih dari sumur.

- e. Menggunakan air bersih untuk kebersihan diri: ya

Keluarga Tn. M menggunakan air bersih untuk membersihkan diri. Air yang di pakai bersumber dari sumur yang dimilikinya sendiri.

- f. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun: tidak

Tn. M jarang mencuci tangan dan jika ia mencuci tangan, ia juga jarang menggunakan sabun.

- g. Melakukan pembuangan sampah pada tempatnya: ya / tidak

Tn. M jarang membuang sampah pada tempatnya. Sampah dalam rumah tangga biasanya langsung di bakar di tempat pembakaran sampah.

- h. Menjaga lingkungan rumah tampak bersih: tidak

Tn. M membersihkan rumah jika ia merasa sangat kotor. Rumah Tn. M saat di kaji tampak kotor dimana terdapat banyak debu di lantai, meja, dan kursi, pakaian berserakkan dimana-mana dan juga perabot rumah tangga tidak tertata dengan baik.

- i. Mengonsumsi lauk dan pauk setiap hari: ya

Tn. M mengatakan ia mengonsumsi sayur setiap hari seperti sayur putih ataupun bayam. Tn. M juga mengonsumsi dengan ikan setiap hari dan sesekali dengan daging.

- j. Menggunakan jamban sehat: ya

Keluarga Tn. M menggunakan jamban jenis leher angsa

- k. Memberantas jentik dirumah sekali seminggu: tidak

Keluarga selalu membersihkan bak mandi setiap kali air yang digunakan telah habis, namun keluarga tidak menggunakan bubuk abate.

- l. Makan buah dan sayur setiap hari: ya / tidak

Keluarga mengatakan selalu mengonsumsi sayur setiap hari seperti sayur putih dan bayam. Sementara buah-buahan di konsumsi ketika Tn. M susah BAB.

- m. Melakukan aktifitas fisik setiap hari: ya / tidak

Tn. M mengatakan sejak ia menderita sakit TBC, ia jarang beraktifitas dirumah karena lemah. Tn. M juga tidak pernah berolahraga. Ia hanya menghabiskan waktu dengan duduk, istirahat kemudian tidur.

- n. Merokok di dalam rumah: tidak

tn. M mengatakan Ia sudah berhenti merokok sejak 8 bulan yang lalu karena sakit, namun sebelum sakit ia adalah seorang perokok yang aktif.

VI. FUNGSI KELUARGA

1. Fungsi ekonomi

Menurut keluarga, ekonomi sangat penting karena untuk menyambung kehidupan. Cara Tn. M untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari yaitu dengan bekerja, Tn. M juga mempunyai prinsip agar tidak berhutang. Karena ia rajin bekerja maka kebutuhan sehari-harinya dapat terpenuhi.

2. Fungsi sosialisasi

Keluarga mengatakan menjaga hubungan baik dengan keluarga ataupun tetangga itu baik, sehingga Tn. M selalu berhubungan baik dengan keluarga dan tetangga sekitar.

3. Fungsi pendidikan

Keluarga mengatakan pendidikan itu penting agar orang tidak membodohi kita. Tn. M merupakan salah seorang tamatan diploma III. Pada saat sakit, Tn. M sering diberikan brosur tentang penyakitnya, namun ia jarang membacanya karena ia hanya ingin berobat.

4. Fungsi rekreasi

Tn. M menganggap rekreasi itu penting, namun ia sendiri jarang melakukan rekreasi. Biasanya ia hanya mengikuti arisan keluarga ataupun menonton televisi.

5. Fungsi religious

Tn. M mengatakan ia tidak pernah mengikuti kegiatan keagamaan apalagi kegiatan seperti refleksi bersama yang bisa membuat pikiran lebih tenang.

6. Fungsi reproduksi

Tn. M saat ini belum menikah dan ia berniat untuk tidak mencari pasangan lagi karena usianya sudah tidak muda dan ia lebih berfokus pada kehidupannya ke depan.

7. Fungsi afeksi

Dalam keluarga, Tn. M mengatakan mereka saling menyayangi satu sama lain dan saling tolong menolong. Tn. M juga merupakan anak terakhir dalam keluarganya sehingga ia sangat di sayang.

8. Fungsi pemeliharaan/perawatan kesehatan

a. Mengetahui masalah kesehatan

1. Apakah keluarga mengetahui masalah kesehatan/penyakit yang sedang diderita oleh anggota keluarganya: ya / tidak

Tn. M mengatakan ia mengetahui penyakit yang sedang ia derita, begitu juga dengan keluarganya yang berada di sekitar rumah nya. Menurut Tn. M, TBC adalah penyakit yang menyerang pada organ paru-paru.

2. Apakah keluarga mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit: ya / tidak

Tn. M mengatakan tidak mengetahui penyebab dari penyakit TBC. Saat ditanya, Tn. M mengatakan tidak tahu.

3. Apakah keluarga mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit: ya / tidak

Tn. M mengatakan, tanda dan gejala dari penyakit TBC adalah batuk saja. Sementara tanda dan gejala lainnya tidak diketahui Tn. M.

4. Apakah keluarga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit: ya / tidak

Tn. M mengatakan faktor yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan hanya karena merokok saja, sementara kebiasaan dari dirinya dan lingkungan yang tidak bersih menurutnya biasa saja dan tidak mempengaruhi kesehatan.

5. Bagaimana persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit: positif / negative

Tn. M mengatakan TB Paru merupakan penyakit menular yang dapat disebarkan.

- b. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

1. Apakah keluarga mengetahui akibat masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit bila tidak diobati: ya / tidak

Tn. M mengatakan jika penyakitnya tidak di obati maka akan menyebabkan penyakit bertambah parah dan timbul penyakit lainnya dan bahkan bisa meninggal.

2. Apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga: ya / tidak

Tn. M mengatakan ia merasakan sakit yang ia derita begitu juga dengan keluarga nya yang merasa kasihan pada nya.

3. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang dialami: ya / tidak

Tn. M mengatakan ia masih semangat untuk berobat dan ia selalu pergi berobat di Puskesmas Sikumana

4. Apakah keluarga merasa takut terhadap akibat dari masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga: ya / tidak

Tn. M mengatakan ia tidak merasa takut dengan penyakit yang dialami karena setiap orang pasti akan mati.

5. Apakah keluarga mempunyai sikap yang tidak mendukung (negative) terhadap upaya kesehatan yang dapat dilakukan pada anggota keluarga: ya / tidak

Tn. M mengatakan keluarga nya selalu mendukung ia untuk pergi berobat dan selalu mengingatkan Tn. M untuk pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

c. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

1. Apakah keluarga mengetahui cara merawat anggota keluarga yang sakit: ya / tidak

T. M mengatakan cara merawatnya dengan pergi berobat U injeksi obat) secara teratur di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dan minum obat secara teratur namun Tn M.L salah mempresepsi minum obat, Tn. M.L minum OAT 3 kali sehari . Namun Tn. M membuang ludah/dahak di sembarang tempat. Sese kali juga Tn. M meminum obat tradisional untuk mengobati penyakitnya. Saat pengkajian berlangsung, sese kali Tn. M membersihkan mulutnya yang terdapat air liur/lendir dengan menggunakan baju yang ia kenakan.

2. Apakah keluarga mengetahui peralatan, cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga yang sakit: ya / tidak

Tn. M tidak mengetahui alat, cara dan fasilitas untuk merawat. Saat di tanya teknik atau etika batuk pun Tn. M tidak mengetahuinya. Tn. M juga mengetahui cara membuang dahak yang benar namun tidak dilakukan. Selain itu peralatan makan Tn. M juga tidak digabung dengan orang lain. Tn. M juga mengetahui pentingnya menggunakan masker namun saat dikaji Tn. M selalu melepaskan kemudian memakainya lagi secara berulang. Masker yang digunakan juga tampak sudah lama digunakan dan belum diganti.

d. Kemampuan keluarga memelihara/memodifikasi lingkungan rumah yang sehat

1. Apakah keluarga mengetahui tentang sumber yang dimiliki oleh keluarga disekitar rumah: ya / tidak

Tn. M tidak mengetahui mengenai sumber-sumber disekitar rumah yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan.

2. Apakah keluarga mampu melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan: ya / tidak

Tn. M mengatakan manfaat pemeliharaan lingkungan adalah agar lingkungan tampak bersih dan sehat namun pada saat dikaji, rumah Tn. M tampak tidak bersih, pakaian berserakkan di dalam rumah, lantai dan perabot rumah tangga banyak debu dan jendela selalu di tutup.

3. Apakah keluarga mempunyai kebersamaan untuk meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan keluarga: ya / tidak

Rumah Tn. M jarang sekali di bersihkan. Tn. M selalu di ingatkan oleh saudaranya untuk membersihkan rumah, namun selang beberapa hari rumah kembali berantakan.

4. Apakah keluarga tahu cara pencegahan penyakit dan akibat lanjut dari masalah kesehatan yang berhubungan dengan lingkungan rumah: ya / tidak

Tn. M mengatakan tidak tahu cara mecegah penyakit yang berhubungan dengan lingkungan. Yang Tn. M ketahui hanyalah menjemur kasur, menggunakan masker. Namun saat dikaji Tn. M tampak melepaskan kemudian menggunakan masker lagi secara berulang, jendela di rumah nya tidak pernah dibuka dan rumah tidak pernah dirapikan.

e. Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

1. Apakah keluarga mengetahui keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau: ya / tidak

Tn. M mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan rumah nya yaitu di Puskesmas Sikumana yang biasanya ia pergi berobat di sana.

2. Apakah keluarga mengetahui keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan: ya / tidak

Tn. M mengatakan keuntungan yang di dapat di fasilitas pelayanan kesehatan adalah memeriksakan diri terhadap penyakit yang dialami, kontrol kesehatan dan mendapatkan pengobatan.

3. Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan tentang fasilitas dan petugas kesehatan yang melayani: ya / tidak

Tn. M pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan saat berada di RSUD W.Z. Johannes Kupang karena menunggu antrian yang terlalu lama dan petugas kesehatan belum memanggil namanya karena kelalaian petugas kesehatan dalam menyimpan status pasien

4. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan: ya / tidak

Tn. M selalu ke Puskesmas yang terdekat yaitu di Puskesmas Sikumana dan menurut Tn. M fasilitas pelayanan kesehatan dapat dijangkau.

VII. STRESS DAN KOPING KELUARGA

1. Stressor jangka pendek dan panjang

Jangka pendek: Tn. M mengatakan jarang mengalami stress, kadang-kadang dibuat stress oleh pekerjaan namun itu sudah dianggap hal biasa.

Jangka panjang: Tn. M mengatakan tidak pernah mengalami stress atau pikiran yang berkepanjangan.

2. Kemampuan keluarga berespons terhadap stressor

Tn. M mengatakan kadang marah bila masalah pekerjaannya muncul seperti para pedagang yang belum melunasi barang yang diambil di toko mereka dan terkadang Tn. M harus menanggungnya dengan di marahi oleh bos nya namun Tn. M sabar menanggapi semua nya itu.

3. Strategi koping yang digunakan

Tn. M mengatakan kadang-kadang ia mengambil jalan keluar dengan mengambil barang-barang yang ada di kios yang dimiliki pedagang dengan menjualnya kembali di kios-kios lainnya.

4. Strategi adaptasi disfungsional

Jika ada masalah Tn. M biasanya mengatasinya dengan tenang namun seperti masalah pekerjaan kadang Tn. M marah-marah pada pedagang kios namun hanya sebentar saja.

VIII. HARAPAN KELUARGA

Keluarga berharap agar masalah kesehatannya dapat segera di atasi dan disembuhkan.

KRITERIA KEMANDIRIAN KELUARGA

No	Kriteria	KKT 1	KKT 2	KKT 3	KKT 4
1	Menerima petugas perawatan kesehatan	√			
2	Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan	√			
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar				
4	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan				
5	Memfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif				
6	Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran				
7	Melakukan tindakan promotif secara aktif				

Kesimpulan:

Intervensi:

√

: Kemandirian keluarga Tingkat 1: Jika memenuhi kriteria 1 dan 2

: Kemandirian keluarga Tingkat 2: Jika memenuhi kriteria 2 sampai 5

: Kemandirian keluarga Tingkat 3: Jika memenuhi kriteria 2 sampai 5

: Kemandirian keluarga Tingkat 3: Jika memenuhi kriteria 1 sampai 7

Diagnosa Keperawatan

Analisa Data

Data - Data Pendukung	Diagnosa Keperawatan	
	Kode	Diagnosa Keperawatan
<p>Data subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anggota keluarga mengatakan sedang batuk dan pilek - Anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui penyebab dari penyakit TBC - Anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala dari TBC selain batuk - Anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan yang diderita selain merokok - Anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui akibat dari penyakit TBC bila tidak diobati - Anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui peralatan, cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga yang menderita TBC, - Anggota keluarga mengatakan tidak tahu mengenai sumber disekitar rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan, saudara dari Tn.M selalu membantu merapihkan rumah namun setelah 1 atau 2 hari rumah kembali berantakan - Anggota keluarga mengatakan tidak tahu tentang cara pencegahan 	00099	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

<p>penyakit TBC selain menjemur kasur dan menggunakan masker</p> <p>Data obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rumah Tn M. Tanpak tidak bersih, pakaian berserakan, lantai, kursi dan meja berdebu, dan jendela tampak tertutup. - Saat dikaji Tn.M terlihat melepaskan masker - Saat ditanya mengenai etika batuk, anggota keluarga tampak tidak tau - Jendela rumah tampak tertutup 		
<p>Data subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anggota keluarga mengatakan lingkungan yang bersih tidak terlalu mempengaruhi kesehatannya - Anggota keluarga mengatakan biasanya membuang ludah/dahak disembarang tempat dan tidak merapihkan rumah - Anggota keluarga mengatakan jarang membuka jendela rumah dan kadang-kadang minum obat kampong tapi sesekali saja (nama obatnya daun afrika di makan mentah) <p>Data obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn M tampak membuang ludah/dahak disembarang tempat, dan terkadang menggunakan baju untuk membersihkan lender/ludah yang tersisa dimulut. 	00188	Perilaku kesehatan cenderung beresiko

No	Kriteria	Skore	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat masalah - tidak/kurang sehat	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Tn M sudah menderita TBC
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : - sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Kurangnya pengetahuan tentang penyakit dari Tn M dan kebiasaan Tn M yang bisa menimbulkan masalah kesehatan
3.	Potensial masalah untuk dicegah - cukup	2	1	$2/3 \times 1 = 0,6$	Masalah kesehatan sudah terjadi tetapi pencegahan belum maksimal
4.	Menonjolnya masalah - masalah berat, harus segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga menganggap masalah besar dan perlu penanganan segera
	TOTAL BOBOT			3,6	

Prioritas Masalah Keperawatan

Diagnosa keperawatan : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga

Diagnosa keperawatan : Perilaku kesehatan cenderung beresiko

No	Criteria	Skore	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat masalah : ancaman kesehatan	2	1	$2/3 \times 1 = 0,6$	Masalah kesehatan belum terjadi namun dapat beresiko
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Keluarga dapat mengubah perilaku yang dapat menyebabkan resiko terinfeksi.
3	Potensial masalah untuk dicegah : Cukup	2	1	$2/3 \times 1 = 0,6$	Masalah kesehatan dapat dicegah
4	Menonjol masalahnya : masalah tidak dirasakan	0	1	$0/2 \times 1 = 0$	Keluarga menganggap biasa-biasa saja
TOTAL BOBOT				3.2	

Kesimpulan : Prioritas masalah keperawatan keluarga pada tn m dengan tbc adalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan Keluarga

NOC		NIC	
KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
1803	<p>TUK 1 : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga, keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil</p> <p>Domain 4 : Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku.</p> <p>Kelas : S</p> <p>Luaran: Pengetahuan: proses penyakit yaitu pemahaman tentang proses penyakit dan komplikasinya meningkat dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak) dengan indikator:</p>	5602	<p>Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan</p> <p>Domain: 3 Perilaku</p> <p>Kelas : S pendidikan pasien</p> <p>Intervensi: pengajaran : proses penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga proses penyakit TBC sesuai kebutuhan 2. Identifikasi kemungkinan penyebab penyakit TBC 3. Jelaskan kepada keluarga tanda dan gejala dari penyakit TBC 4. Jelaskan kepada keluarga tentang patofisiologi penyakit TBC dan bagaimana hubungannya dengan anatomi fisiologi, sesuai kebutuhan 5. Edukasikan kepada keluarga mengenai cara penularan TBC serta tanda dan gejala yang harus di laporkan kepada petugas kesehatan, sesuai kebutuhan. 6. Edukasikan kepada keluarga mengenai tindakan untuk mengontrol atau meminimalkan gejala dari penyakit TBC 7. Review pengetahuan keluarga tentang penyakit TBC <p>Domain : 2 Fisiologis : Kompleks</p> <p>Kelas : manajemen obat-obatan</p>
180303	Faktor-faktor penyebab dan faktor pendukung penyakit TBC		
180304	Faktor risiko dari penyakit TBC		
180305	Efek patofisiologis penyakit TBC		
180306	Tanda dan gejala penyakit TBC		
180307	Proses perjalanan penyakit TBC		
180308	Strategi meminimalkan perkembangan dan penularan penyakit TBC		

		5616	<p>Intervensi pengajaran : peresepan obat-obatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan pasien untuk mengenali karakteristik khusus dari obat-obatan OAT 2. Informasikan pasien konsekuensi tidak memaakai obat atau berhenti pemakaian obat 3. Instruksikan pada keluarga mengenai cara pemberian obat
2605	<p>TUK 3: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil</p> <p>Domain :VI Kesejahteraan keluarga. Kelas : X</p> <p>Luaran: Partisipasi Keluarga Dalam Perawatan Profesional: yaitu kapasitas dari sebuah keluarga untuk terlibat dalam pengambilan keputusan, pemberian perawatan, dan evaluasi perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dari skala 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan) dengan indikator:</p> <p>Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan penyakit TBC</p> <p>Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan penyakit TBC</p>	3250	<p>Keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan</p> <p>Domain: II Fisiologis : kompleks</p> <p>Kelas: K Manajemen pernapasan</p> <p>Intervensi : Manajemen batuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan pasien dan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien TBC 2. Dampingi pasien untuk duduk pada posisi dengan kepala sedikit lurus bahu relask dan lutut di tekuk atau fleksi 3. Dukung pasien untuk menarik napas dalam beberapa kali lalu hembuskan lewat mulut.

<p>260501</p> <p>260502</p> <p>260506</p> <p>260708</p> <p>260510</p>	<p>Bekerja sama dalam perawatan pasien TBC</p> <p>Membuat keputusan ketika pasien tidak dapat melakukannya.</p> <p>Berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan pasien TBC</p>	<p>3140</p>	<p>4. Dukung pasien untuk melakukan napas dalam, tahan selama 2 detik dan batukkan 2 samapi 3 kali</p> <p>5. Minta pasien untuk bersama- sama latihan batuk di lanjutkan dengan beberapa periode nafas dalam.</p> <p>Domain: II Fisiologis : kompleks</p> <p>Kelas: K Manajemen pernapasan</p> <p>Intervensi manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk 2. Motivasi anggota keluarga untuk bernapas pelan, dalam, dan batuk <p>Domain 2 Fisiologis. Kelas H : manajemen obat-obatan</p> <p>Intervensi : Manajemen Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau kepatuhan mengenai regimen obat 2. Ajarkan anggota keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai
---	--	-------------	---

		2380	
2601	<p>TUK 4 : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan kriteria hasil:</p> <p>Domain: VI Kesehatan Keluarga</p> <p>Kelas: X Kesejahteraan Keluarga</p> <p>Luaran : Iklim Sosial Keluarga yaitu kapasitas dari sebuah keluarga untuk menyediakan lingkungan yang mendukung yang ditandai dengan hubungan dan tujuan anggota keluarga. Dipertahankan pada 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke 5 (secara konsisten menunjukkan) dengan indikator :</p> <p>Berpartisipasi dalam kegiatan Bersama</p> <p>Menjaga kebersihan rumah</p>	7180	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Domain: V – Keluarga</p> <p>Kelas: X – Perawatan Sepanjang Hidup</p> <p>Intervensi: Bantuan Pemeliharaan Rumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan kebutuhan pemeliharaan rumah pasien 2. Sediakan informasi mengenai bagaimana membuat rumah aman dan bersih dengan membuka ventilasi jendela setiap pagi. 3. Menganjurkan agar keluarga dapat memisahkan setiap peralatan makan dan minum pasien dengan anggota lainnya <p>Domain : 4 Keamanan</p> <p>Kelas : V Manajemen Resiko</p> <p>Intervensi manajemen lingkungan : Keselamatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Singkirkan bahan berbahaya seperti debu atau lingkungan yang kurang bersih 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahan bahaya dan berisiko
260101			
260108			
		6486	

Diagnosa keperawatan : Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko

NOC		NIC	
KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
2802	<p>TUK 3: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil</p> <p>Domain: VII : Kesehatan komunitas</p> <p>Kelas CC : Perlindungan kesehatan komunitas</p> <p>Luaran: kontrol risiko komunitas: penyakit menular untuk menghilangkan dan mengurangi agen infeksi akan meningkat dari skala 1(buruk) menjadi 4 (sangat baik) dengan indikator:</p> <p>Skrinning dari semua anggota keluarga yang beresiko tinggi TBC</p>	8080	<p>Keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan Domain 4 : Kemaamanan</p> <p>Kelas V : Manajemen resiko</p> <p>Intervensi perlindungan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal pada pasien dengan TBC 2. Monitor terhadap infeksi kerentanan risiko TBC 3. Pertahankan aseptik untuk pasien beresiko TBC 4. Pertahankan teknik-teknik isolasi pada pasien dengan TBC
280201	Investigasi dan pemberitahuan kontak mengenai risiko penyakit menular TBC		
280203	Ketersediaan layanan pengobatan untuk orang yang terinfeksi TBC		
280205	Pengakkan program pengendalian infeksi TBC		
280221			
	TUK 4 : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan kriteria hasil:		<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Domain : IV – Keamanan</p>

<p>1902</p> <p>190219</p> <p>190220</p> <p>190202</p> <p>190208</p> <p>190209</p> <p>190210</p>	<p>Domain : IV Pengetahuan Kesehatan dan Perilaku</p> <p>Kelas : T kontrol Risiko dan keamanan</p> <p>Luaran : Kontrol risiko: tindakan individu untuk mengerti, mencegah dan mengeliminasi, atau mengurangi ancaman kesehatan, yang telah dimodifikasi meningkat dari skala 2 (jarang menunjukkan) ke skala 4 (sering menunjukkan) dengan indikator:</p> <p>Mencari informasi tentang risiko kesehatan</p> <p>Mengidentifikasi faktor resiko</p> <p>Memonitor faktor resiko dilingkungan</p> <p>Memodifikasi gaya hidup untuk mengurangi resiko</p> <p>Menghindari paparan ancaman kesehatan</p> <p>Berpartisipasi dalam skrining masalah kesehatan</p>	<p>6610</p>	<p>Kelas : V – Manajemen Risiko</p> <p>Intervensi : Identifikasi Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan faktor risiko dan rencana untuk mengurangi faktor risiko TBC 2. Identifikasi risiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik tentang TBC 3. Rencanakan monitor risiko kesehatan dalam jangka panjang 4. Kaji ulang riwayat kesehatan masa lalu dan dokumentasikan bukti yang menunjukkan adanya penyakit medis, diagnosa keperawatan serta perawatannya 5. Identifikasi adanya sumber-sumber agensi untuk membantu menurunkan faktor risiko TBC 6. Implementasikan aktivitas pengurangan risiko
---	--	-------------	---

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga	Selasa, 12 Juni 2018 11.30	<p>Mengenal masalah kesehatan keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan penyuluhan kesehatan tentang Tuberkulosis mulai dari pengertian, penyebab tanda dan gejala, faktor resiko, cara pencegahan, serta akibat dari penyakit Tuberkulosis. <p>Mampu Merawat anggota keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga dengan Tuberkulosis tentang : cara pengobatan penyakit TBC pada orang dewasa, cara penggunaan masker yang benar, cara membuang lendir/dahak yang baik. 	<p>Subjektif : keluarga mengatakan sudah mengerti tentang penyakit Tuberkulosis, saat dilakukan evaluasi kembali keluarga mampu menjawab beberapa pertanyaan : pengertian TB ? Tn M.L : TB adalah penyakit yang menyerang paru-paru dan menular. Tanda dan gejala ? Tn. M : batuk lebih dari dua minggu BB turun, batuk berdarah, badan lemas. Cara pencegahan? Tn. M.L : menutup mulut dengan sapu tangan atau tisu atau tangan tepat waktu bersin dan batuk, dan mencuci tangan, tidak membuang dahak di sembarang tempat, tetapi di buang pada tempat khusus dan tertutup misalnya : dengan menggunakan kaleng tertutup yang sudah diberi air sabun/bayclin, rajin menjemur kasur/bantal, membuka jendela. Pengobatan TB ? Tn. M : berobat setiap hari yaitu minum obat tablet setiap hari dengan 3 tablet diminum sekali dengan jam yang sama setiap hari serta pergi ke PKM untuk suntik</p> <p>Objektif : tampak kooperatif dalam penyuluhan, dan mampu menjawab semua pertanyaan yang diberikan.</p> <p>Assessment : masalah teratasi</p> <p>Planning : intervensi dipertahankan</p>	

Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko	Selasa, 12 Juni 2018 11:50	<p>Mampu Merawat anggota keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien menggunakan masker yang benar 2. Menganjurkan keluarga untuk selalu memisahkan barang-barang pribadi 3. Menganjurkan keluarga untuk tidak meminum obat kampung <p>Mampu memodifikasi lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan kepada keluarga mengenai sumber yang berada di sekitar rumah yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan 2. Menganjurkan keluarga untuk membersihkan lingkungan 3. Menganjurkan keluarga untuk selalu membuka jendela rumah 	<p>Subjektif : Tn. M.L mengatakan mengerti dan paham cara merawat dan mengatakan mau mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>Objektif : klien tampak kooperatif, mau mengikuti anjuran.</p> <p>Assessment : Masalah teratasi</p> <p>Planning : intervensi dipertahankan</p>	
Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga	Rabu, 13 Juni 2018 10:00	<p>Mengenal masalah kesehatan keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi kembali mengenai penyuluhan kesehatan yang dilakukan pada hari selasa. <p>Mampu Merawat anggota keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penyuluhan perawatan pada keluarga mengenai Batuk efektif dan etika batuk yang benar 2. Mendemonstrasikan etika batuk dan batuk efektif pada Tn.ML 3. Redemonstrasi oleh Tn. ML mengenai etika batuk dan batuk efektif 	<p>Subjektif : Tn. ML mengatakan sudah memahami mengenai penyakit tuberculosis yang dijelaskan pada hari selasa, dan memahami mengenai etika batuk dan batuk efektif</p> <p>Objektif : klien tampak kooperatif, dan meberikan pertanyaan yaitu kenapa harus menggunakan etika batuk pada saat batuk? Agar pada saat batuk kuman tidak langsung menyebar atau menular ke orang lain yang berada disekitar Tn. M.L, serta Tn. M.L dapat menjawab pertanyaan yang diberikan mengenai etika batuk dan batuk</p>	

		<p>Memodifikasi lingkungan yang sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk selalu merapihkan rumah dan membuka jendela rumah 	<p>efektif serta dapat mendemonstrasikan batuk efektif dan etika batuk, rumah masih tampak kurang rapih</p> <p>Assessment : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : tetap anjurkan keluarga untuk mempertahankan kebersihan rumah dan lakukan etika batu/batuk efektif.</p>	
Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko	Rabu, 13 juni 2018 10:20	<p>Mampu Merawat anggota keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien menggunakan masker yang benar 2. Menganjurkan keluarga untuk membuang ludah/dahak pada tempatnya <p>Mampu memodifikasi lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersama keluarga menjemur bantal 2. Bersama keluarga membuat wadah tempat pembuangan dahak/lender 3. Menganjurkan keluarga untuk membersihkan lingkungan 	<p>Subjektif : Tn. M.L mengatakan mengerti dan mau mengikuti anujuran yang diberikan</p> <p>Objektif : klien tampak kooperatif, mau mengikuti anjuran.</p> <p>Assessment : Masalah teratasi</p> <p>Planning : intervensi dipertahankan</p>	
Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga	Kamis, 14 juni 2018 13:20	<p>Mampu Merawat anggota keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menganjurkan keluarga untuk makan makanan tinggi kalori tinggi protein seperti putih telur, dan kurangi makan/ minum yang manis-manis karena pasien juga memiliki riwayat DM 2. menganjurkan keluarga unruk selalu berobat <p>Memodifikasi lingkungan yang sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk pertahankan 	<p>Subjektif : Tn. ML mengatakan sudah memahami mengenai makanan yang dianjurkan dan anjuran untuk pengobatan serta memperhatikan kebersihan lingkungan.</p> <p>Objektif : klien tampak kooperatif, dan membuka jendela, tampak menjemur bantal, dan memberikan penjelasan mengenai obat yang harus di minum</p>	

		kebersihan rumah, selalu membuka jendela rumah.	dengan benar yaitu 3 tablet diminum satu kali bukan tiga kali sehari. Assessment : Masalah teratasi Planning : tetap anjurkan keluarga untuk mempertahankan kebersihan rumah dan lakukan etika batu/batuk efektif.
Perilaku kesehatan keluarga cenderung beresiko	Sabtu, 16 juni 2018 15:30	<p>Mampu Merawat anggota keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan skrining penyakit TBC pada keluarga yang berada disekitar rumah Tn. M.L <p>Memodifikasi lingkungan yang sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan keluarga untuk selalu membuang tisu bekas pakai pada tempat sampah 2. Memberitahukan keluarga untuk selalu membuang dahak/lender pada wadah tertutup yang terdapat bayclin 3. Memastikan keluarga selalu membuka jendela pada siang hari 	<p>Subjektif : Tn. M.L dan tetangga rumah mengatakan tidak ada yang mengalami batu-batuk lebih dari 2 minggu atau gejala lainnya dari TBC</p> <p>Objektif : Tn.; M.L dan tetangga tampak kooperatif, dan mau melakukan anjuran yang diberikan, tampak ada wadah tertutup untuk pembuangan dahak, jendela rumah tampak dibuka,</p> <p>Assessment : Masalah teratasi Planning : intervensi dipertahankan</p>



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Nur Insyani Dhawe
NIM : PO.530320115037
NAMA PEMBIMBING : Margaretha Telli.,S.Kep.,Ns.,MSc-PH

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	12 Juni 2018	Mengarahkan proses penyusunan studi kasus.	
2.	20 Juni 2018	- konsultasi BAB I - IV - perbaikan cara penulisan - Revisi pembahasan.	
3.	22 Juni 2018	- perbaikan penulisan - konsultasi Bab II - perbaikan penulisan tabel - Tambahkan teori pada pembahasan	
4.	25 Juni 2018	- konsultasi Bab IV - perbaikan kesimpulan.	
5.	26 Juni 2018	konsultasi BAB III (pembahasan - pengujian)	
6.	02 Juli 2018	konsultasi Bab III (pembahasan, intension)	
7.	04 Juli 2018	perbaiki penulisan konsultasi Bab III	
8.	06 Juli 2018	konsultasi cover, BAB III (pembahasan)	
9.	10 Juli 2018	konsultasi keseluruhan.	
10.			
11.			

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
TUBERKULOSIS**



OLEH

**NAMA : NUR INSYANI DHAWE
NIM : PO.530320115037
KELAS : TINGKAT III REGULER A**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2018**

SATUAN ACARA PENYULUHAN TUBERKULOSIS

Topik Penyuluhan	: TBC
Sub topik	: Tuberkulosis pada Keluarga
Hari / tanggal	: Selasa 12 Juni 2018
Jam	: 09:00 WITA
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Rumah Bapak Marthen Luther
Sasaran	: Keluarga
Penyuluh	: Nur insyani Dhawe

1. TUJUAN

1.1 Tujuan umum

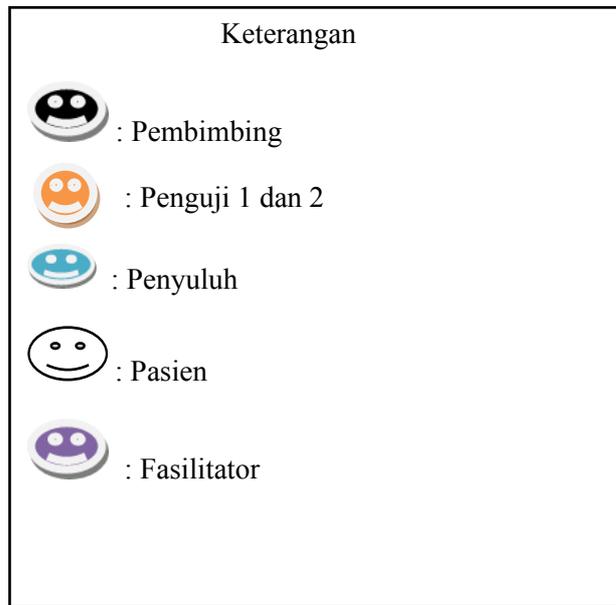
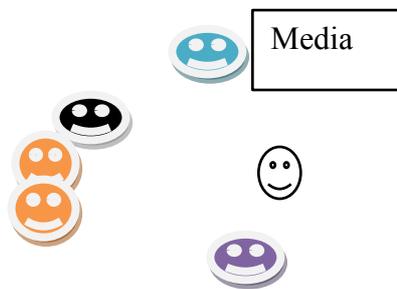
Setelah penyuluhan ini, diharapkan Keluarga dapat mengerti dan memahami tentang Tuberkulosis

1.2 Tujuan khusus

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan agar keluarga dapat :

- 1) Memahami dan menjelaskan Pengertian penyakit Tuberkulosis dengan bahasa sederhana.
- 2) Memahami dan menjelaskan penyebab terjadinya penyakit Tuberkulosis
- 3) Memahami dan menjeaskan tanda dan gejala dari penyakit Tuberkulosis
- 4) Memahami cara penularan dari penyakit Tuberkulosis
- 5) Memahami dan menjelaskan cara pencegahan penyakit Tuberkulosis
- 6) Memahami bagaimana cara mengetahui seseorang terkena penyakit Tuberkulosis
- 7) Memahami mengenai pengobatan penyakit Tuberkulosis dewasa sesuai kategori pengobatan
- 8) Memahami mengenai Pencegahan penularan penyakit Tuberkulosis
- 9) Dan mendemonstrasikan batuk efektif dan etika batuk

2. MATERI
(Terlampir)
3. METODE
 - 3.1 Ceramah
 - 3.2 Tanya jawab
4. MEDIA : Lembar balik, leaflet dan poster
5. Setting Tempat



6. Pengorganisasian
 - 1) Pembimbing : Tim Dosen Keperawatan Keluarga dan Komunitas Prodi D-III Keperawatan Kupang
 - 2) Penguji : Tim Dosen Keperawatan Keluarga dan Komunitas Prodi D-III Keperawatan Kupang dan CI Puskesmas Sikumana
 - 3) Penyuluh/Pemateri : Nur Insyani Dhawe
 - 4) Fasilitator :-

Rincian Tugas

- 1) Penyuluh : Memberikan materi penyuluhan
- 2) Fasilitator : Mempersiapkan segala kebutuhan penyuluhan

7. KEGIATAN

No	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN PETUGAS	KEGIATAN SASARAN DIDIK
1.	Pembukaan	3 Menit	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan maksud dan tujuan 	<p>Menjawab salam</p> <p>Mendengarkan dan memperhatikan</p>
2.	Pelaksanaan	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan materi penyuluhan: 1) Pengertian penyakit Tuberkulosis 2) Penyebab terjadinya penyakit Tuberkulosis 3) Tanda dan gejala dari penyakit Tuberkulosis 4) Cara penularan dari penyakit Tuberkulosis 5) Cara pencegahan penyakit Tuberkulosis 6) Bagaimana cara mengetahui seseorang terkena penyakit Tuberkulosis 7) Pengobatan Tuberkulosis dewasa sesuai kategori pengobatan 8) Pencegahan penularan penyakit Tuberkulosis 9) Dan mendemonstrasikan batuk 	<p>Memperhatikan, mendengar, dan menyimak dengan seksama</p>

			efektif dan etika batuk	
3.	Evaluasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan tanya jawab - Menanyakan kembali 	Berpartisipasi aktif
4.	Penutup	2 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Mengucapkan terima kasih atas partisipasinya - Mengucapkan salam 	Menjawab salam

8. KRITERIA EVALUASI

Pertanyaan untuk sasaran :

- 1) Apa yang dimaksud dengan penyakit Tuberkulosis ?
- 2) Apa penyebab penyakit Tuberkulosis ?
- 3) Seperti apa tanda dan gejala dari penyakit Tuberkulosis ?
- 4) Bagaimana cara penularan dari penyakit Tuberkulosis ?
- 5) Bagaiman cara penularan penyakit Tuberkulosis?
- 6) Bagaimana cara mengetahui seseorang terkena penyakit Tuberkulosis ?
- 7) Seperti pengobatan Tuberkulosis dewasa sesuai kategori pengobatan ?
- 8) Bagaiman Pencegahan penularan penyakkit Tuberkulosis ?
- 9) Bagaiman mendemonstrasi batuk efektif dan etika batuk ?

Lampiran Materi :

1. **Pengertian**

Tuberkulosis (TB) atau yang dulu dikenal TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). TB bukan disebabkan oleh guna-guna atau kutukan. TB juga bukan penyakit keturunan. Sebagian besar kuman TB menyerang paru-paru, tetapi dapat juga menyerang organ atau bagian tubuh lainnya (misalnya : tulang,kelenjar, kulit,dll). (Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2017)

2. **Penyebab TB**

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. (Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2017)

3. **Gejala TB**

Berdasarkan Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017 gejala TB meliputi :

Gejala utama TB : Batuk terus menerus dan berdahak selama 2 minggu atau lebih.

Gejala lainnya : Batuk bercampur darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan berkurang berat badan turun, rasa kurang enak badan (lemas), demam/meriang berkepanjangan, berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan.

Apabila seseorang di masyarakat ditemukan dengan satu atau lebih gejala tersebut diatas maka ia sebagai terduga TB

4. **Cara penularan TB**

Berdasarkan Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017 cara penularan TB meliputi :

- Sumber penularan adalah pasien TB yang dahaknya mengandung kuman TB BTA positif.
- Pada waktu batuk atau bersin, pasien meyebarkan kuman ke udara dalam

bentuk percikan dahak. Sekali batuk dapat menyebabkan 3.000 kuman dalam percikan dahak.

- Penularan terjadi melalui percikan dahak yang dapat bertahan selama beberapa jam dalam ruangan yang tidak terkena sinar matahari dan lembab.
- Semakin banyak kuman yang ditemukan dalam tubuh pasien berarti semakin besar kemungkinan menularkan kepada orang lain.

5. Cara menentukan pasien TB

c) Pemeriksaan bakteriologi

Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan.

- Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 contoh uji dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) (Kementerian Kesehatan RI-Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014, hal 14)

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

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

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

- Pemeriksaan tes cepat molekuler (TCM) TB
- Pemeriksaan biakan.

d) Pemeriksaan penunjang lainnya

- Pemeriksaan foto thoraks
- Pemeriksaan histologi pada kasus yang dicurigai TB ekstraparu.
- Pemeriksaan uji kepekaan obat

6. Pengobatan TB

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017 pengobatan TB meliputi :

Paduan pengobatan yang digunakan oleh program nasional penanggulangan TB di Indonesia :

- Kategori 1 : diberikan kepada pasien TB paru BTA positif, pasien TB paru BTA negatif rontgen positif dan pasien TB ekstra paru.
- Kategori 2 : diberikan kepada pasien TB BTA positif yang telah diobati sebelumnya (pasien kambuh, pasien gagal dan pasien pengobatan setelah putus berobat).
- Kategori Anak : diberikan pasien TB anak.

Pengobatan TB harus teratur dan lengkap sampai sembuh, bila pasien berhenti minum obat sebelum selesai akan berisiko :

4. Penyakit tidak sembuh dan tetap menularkan ke orang lain.
5. Penyakit bertambah parah dan bisa berakibat kematian.
6. Kuman TB yang ada di dalam tubuh akan terus berkembang dan menjadi kebal yang lebih mahal serta waktu pengobatan yang lebih lama.

7. Cara pencegahan penularan TB

Pencegahan penularan TB dapat dilakukan dengan :

- e. Menelan OAT secara lengkap dan teratur sampai sembuh.
- f. Pasien TB harus menutup mulutnya dengan sapu tangan atau tisu atau tangan tepat waktu bersin dan batuk, dan mencuci tangan.
- g. Tidak membuang dahak di sembarang tempat, tetapi di buang pada tempat khusus dan tertutup. Misalnya : dengan menggunakan wadah/kaleng tertutup yang sudah diberi air sabun. Buanglah dahak ke lubang wc atau timbun ke dalam tanah di tempat yang jauh dari keramaian.
- h. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
 - 11) Menjemur alat tidur
 - 12) Membuka pintu dan jendela setiap pagi agar udara dan sinar matahari masuk. Sinar matahari langsung dapat mematikan kuman TB.

- 13) Makan makanan berizi
- 14) Tidak merokok dan minum minuman keras
- 15) Olahraga secara teratur
- 16) Mencuci pakaiann hingga bersih
- 17) Buang air besar di jamban atau Wc
- 18) Mencuci tangan hingga bersih di air yang mengalir setelah selesai buang air besar, sebelum da sesudah makan.
- 19) Beristirahat cukup
- 20) Jangan tukar menukar peralatan mandi

DAFTAR PUSTAKA

Kementrian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan tahun 2017

Kementrian Kesehatan RI-Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014.

DOKUMENTASI





Pengobatan TBC

PENGobatan TB Dewasa Kategori I

PENGobatan TB Dewasa Kategori I
PENGobatan TB BERLANGSUNG SELAMA 6 BULAN
TERHADAI DALAM 2 TAHAP

PENGobatan TB Dewasa Kategori II

PENGobatan TB Dewasa Kategori II
PENGobatan TB BERLANGSUNG SELAMA 8 BULAN
TERHADAI DALAM 3 TAHAP

SELAMA PENGobatan PASIEN TB HARUS DIDAMPINGI OLEH PEGAWAI MENELAN OBAT (PACU) UNTUK MENJAMAH KEFATURAHAN BEROBAT

PENCEGAHAN PENULARAN TBC

PENCEGAHAN PENULARAN TB
LAKUKAN PENCEGAHAN PENULARAN TB DENGAN CARA:

TOSS TB
Temukan TB. Cegah Sampai Sembuh.

PERIKSA DAK ORALI TB GRATIS DI PUSKESMAS

Apa itu TBC ?

OLEH
NAMA : NUR INSYANI DHAWA
NIM : PO.530320115037
GNA ANGKATAN 24

POLTEKES KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII
KEPERAWATAN

Pengertian

Tuberculosis (TB) atau yang dulu dikenal TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*).

Penyebab TBC

TBC disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium Tuberculosis*

APA GEJALA TB?

GEJALA LAIN

- BATUK BERDARAH
- SESAK NAFAS DAN NYERI DADA
- NAFAS SAKIT SUKURANG
- BERAT BADAN TURUN
- LEMAS
- DEMAM/BERANGGAM BERKEPULANGAN
- BETERNYANG DI SELAM NARI TANPA MELAKUKAN KESIBATAN

Cara Penularan TBC

GEJALA TUBERKULOSIS

KLASIK TB KELUAR DI UJUKA-UKUKA PASIEN TB BUKAN SEDIKIT ATAU BENCARA

KLASIK TERHILUP DULU DITINGGALKAN MELALUI CAUPAN PENGASAMAN AIR/LELEH/BAKUL/BAKUL DAN SAMA SAMA TERSEBAR KE BERAPA TUBUH LAINNYA

JIKA DATA TUBERKULOSIS LAINNYA ORANG TERSEBUT TERJADI SEBENTAR

JIKA DATA TUBERKULOSIS LAINNYA ORANG TERSEBUT TERJADI SEBENTAR

BAGAIMANA CARA MENGETAHUI SESEORANG TERKENA TUBERKULOSIS

HARI KE-DUA, DAKAH DIAMBIL, SEBANYAK 2 KALI

HARI PERTAMA, Dakah Sewaktu (S) diambil setelah kunjungan pertama ke puskesmas, atau ke lain pelayanan kesehatan

Dakah Pagi (P) diambil setelah kunjungan pertama ke puskesmas, atau ke lain pelayanan kesehatan

Dakah Sore (S) diambil setelah kunjungan kedua ke puskesmas, atau ke lain pelayanan kesehatan