

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL PENELITIAN

4.1.1 Gambaran Umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah pasien kerja Puskesmas Oesapa, Kota Kupang. Puskesmas Oesapa merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang melayani masyarakat dalam berbagai program kesehatan, termasuk program penanggulangan penyakit menular seperti Tuberkulosis (TBC). Pemilihan lokasi ini didasarkan pada tingginya kasus TBC di wilayah pasien tersebut serta adanya keterbukaan pihak puskesmas dalam mendukung kegiatan intervensi berbasis keluarga untuk meningkatkan pemeliharaan kesehatan pasien TBC.

Puskesmas Oesapa juga memiliki program-program pemberdayaan keluarga dalam pengelolaan penyakit menular. Dengan jumlah penduduk yang padat dan akses pelayanan yang cukup luas di wilayah pasien Kecamatan Kelapa Lima, puskesmas ini menjadi lokasi yang strategis untuk menerapkan intervensi yang melibatkan lima tugas pemeliharaan kesehatan keluarga.

4.1.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian

Penelitian ini melibatkan dua orang responden yang merupakan pasien Tuberkulosis (TBC) dan berdomisili di wilayah pasien kerja Puskesmas Oesapa, Kecamatan Kelapa Lima, Kota Kupang. Kedua responden menjalani pengobatan TBC kategori 1 dan telah mendapatkan terapi minimal selama dua bulan sesuai dengan program DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse).

Masing-masing responden tinggal bersama keluarga inti yang turut dilibatkan dalam proses intervensi dan pendampingan lima tugas pemeliharaan kesehatan keluarga. Keluarga turut berperan dalam

mendukung keberhasilan pengobatan pasien dengan membantu pengawasan minum obat, memberikan motivasi, memperhatikan pola makan dan istirahat, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.

4.1.3 Karakteristik Subjek Laporan Kasus

Subjek dalam laporan kasus ini adalah dua kepala keluarga yang di diagnosa Tuberkulosis (TB) paru pada tahap akhir pengobatan fase lanjutan, dengan usia masing masing 53 dan 49 tahun. Kedua kepala keluarga berasal dari lingkungan keluarga yang memiliki keterbatasan dalam pemahaman mengenai pengobatan TB dan belum pernah menerima edukasi langsung mengenai penyakit tersebut.

Pasien pertama, berinisial D.K, berusia 53 tahun, mengalami keluhan pusing setelah minum obat dan tampak mengantuk. Pasien tinggal di lingkungan dalam rumah yang memiliki ventilasi terbatas dan tidak memiliki sistem pengingat obat dan tidak menggunakan kartu pengawasan minum obat. Skor awal kepatuhan berdasarkan pengamatan melalui pendekatan pendampingan keluarga, menunjukkan kepatuhan yang rendah. Status gizinya termasuk kategori kurang, dengan berat badan 43 kg dan tinggi badan 165 cm.

Pasien kedua, berinisial A.A, berusia 49 tahun, juga menunjukkan gejala seperti kelelahan, penurunan nafsu makan, dan batuk kering. Pasien tinggal di lingkungan rumah yang memiliki ventilasi terbatas dan terdapat anggota keluarga yang merokok di dalam rumah. Sama seperti pasien pertama, ia tidak memiliki sistem pengingat minum obat dan tidak menggunakan kartu pengawasan minum obat. Skor awal kepatuhannya juga rendah. Status gizinya baik dengan berat badan 57 kg dan tinggi badan 163 cm.

Kedua pasien ini tidak menunjukkan konsistensi dalam waktu minum obat dan tidak mendapatkan dukungan kontrol dari keluarga secara optimal

sebelum dilakukan intervensi berbasis teori Pendampingan lima tugas keluarga

4.1.4 Hasil Laporan Kasus.

A. Pengkajian keperawatan

- 1) Respondem 1: Tn. D.K
 - a) Identitas pasien dan keluarga
Tn. D.K adalah seorang laki-laki berusia 53 tahun yang tinggal bersama keluarganya di Kelurahan oesapa RT 05 RW 02. Bersama keluarga beranggota 2 orang. Suami bekerja sebagai tukang bangunan dan Istrinya bekerja sebagai Istri rumah tangga. Kondisi ekonomi keluarga ini tergolong rendah.
 - b) Riwayat penyakit TB Tn. D.K didiagnosa tuberkulosis paru sejak 19 maret 2025 dan sedang menjalani fase pengobatan lanjutan. Tn. D.K tidak memiliki riwayat penyakit keluarga.
 - c) Pemeriksaan Fisik dan Status Gizi
Pemeriksaan vital menunjukkan suhu tubuh 36,6°C, frekuensi napas 20x/menit, nadi 70x/menit, dan tekanan darah 100/70 mmHg. Berat badan 43 kg dan tinggi badan 165 cm, dengan status gizi dikategorikan kurang berdasarkan kurva WHO. Gejala yang tampak antara lain batuk kering, penurunan berat badan, dan nafsu makan menurun. Tidak ditemukan sesak napas, retraksi, wheezing, atau pembesaran kelenjar getah bening. Pasien mengalami pusing sebagai efek samping obat.
 - d) Kondisi Klinis dan Kepatuhan Pengobatan
Tn. D.K minum obat setiap hari namun jadwal tidak konsisten. Tidak ada penggunaan sistem pengingat (alarm) dan tidak tersedia kartu pengawasan minum obat. pasien tidak pernah lupa minum obat lebih dari dua hari berturut-turut. Tidak ada kesulitan dalam proses minum obat, meskipun pasien mengeluhkan pusing.
 - e) Pengetahuan Keluarga
Pengetahuan keluarga tergolong kurang. Keluarga mengetahui bahwa TB menular, tetapi tidak memahami bahwa TB bisa sembuh, tidak mengetahui lama pengobatan, serta tidak menyadari risiko bila obat tidak diminum teratur. Keluarga juga tidak memiliki buku TB paru.

f) Dukungan Keluarga

Istri pasien adalah orang yang paling aktif mendampingi saat minum obat. Keluarga belum pernah mendapat edukasi dari petugas kesehatan dan belum pernah dikunjungi di rumah. Keluarga tidak mendapat dukungan dari tetangga dan sempat mengalami perlakuan menjauh karena stigma. Tidak ada beban psikologis atau ekonomi yang dirasakan, namun keluarga menyatakan membutuhkan bantuan dari puskesmas atau dinas sosial.

g) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga pasien berada pada tahap dengan usia menuju lansia. Namun, istri belum sepenuhnya memenuhi tugas perkembangan keluarga, seperti edukasi kesehatan suami terkait TB, pemantauan rutin konsumsi OAT, serta dukungan psikologis dan lingkungan kondusif. Tidak ada anggota keluarga inti yang sedang menderita TB.

h) Fungsi Keluarga

Ekonomi: pasien bekerja sebagai tukang bangunan dengan penghasilan cukup, Istri sebagai Istri rumah tangga. Keluarga tidak mengalami masalah ekonomi berat, Sosialisasi: Pasien dapat berinteraksi baik, namun belum mendapat dukungan sosial luar terkait TB, Pendidikan: Pemahaman keluarga mengenai TB masih terbatas dan belum aktif mencari informasi, Rekreasi: Aktivitas rekreasi terbatas karena fokus pada kebutuhan dasar dan perawatan pasien, Religius: Ibadah rutin dijalankan, namun belum dimanfaatkan sebagai dukungan kesembuhan pasien, Reproduksi: Fungsi reproduksi telah terpenuhi, Afeksi: Dukungan emosional cukup, terutama dari istri, namun masih ada kecemasan yang tidak tersampaikan. Pemeliharaan Kesehatan: Keluarga tahu pasien menderita TB, mengenali gejala, namun belum paham penyebab, faktor risiko, dan cara pencegahan, Keluarga menyadari TB adalah masalah serius, tapi belum optimal dalam pengambilan keputusan dan Tindakan, Masih belum tahu cara merawat pasien secara nyaman, termasuk penggunaan alat bantu seperti kartu pengawasan, Keluarga tahu pentingnya kebersihan rumah, namun belum memahami pencegahan penularan TB dan Akses ke Puskesmas Oesapa mudah, namun kadang-kadang saja mendapat kunjungan langsung dari petugas Kesehatan

- i) **Kondisi Rumah dan Lingkungan**
Rumah memiliki satu kamar tidur untuk suami istri. Ventilasi cukup dan jendela dIstrika setiap hari. Tidak ada perokok di rumah. Rumah bersih dan akses ke fasilitas kesehatan mudah.
 - j) **Pengobatan pasien Tn.D.K tablet kombinasi FDC (Isoniazid, Rifampisin,Pirazinamid) 3 tablet perhari pemberiannya malam hari yaitu jam 9 malam, 2 jam setelah makan.**
 - k) **Skor MMAS-8**
Berdasarkan kuesioner MMAS-8, Tn. D.K memperoleh skor 2,75, yang menunjukkan tingkat kepatuhan rendah.
- 2) **Responden 2: Tn. A.A**
- a) **Identitas Keluarga dan Pasien**
Tn. A.A adalah kepala keluarga berusia 49 tahun yang tinggal di Kelurahan Oesapa RT 05 RW 02 bersama keluarga yang beranggotakan empat orang. Pasien bekerja sebagai petani dan istri berjualan di pasar oeba. Kondisi ekonomi keluarga tergolong cukup.
 - b) **Penyakit TB Pasien**
Pasien mulai mengalami gejala TB sejak 20 Mei 2024. Dan pasien sempat putus obat di karenakan pasien sIstri membantu istri berjualan di pasar. Tetapi dalam perjalanan waktu Ketika pasien mengalami sok akibat pasiennya meninggal dunia dengan diagnosa TB, akhirnya pasien pada bulan Mei 2025 mulai sadar dan kembali rutin untuk konsumsi obat.
 - c) **Pemeriksaan Fisik dan Status Gizi**
Hasil vital sign menunjukkan suhu tubuh 36,0°C, frekuensi napas 20x/menit, nadi 80x/menit, dan tekanan darah 110/70 mmHg. Berat badan 57 kg dan tinggi badan 163 cm dengan status gizi baik menurut kurva WHO. Gejala klinis yang tampak antara lain, kelelahan, penurunan nafsu makan, dan batuk kering. Tidak ditemukan tanda sesak, retraksi, atau pembesaran kelenjar getah bening. Pasien tidak mengalami efek samping dari obat TB.
 - d) **Kondisi Klinis dan Kepatuhan Pengobatan**
Tn. A.A minum obat setiap hari tetapi tidak pada waktu yang sama. Tidak terdapat sistem pengingat seperti alarm, dan belum menggunakan kartu pengawasan minum obat. Pasien tidak pernah lupa minum obat lebih dari dua hari berturut-

turut. Tidak ada kesulitan minum obat dan tidak ada keluhan efek samping.

e) Pengetahuan Keluarga

Pengetahuan keluarga cukup baik. Mereka tahu bahwa TB adalah penyakit menular yang dapat disembuhkan, memahami durasi pengobatan, serta menyadari bahaya jika obat tidak diminum teratur. Namun, mereka tidak menyimpan buku TB paru.

f) Dukungan Keluarga

Istri dan pasien adalah orang yang rutin mendampingi saat minum obat. Keluarga belum pernah mendapatkan edukasi dari petugas kesehatan dan sudah pernah dikunjungi di rumah. Keluarga merasa mendapat dukungan dari tetangga dan tidak mengalami stigma. Mereka tidak merasa terbebani secara emosional maupun finansial, namun mengungkapkan harapan mendapat dukungan dari puskesmas atau dinas sosial.

g) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga saat ini berada pada tahap perkembangan dengan usia dewasa, di mana mereka mendampingi pasien menghadapi perubahan fisik dan psikososial serta berusaha menjaga hubungan yang sehat antar anggota keluarga. Namun, keluarga belum sepenuhnya memenuhi tugas perkembangan berupa pengawasan kesehatan dan pendidikan kesehatan pasien, seperti pendampingan rutin terhadap kepatuhan minum obat dan menjaga lingkungan rumah bebas asap rokok. Riwayat kesehatan keluarga inti saat ini menunjukkan bahwa tidak ada anggota keluarga lain yang mengalami penyakit menular atau kronis selain Tn. A.A yang sedang menjalani pengobatan TB paru, dan sebelumnya tidak ditemukan riwayat TB dalam keluarga inti, meskipun beberapa anggota pernah mengalami infeksi saluran pernapasan ringan dan batuk musiman.

h) Fungsi Keluarga

Secara ekonomi, keluarga tergolong cukup; pasien bekerja sebagai petani dan Istri menjual di pasar, sehingga penghasilan mencukupi kebutuhan dasar namun terbatas untuk menunjang pengobatan dan nutrisi optimal. Dalam fungsi sosialisasi, pasien berinteraksi baik dengan sesama. Keluarga memiliki hubungan sosial yang baik dengan tetangga tanpa mengalami stigma terkait TB. Dalam hal

pendidikan, keluarga memiliki pengetahuan dasar tentang TB, namun belum memahami secara menyeluruh pentingnya jadwal rutin dan pengawasan pengobatan karena belum pernah mendapatkan edukasi dari petugas kesehatan. Kegiatan rekreasi jarang dilakukan karena keterbatasan ekonomi dan kondisi pasien yang sakit. Secara religius, keluarga memiliki keyakinan yang kuat dan rutin melaksasikan ibadah sebagai sumber kekuatan spiritual. Fungsi reproduksi berjalan baik, dengan keluarga terdiri dari pasien, istri, dan dua pasien serta satu orang cucu tanpa kendala. Fungsi afeksi berjalan cukup baik, terlihat dari peran aktif pasien dalam merawat pasien dan keterlibatan emosional yang kuat antar anggota keluarga. Dalam hal pemeliharaan kesehatan, keluarga mengetahui bahwa Tn. A.A menderit TB paru, memahami penyebabnya yaitu infeksi kuman yang menular melalui droplet, mengenali gejala seperti batuk, kelelahan, dan penurunan berat badan, serta menyadari faktor yang mempengaruhi kesembuhan seperti kepatuhan minum obat, kondisi rumah, dan kekebalan tubuh; mereka juga memiliki persepsi positif bahwa TB dapat sembuh jika patuh berobat dan bersedia mengikuti anjuran petugas kesehatan.

Keluarga mengetahui bahwa jika TB tidak diobati dengan tuntas dapat menjadi kambuh dan kebal obat, serta merasakan beban waktu dan perhatian untuk memastikan pasien minum obat namun tetap semangat, optimis, dan tidak menyerah. Mereka merasa khawatir akan penularan TB ke anggota lain, tetapi tetap kooperatif dan terbuka terhadap upaya kesehatan. Dalam hal merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga mengetahui cara perawatan seperti pemberian obat rutin dan menjaga kebersihan, memahami penggunaan fasilitas seperti puskesmas dan pentingnya ventilasi. Keluarga juga mengetahui adanya puskesmas dan posyandu sekitar rumah, menyadari manfaat lingkungan sehat, serta memiliki kebersamaan dalam menjaga kebersihan rumah meskipun belum rutin membuka jendela setiap hari. Mereka juga mengetahui pentingnya pencegahan penyakit melalui ventilasi dan larangan merokok di dalam rumah. Keluarga mengetahui dan mampu menjangkau fasilitas kesehatan seperti puskesmas terdekat, menyadari manfaat layanan kesehatan untuk pemantauan dan pengobatan TB secara

gratis, serta memiliki pengalaman yang baik dan merasa terbantu dengan pelayanan petugas kesehatan.

i) Kondisi Rumah dan Lingkungan

Rumah memiliki dua kamar tidur untuk lima orang. Ventilasi cukup namun jendela jarang dIstrika. Terdapat anggota keluarga yang merokok di dalam rumah. Rumah bersih dan akses ke fasilitas kesehatan cukup mudah.

j) Pengobatan pasien Tn.A.A tablet kombinasi FDC (Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid) 3 tablet perhari pemberiannya malam hari yaitu jam 9 malam, 2 jam setelah makan.

k) Skor MMAS-8

Berdasarkan instrumen MMAS-8, Tn. A.A memperoleh skor 2,05, menunjukkan kepatuhan yang rendah.

B. Analisa Data

Tabel 5. Analisa Data Pasien

Pasien 1 Tn. D.K (53 tahun)

No	Data -data	Etiologi	Masalah
<u>1</u>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga Pasien mengatakan pasien mengeluh pusing dan mengantuk setelah minum obat - Keluarga pasien mengatakan nafsu makan menurun sehingga berat badan juga menurun - Keluarga pasien mengatakan pasien minum obat setiap hari , tapi jadwalnya tidak konsisten 	<p>Kurangnya pengetahuan keluarga tentang pengobatan TB, Tidak ada sistem pendukung/kontrol pengobatan dirumah, dan efek samping obat</p>	<p>Ketidakpatuhan (D.0114).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan tidak menggunakan kartu pengawasan minum obat dirumah - Keluarga mengatakan belum pernah mendapat edukasi tentang TB - Keluarga tidak mengetahui durasi pengobatan TB <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB paru, tahap pengobatan fase lanjutan - Pasien tampak lelah dan lesu - Keluarga Tn.D.K tidak memiliki riwayat TB - Warna kulit dan konjungtiva pucat anemis, - Batuk kering, kurang nafsu makan - BB 43kg, TB 165cm: (Status gizi kurang) - Tidak ada sistem pengingat obat alarm yang digunakan - Tidak terdapat kartu pengawasan minum obat 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Skor MMAS-8:2,75 - Ttv :TD:100/70 mmHg, S: 36,6, RR:20X/Menit , N: 70X/menit - 		
--	--	--	--

Pasien 2 Tn A.A (49 tahun)

No	Data- data	Etiologi	Masalah
	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh Lelah dan tidak ada nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan tidak mnggunakan alarm atau sistem pengingat - keluarga pasien mengatakan tidak memiliki kartu pengawasan minu obat dirumah - keluarga mengatakan mengetahui TB menular dan bisa sembuh, namun belum pernah mendapatkan edukasi langsung - keluarga mengatakan ada perokok dirumah, sirkulasi udara 	Kurangnya pengawasan dan control keluarga terhadap terapi, paparan lingkungan tidak mendukung, dan Tidak ada sistem pendukung/kontrol pengobatan dirumah	Keidakpatuhan (D.0114).

	<p>kurang optimal(jendela tidak dIstrika setiap hari)</p> <p>-</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB Paru, tahap pengobatan: fase lanjutan - Skor MMAS-88 :2.05 (Kepatuhan rendah) - Warnah kulit dan konjungtiva puca anemis - Pasien tampak Lelah dan lesuh - Batuk kering, penurunan berat badan,kelelahan - Nafsu makan menuurun - BB 57 kg, TB:163 cm: Status gizi cukup - Tidak ada system pengingat - Tidak ada katu pengawasan minu obat dirumah - TTV: TD: 110/70 mmHg,RR: 20x/mnt,S: 36,0, N: 80x/mnt - Rumah: ventilasi cukup tetapi jendela jarang dIstrika, ada perokok. 		
--	--	--	--

1) Pasien 1: Tn. D.K, Usia 53 Tahun

Berdasarkan hasil pengkajian, Tn. D.K merupakan kepala keluarga usia 53 tahun dengan diagnosis Tuberkulosis Paru yang sedang berada pada tahap fase lanjutan pengobatan. Data subjektif menunjukkan bahwa pasien mengeluh pusing dan mengantuk setelah minum obat dan memiliki nafsu makan yang menurun. Keluarga menyampaikan bahwa pasien minum obat setiap hari, namun tidak pada waktu yang konsisten. Selain itu, keluarga tidak menggunakan kartu pengawasan minum obat di rumah dan belum pernah mendapatkan edukasi mengenai TB, termasuk ketidaktahuan tentang durasi pengobatan.

Secara objektif, pasien tampak lemah dan pusing, dengan tanda fisik berupa konjungtiva anemis, batuk kering, serta berat badan 43 kg dan tinggi badan 165 cm, yang menunjukkan status gizi kurang. Pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 100/70 mmHg, suhu 36,6°C, frekuensi napas 20x/menit, dan nadi 70x/menit. Tidak terdapat sistem pengingat obat seperti alarm dan kartu pengawasan. Skor MMAS-8 yang diperoleh sebesar 2,75, mengindikasikan kepatuhan pengobatan yang rendah.

Riwayat Tidak ada anggota keluarga inti yang sedang menderita TB. menderit TB menunjukkan adanya faktor risiko penularan. Dari keseluruhan data, dapat disimpulkan bahwa ketidakpatuhan pengobatan pada Tn. D.K dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang TB, tidak adanya sistem pengingat atau pengawasan di rumah, serta efek samping obat berupa pusing yang menurunkan kenyamanan pasien saat minum obat. Hal ini sesuai dengan diagnosa keperawatan Ketidakpatuhan (D.0114) yang ditandai dengan kurangnya keterlibatan pasien dan keluarga dalam regimen pengobatan, tidak adanya kontrol atau pengawasan pengobatan di rumah, serta adanya efek samping yang mengganggu keberlangsungan terapi.

2) Pasien 2: Tn. A.A, Usia 49 Tahun

Tn. A.A adalah kepala keluarga berusia 49 tahun yang juga didiagnosis Tuberkulosis Paru dan berada dalam fase lanjutan pengobatan. Dari data subjektif, pasien mengeluh kelelahan dan nafsu makan menurun. Keluarga menyatakan tidak menggunakan alarm atau sistem pengingat dan tidak memiliki kartu pengawasan minum obat di rumah. Meskipun keluarga mengetahui bahwa TB menular dan dapat disembuhkan, mereka belum pernah menerima edukasi langsung dari tenaga kesehatan. Selain itu, keluarga menyebutkan bahwa di dalam

rumah terdapat perokok dan sirkulasi udara kurang optimal karena jendela jarang dibuka.

Secara objektif, dengan konjungtiva normal seperti batuk kering. Berat badan 57 kg dan tinggi badan 163 cm menunjukkan status gizi cukup. Skor MMAS-8 sebesar 2,05 menunjukkan kepatuhan pengobatan yang rendah. Tanda vital berada dalam batas normal: TD 110/70 mmHg, suhu 36,0°C, RR 20x/menit, dan nadi 80x/menit. Lingkungan rumah yang tidak mendukung, seperti adanya paparan asap rokok dan ventilasi yang kurang optimal, serta tidak adanya sistem pengingat atau pengawasan minum obat, turut mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Meskipun pengetahuan keluarga tergolong cukup, kurangnya edukasi langsung dari tenaga kesehatan menyebabkan rendahnya implementasi praktik pengawasan pengobatan di rumah.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ketidakpatuhan pengobatan pada Tn. A.A disebabkan oleh kurangnya pengawasan keluarga, tidak adanya sistem pendukung/kontrol pengobatan di rumah, dan faktor lingkungan yang kurang mendukung. Ini sejalan dengan diagnosa Ketidakpatuhan (D.0114) yang mencakup keterbatasan dalam mendukung keberlanjutan terapi akibat kurangnya kontrol dan pengaruh lingkungan yang tidak kondusif terhadap proses penyembuhan.

C. Diagnosa keperawatan

1. Diagnosa keperawatan pada Tn D.K

Ketidakpatuhan (D.0114) berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan keluarga tentang pengobatan TB, Tidak ada sistem pendukung/kontrol pengobatan dirumah, dan efek samping obat

2. Diagnosa Keperawatan pada Tn. A.A

Ketidakpatuhan (D.0114) berhubungan dengan Kurangnya pengawasan dan control keluarga terhadap terapi, paparan lingkungan tidak mendukung, dan Tidak ada sistem pendukung/kontrol pengobatan dirumah

D. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada dua pasien kepala keluarga dengan Tuberkulosis Paru (Tn.D.K dan Tn.A.A), menggunakan pendekatan intervensi “Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (D.1236)” yang dikombinasikan dengan penerapan 5 tugas keluarga:

Tabel 6. Intervensi keperawatan pada dua pasien kepala keluarga Tuberkulosis Paru

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intevensi Keperawatan (SIKI)
Ketidapatuhan (D.0114)	<p>Luaran utama: Tingkat kepatuhan (L.12110)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x kunjungan rumah diharapkan tingkat kepatuhan meningkat Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan/pengobatan meningkat (5) 2) Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat(5) 3) Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat(5) 4) Perilaku menjalankan anjuran meningkat(5) 5) Resiko komplikasi menurun(5) 6) Tanda dan gejala penyakit menurun(5) 	<p>Intervensi : Dukungan kepatuhan program pengobatan (D.1236)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi awal tingkat kepatuhan pengobatan (MMAS-8) 2) Diskusi dilakukan dengan keluarga untuk mengetahui pola minum obat, hambatan yang di Terapeutik 3) Knowing (Memahami kondisi pasien dan keluarga): Edukasi diberikan dengan menggunakan leaflet 4) Being With (Mendampingi secara emosional): perawat memberikan motivasi secara langsung 5) Doing For (Melakukan sesuatu untuk pasien):

		<p>Perawat membantu langsung mengatur alarm</p> <p>6) Enabling (Memberdayakan): Perawat melatih langsung cara mengisi kartu pengawasan minum obat</p> <p>Edukasi</p> <p>7) Pendidikan kesehatan dengan leaflet dilakukan pada kedua keluarga. Materi meliputi pengertian TB, cara penularan, risiko bila tidak tuntas berobat, efek samping obat, dan durasi pengobatan.</p> <p>8) Pelatihan cara mengisi kartu pengawasan minum obat</p>
--	--	---

a. Observasi

- 1) Identifikasi awal terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien dengan menggunakan kuesioner MMAS-8, serta observasi langsung perilaku minum obat harian. Hasil menunjukkan kedua pasien memiliki skor kepatuhan rendah.
- 2) Diskusi dilakukan dengan keluarga untuk mengetahui pola minum obat, hambatan yang dihadapi (misalnya lupa memberi obat, tidak adanya pengingat, efek samping), dan peran keluarga dalam proses pengobatan.

b. Terapeutik

- 1) Pembuatan komitmen pengobatan: Perawat memfasilitasi sesi tatap muka dengan istri untuk menyusun komitmen tertulis menjalani pengobatan sampai tuntas. Istri pasien diminta menyatakan kesediaan mendampingi pasien secara aktif
- 2) Penyusunan jadwal pendampingan keluarga: Bila memungkinkan, dIstriat jadwal sederhana bersama keluarga untuk bergantian memastikan pasien minum obat sesuai jadwal, dengan keterlibatan istri, pasien.
- 3) Dokumentasi aktivitas: Dilatih pencatatan sederhana harian penggunaan kartu pengawasan minum obat sebagai dokumentasi kepatuhan.
- 4) Diskusi hambatan dan dukungan: Dilakukan diskusi mendalam mengenai tantangan seperti rasa pusing pasien setelah minum obat (Tn.D.K), dan adanya perokok dalam rumah (Tn.A.A). Diberikan solusi praktis seperti minum obat setelah makan dan buka ventilasi lebih rutin.
- 5) Keterlibatan keluarga: Mengajak keluarga (khususnya istri Tn.D.K dan istri Tn.A.A) untuk mendampingi pasien secara konsisten dan ikut serta mengingatkan serta memberi semangat kepada pasien.

c. Edukasi

- 1) Pendidikan kesehatan dengan leaflet dilakukan pada kedua keluarga. Materi meliputi pengertian TB, cara penularan, risiko bila tidak tuntas berobat, efek samping obat, dan durasi pengobatan.
- 2) Pelatihan cara mengisi kartu pengawasan minum obat dilakukan tatap muka dengan contoh langsung dan praktik menuliskan waktu pemberian obat harian.

d. Pendampingan lima tugas keluarga

- 1) Maintaining Believe (Menjaga Keyakinan): pertama, perawat menegaskan pada istri (Tn.G.T) dan istri (Tn.A.A) bahwa

mereka mampu dan layak menjadi pendukung utama dalam pengobatan suami mereka. Kalimat afirmatif digunakan seperti, "Bapak/Istri sudah melakukan yang terbaik. Saya percaya, Bapak/Istri mampu mendampingi pasien hingga sembuh."

- 2) **Knowing** (Memahami kondisi pasien dan keluarga): Edukasi diberikan dengan menggunakan leaflet yang visual dan menarik, agar mudah dipahami oleh istri dan pasien. Perawat juga menyimak dan memahami konteks sosial-ekonomi keluarga, dan menyampaikan materi edukasi dengan empati dan kesabaran.
- 3) **Being With** (Mendampingi secara emosional): Selain kunjungan langsung, perawat melakukan motivasi secara langsung pukul 07:00 pagi, seperti: "Tetap semangat Pasien dan Istri! Kepatuhan dalam memberikan obat kepada pasien adalah kunci kesembuhan. Setiap dosis membawa pasien selangkah lebih dekat menuju kesehatan. Semangat, bersama kita bisa melawan TB!"
- 4) **Doing For** (Melakukan sesuatu untuk pasien): Perawat membantu langsung mengatur alarm pengingat minum obat di HP istri,
- 5) **Enabling** (Memberdayakan): Perawat melatih langsung cara mengisi kartu pengawasan minum obat Kartu ditaruh di tempat yang mudah diakses oleh istri (untuk Tn.D.K) dan istri (untuk Tn.A.A).

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 7. Implementasi Keperawatan

Hari /tanggal	Jam	Pasien	Implementasi	Hasil respon
Kunjungan 1	09:00-10:30	Tn. D.K	1. Mengobservasi Perilaku minum obat,wawancara	a. Skor awal (MMAS-8 2,75)

Rabu, 25 Juni 2025			<p>istri, mengisi MMAS-8</p> <p>2. Knowing: edukasi menggunakan leaflet kepatuhan pengobatan pada keluarga pasien dengan Tuberkulosis</p> <p>3. Maintaining belief: memberikan motivasi bahwa mereka mampu menjadi pendukung utama suami dalam pengobatan</p> <p>4. Enabling: Melatih pengisian kartu pengawasan minum obat dirumah</p>	<p>b. Istri kooperatif, memahami penjelasan,</p> <p>c. menyatakan siap mendampingi pasien</p> <p>d. istri mulai mengisi dengan tertib setiap hari</p>
Kunjungan 1 Rabu, 25 Juni 2025	10:30- 11:30	Tn. A.A	<p>1. Mengobservasi Perilaku minum obat, wawancara istri, mengisi MMAS-8</p> <p>2. Knowing: edukasi menggunakan leaflet kepatuhan pengobatan pada keluarga pasien dengan Tuberkulosis</p> <p>3. Maintaining belief: memberikan motivasi bahwa mereka mampu menjadi pendukung</p>	<p>1. Skor awal (MMAS-8 2,05)</p> <p>2. Istri mulai, memahami penjelasan,</p> <p>3. Istri semangat dan menyatakan siap bantu pasien minum obat setiap hari</p>

			utama pasien dalam pengobatan 4. Enabling: Melatih pengisian kartu pengawasan minum obat dirumah	4. Istri mulai mengisi dengan tertib setiap hari
Kunjungan 2 Kamis, 26 Juni 2025,	08:00 09:00	Tn. D.K	1. Being with :Memberikan dukungan emosional dan motivasi melalui percakapan langsung dan motivasi pagi 2. Doing For: Membantu mengatur alarm di hp pukul 21:00 sebagai pengingat minum obat	a. istri membalas dengan semangat dan rasa terima kasih Istri merasa lebih percaya diri. b. istri merasa terbantu dan mengaktifkan alarm rutin
Kunjungan 2 Kamis, 26 Juni 2025,	09:30 10:30	Tn. A.A	1. Being with :Memberikan dukungan emosional dan motivasi melalui percakapan langsung dan motivasi pagi 2. Membantu mengatur alarm di hp pukul 21:00 sebagai pengingat minum obat	1. istri merasa dihargai dan tambah semangat mendampingi 2. istri catat jadwal minum obat
Kunjungan 3 Jumat, 27 Juni 2025	08:00-09:00	Tn. D.K	1. mendiskusikan keluhan pusing: solusi, mengubah jadwal minum obat menjadi malam	1. istri lebih tenang, pasien tidak lagi menolak obat

			<p>hari,minum obat 2 jam setelah makan atau bersama makanan ringan seperti biscuit atau roti.</p> <p>2. penguatan komitmen dan cek kartu pengawasan</p>	2. Kartu diisi lengkap 3 hari terakhir
Kunjungan 3 Jumat,27 Juni 2025	9:30-10:30	Tn. A.A	<p>2. mendiskusikan perokok dirumah ,disarankan agar merokok diluar rumah dan buka jendela lebih sering di pagi dan sore hari</p> <p>3. evaluasi kartu, pasien rutin minum obat</p>	<p>1. pasien setuju dan memahami</p> <p>2. Kartu diisi lengkap 3 hari terakhir</p>
Kunjungan 4 Senin ,30 Juni 2025	08:00	Tn. D.K	<p>1. mengobservasi kartu pengawasan minum obat, Peran keluarga, Pemahaman tentang TB, Dukungan emosional, Pemberian edukasi dan Penggunaan pengingat obat</p> <p>2. mengisi MMAS-8 akhir</p>	<p>1. Kepatuhan meningkat signifikan. istri akan aktif memantau dan mendukung pasien,</p> <p>2. skor MMAS-8 (8,75)</p>
Kunjungan 4 Senin ,30 Juni 2025	09:00	Tn. A.A	1. mengobservasi kartu pengawasan minum obat, Peran keluarga,	1. Kepatuhan meningkat signifikan

			Pemahaman tentang TB, Dukungan emosional, Pemberian edukasi dan Penggunaan pengingat obat 2. mengisi kuesioner MMAS-8 akhir	n.istri akan aktif memantau dan mendukung pasien 2. Skor MMAS-8 (8,05)
--	--	--	--	---

Proses implementasi diawali pada tanggal 24 Juni 2025, dengan melakukan kunjungan awal ke rumah pasien untuk menjalin hubungan, menjelaskan tujuan kegiatan, serta memperoleh persetujuan tertulis (informed consent) dari keluarga pasien. Edukasi awal diberikan secara informal untuk membangun kepercayaan serta kesiapan istri sebagai pendamping utama pengobatan pasien.

Selanjutnya, pada kunjungan pertama tanggal 25 Juni 2025, dilakukan observasi terhadap perilaku minum obat pasien dan wawancara dengan istri masing-masing. Edukasi menggunakan leaflet mengenai kepatuhan pengobatan TB pasien disampaikan secara verbal dan visual (knowing), serta dilakukan pengisian awal kuesioner MMAS-8. Hasil skor awal menunjukkan kepatuhan yang rendah, yaitu 2,75 untuk Tn. D.K dan 2,05 untuk Tn. A.A. Edukasi ditindaklanjuti dengan penguatan keyakinan (maintaining belief) bahwa istri memiliki peran penting dalam keberhasilan pengobatan pasien, disertai pelatihan pengisian kartu pengawasan minum obat sebagai media pendamping (enabling). Respon yang ditunjukkan sangat positif: kedua istri menyatakan kesediaannya untuk menjadi pendamping aktif dan mulai mengisi kartu dengan tertib.

Pada kunjungan kedua tanggal 26 Juni 2025, intervensi lebih ditekankan pada aspek dukungan emosional dan praktis. Peneliti memberikan motivasi pagi secara langsung sebagai bentuk kehadiran emosional (being with). Selain itu, dilakukan bantuan teknis berupa pengaturan alarm harian di ponsel istri untuk mengingatkan waktu minum obat pasien (doing for). Respon keluarga menunjukkan peningkatan semangat, rasa dihargai, serta penggunaan alarm secara rutin sebagai pengingat.

Kunjungan ketiga dilakukan pada 27 Juni 2025. Pada kunjungan ini, fokus diarahkan pada pemecahan masalah individu yang dihadapi

masing-masing keluarga. Istri Tn. D.K mengeluhkan pusing pada pasien saat minum obat, sehingga disarankan untuk mengubah waktu minum obat ke malam hari atau disertai makanan ringan. Sementara itu, pada keluarga Tn. A.A, ditemukan adanya kebiasaan merokok di dalam rumah. Peneliti memberikan edukasi tentang risiko paparan asap rokok terhadap TB dan menyarankan perubahan perilaku. Evaluasi kartu pengawasan menunjukkan konsistensi pengisian selama tiga hari berturut-turut dan meningkatnya rasa percaya diri keluarga dalam mendampingi pasien.

Kunjungan keempat sekaligus penutup dilakspasienan pada 30 Juni 2025, dengan melakukan evaluasi menyeluruh terhadap aspek edukasi, keterlibatan keluarga, pengisian kartu pengawasan, dan penggunaan alat bantu seperti alarm. Pada tahap ini, dilakukan pengisian ulang kuesioner MMAS-8 untuk menilai perubahan kepatuhan. Hasil menunjukkan peningkatan yang signifikan: Tn. D.K mencapai skor 8,75, sedangkan Tn. A.A mencapai skor 8,05. Kedua keluarga menunjukkan komitmen untuk terus mendampingi pasien hingga pengobatan selesai, serta menyampaikan rasa terima kasih atas pendampingan yang diberikan selama proses intervensi.

F. Evaluasi keperawatan

1) Evaluasi Keperawatan Hari ke-1 (Rabu, 25 Juni 2025)

Pada hari pertama, dilakukan kunjungan ke rumah Tn. D.K dan Tn. A.A. Evaluasi awal menunjukkan bahwa kedua pasien memiliki tingkat kepatuhan minum obat yang rendah berdasarkan skor MMAS-8, yaitu 2,75 untuk Tn. D.K dan 2,05 untuk Tn. A.A. Istri dari Tn. D.K menyampaikan bahwa pasien sering menolak minum obat, sementara istri dari Tn. A.A belum .kkkmemahami sepenuhnya pentingnya keteraturan pengobatan.

Setelah dilakukan edukasi menggunakan leaflet mengenai pentingnya kepatuhan pengobatan Tuberkulosis, serta pelatihan pengisian kartu pengawasan minum obat, terlihat perubahan positif dari kedua istri. Istri Tn. D.K dan istri Tn. A.A menyatakan siap mendampingi pasien dalam pengobatan dan mulai mengisi kartu pengawasan dengan tertib setiap hari. Respons yang ditunjukkan sangat baik, keduanya kooperatif dan antusias dalam menerima edukasi.

2) Evaluasi Keperawatan Hari ke-2 (Kamis, 26 Juni 2025)

Pada hari kedua, pendekatan yang digunakan berfokus pada dukungan emosional dan bantuan teknis kepada keluarga. Melalui komunikasi langsung di pagi hari, diberikan motivasi kepada istri

Tn. D.K dan istri Tn. A.A. Respon yang diberikan sangat positif. Istri Tn. D.K merasa lebih percaya diri dan terbantu dengan adanya dukungan serta pengingat waktu minum obat.

Intervensi teknis juga dilakukan dengan mengatur alarm di ponsel masing-masing keluarga pada pukul 21.00 (D.K) dan 21.00 (A.A) sebagai pengingat waktu minum obat. Istri dan pasien menyambut baik langkah ini. Istri Tn. A.A mencatat jadwal minum obat secara manual, menunjukkan keterlibatan aktif. Dukungan yang diberikan berhasil memperkuat semangat dan keterlibatan keluarga dalam pengobatan pasien.

3) Evaluasi Keperawatan Hari ke-3 (Jumat, 27 Juni 2025)

Pada hari ketiga, fokus evaluasi diarahkan pada kendala dalam proses pengobatan dan penyesuaian lingkungan rumah. Istri Tn. D.K mengeluhkan suami mengalami mual setelah minum obat, sehingga beberapa kali menolak. Diberikan edukasi untuk mengubah waktu pemberian obat ke malam hari serta menyarankan konsumsi obat bersama makanan ringan seperti roti atau biskuit. Setelah diterapkan, Istri melaporkan bahwa suami tidak lagi menolak obat, dan kartu pengawasan telah terisi lengkap selama tiga hari terakhir.

Sementara itu, pada Tn. A.A ditemukan adanya masalah paparan asap rokok di rumah. Edukasi diberikan kepada pasien agar aktivitas merokok dilakukan di luar rumah serta mendorong ventilasi rumah diIstrika lebih sering. Pasien menerima saran dengan baik dan menyatakan siap melakspasienan. Evaluasi kartu pengawasan menunjukkan bahwa pasien rutin minum obat, dan pencatatan telah dilakukan secara lengkap.

4) Evaluasi Keperawatan Hari ke-4 (Senin , 30 Juni 2025)

Pada kunjungan keempat yang merupakan fase evaluasi akhir, dilakukan peninjauan menyeluruh terhadap keterlibatan keluarga dalam mendampingi pengobatan pasien serta pengukuran ulang tingkat kepatuhan dengan instrumen MMAS-8. Kegiatan meliputi observasi kartu pengawasan minum obat, pemahaman keluarga tentang Tuberkulosis, pemanfaatan pengingat obat (alarm), serta dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga.

Pada Tn. D.K, istri menunjukkan keterlibatan aktif. Kartu pengawasan telah diisi lengkap dan terpantau pasien minum obat secara teratur. Istri mampu menjelaskan kembali pentingnya kepatuhan dalam pengobatan TB dan menyatakan komitmen untuk terus mendampingi hingga pengobatan tuntas. Skor MMAS-8 akhir

meningkat signifikan menjadi 8,75, menandakan perbaikan drastis dari skor awal yang hanya 2,75.

Sementara itu, pada Tn. A.A, istri juga menunjukkan tanggung jawab penuh dalam mendampingi pasien. Edukasi yang diberikan sebelumnya telah diterapkan dengan baik, termasuk pengaturan alarm dan upaya menciptakan lingkungan rumah yang lebih sehat. Kartu pengawasan terisi lengkap dan terpantau keteraturan minum obat pasien meningkat. Skor MMAS-8 akhir meningkat menjadi 8,05, jauh lebih tinggi dari skor awal yaitu 2,05.

Secara keseluruhan, pendekatan kartu leaflet yang diterapkan melalui lima dimensi (knowing, being with, doing for, enabling, dan maintaining belief) berhasil meningkatkan pemahaman, keterlibatan, dan motivasi keluarga dalam mendukung kepatuhan pengobatan pasien dengan Tuberkulosis. Evaluasi hari keempat memperkuat hasil bahwa intervensi ini efektif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada kedua pasien.

4.2 PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal yang sangat penting dalam proses asuhan keperawatan, karena menjadi dasar dalam penetapan diagnosis keperawatan yang akurat. Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan data subjektif dan objektif secara menyeluruh, untuk menggambarkan kondisi pasien serta menentukan intervensi yang tepat (Potter & Perry, 2021).

Tuberkulosis (TB) pada pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius, terutama jika tidak diikuti dengan kepatuhan pengobatan yang baik. Menurut WHO (2020), keberhasilan terapi TB pada pasien sangat ditentukan oleh kepatuhan minum obat, dukungan keluarga, status gizi, dan kondisi lingkungan. Dalam studi ini, dua pasien orang dewasa (Tn. D.K dan Tn. A.A) berada pada tahap awal pengobatan TB namun menunjukkan skor kepatuhan rendah berdasarkan instrumen MMAS-8, yakni 2,75 dan 2,5. Skor ini menunjukkan bahwa keduanya berada dalam kategori ketidakpatuhan tinggi (Morisky et al., 2008).

Kepatuhan minum obat sangat erat kaitannya dengan edukasi keluarga, pengawasan pengobatan, dan dukungan sistemik. Dalam kasus ini, kedua pasien mengonsumsi OAT setiap hari, namun tidak teratur dan tanpa pengingat seperti alarm atau kartu pengawasan minum obat (KPMO). Keluarga belum pernah menerima edukasi dari petugas kesehatan, sehingga pengetahuan mereka tentang durasi dan pentingnya pengobatan belum memadai. Menurut Notoatmodjo (2014), pengetahuan merupakan determinan

utama sikap dan perilaku sehat, termasuk kepatuhan pengobatan. Kurangnya edukasi ini menjadi salah satu akar masalah ketidakpatuhan kedua pasien.

Dari aspek gizi, keduanya mengalami status gizi kurang berdasarkan indikator BB/TB. Infeksi TB menyebabkan penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, dan kebutuhan energi yang meningkat (Kemenkes RI, 2023). Tn. D.K bahkan mengalami mual akibat efek samping obat. Status gizi yang buruk memperburuk kondisi klinis dan menghambat pemulihan, serta menjadi salah satu faktor risiko kekambuhan dan resistensi obat.

Lingkungan fisik rumah cukup baik, dengan ventilasi mencukupi dan tanpa perokok. Namun, hanya keluarga Tn. D.K yang rutin membuka jendela setiap hari. Pencegahan penularan TB memerlukan sirkulasi udara yang baik, sanitasi memadai, serta kesadaran keluarga akan pentingnya menjaga lingkungan rumah (Depkes RI, 2021). Dukungan keluarga merupakan faktor penting lain dalam kepatuhan pasien, khususnya dalam kasus penyakit kronis. Teori penerapan lima tugas keluarga (1991) menekankan pentingnya kehadiran, pemahaman, dan pemberian informasi oleh perawat dan keluarga. Dalam studi ini, peran Istri (istri Tn. D.K dan Istri Tn. A.A) cukup aktif dalam mengawasi pasien minum obat. Namun, keterlibatan tersebut belum dilengkapi dengan pemahaman yang memadai dan belum didukung oleh sistem monitoring resmi. Dukungan emosional juga belum optimal, terutama pada Tn. D.K yang mengalami stigma sosial dari lingkungan sekitar.

Secara fungsional, kedua keluarga belum sepenuhnya menjalankan tugas perkembangan keluarga, terutama dalam hal pendidikan kesehatan pasien, pemeliharaan kesehatan, dan rekreasi bersama. Berdasarkan teori Duvall & Miller (2010), keluarga dengan usia dewasa memiliki peran penting dalam pembentukan perilaku sehat dan dukungan psikososial. Dalam studi ini, fungsi keluarga dalam bidang afeksi dan religius masih berjalan, namun belum digunakan sebagai kekuatan untuk memotivasi pasien menjalani pengobatan.

Berdasarkan semua aspek yang telah dibahas, dapat disimpulkan bahwa ketidakpatuhan pengobatan pada kedua pasien dipengaruhi oleh kombinasi faktor: rendahnya pengetahuan dan edukasi keluarga, status gizi yang buruk, kurangnya dukungan emosional dan spiritual, fungsi keluarga yang belum optimal, dan sistem pengawasan yang belum berjalan. Intervensi keperawatan holistik yang mengintegrasikan pendekatan edukatif, penguatan fungsi keluarga, perbaikan status gizi, dan penerapan lima tugas keluarga sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan dan hasil pengobatan TB pada pasien (Swanson (1991)

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Ketidakpatuhan (D.0114) ditetapkan pada Tn. D.K dan Tn. A.A berdasarkan kriteria dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), yang mengidentifikasi ketidakpatuhan sebagai kondisi ketika individu tidak mengikuti anjuran atau rencana pengobatan yang telah disepakati, ditunjukkan oleh data subjektif seperti pernyataan istri bahwa pasien sering lupa minum obat, menghentikan obat ketika gejala membaik, serta mengaku tidak tahu waktu pasti pemberian obat, yang diperkuat dengan hasil penilaian MMAS-8 yang menunjukkan tingkat kepatuhan sangat rendah (D.K = 2,75; A.A = 2,25), sementara data objektif menunjukkan tidak adanya sistem pendukung di rumah, pengawasan keluarga yang lemah, dan lingkungan fisik yang tidak kondusif seperti rumah sempit dengan ventilasi buruk, di mana semua faktor ini telah diidentifikasi dalam berbagai studi sebagai determinan utama ketidakpatuhan pengobatan TB (Morisky et al., 2008; WHO, 2021); secara teoritis, hal ini juga sejalan dengan pendekatan penerapan lima tugas keluarga yang menekankan pentingnya peran keluarga dalam tahap "enabling" dan "doing for" sebagai upaya mendampingi individu menuju pemenuhan kesehatan secara optimal, sehingga berdasarkan keseluruhan analisis data dan teori, dapat disimpulkan bahwa penyebab ketidakpatuhan pada kedua pasien tersebut berkaitan erat dengan kurangnya pengetahuan keluarga, tidak adanya sistem kontrol di rumah, pengaruh lingkungan yang tidak mendukung, dan efek samping obat, yang membutuhkan intervensi keperawatan komprehensif melalui edukasi, dukungan keluarga, dan penguatan sistem kontrol terapi di rumah agar keberhasilan pengobatan TB pasien dapat tercapai secara optimal.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi dilakukan berdasarkan diagnosis Ketidakpatuhan (D.0114) menurut SDKI, yang ditandai perilaku tidak konsisten dalam mengikuti rencana pengobatan (PPNI, 2018). Hasil MMAS-8 menunjukkan kedua pasien memiliki skor kepatuhan rendah (D.K = 2,75; A.A = 2,25), mengindikasikan kepatuhan yang buruk (Morisky et al., 2008). Penyebabnya antara lain

kurangnya pengingat, efek samping obat, dan minimnya keterlibatan keluarga (WHO, 2021).

Pendekatan “Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan” (I.1236) digunakan untuk meningkatkan keterlibatan keluarga dan struktur pengobatan di rumah (PPNI, 2018). Komitmen tertulis dan jadwal pendampingan diIstriat bersama istri untuk memperkuat tanggung jawab dalam pengobatan pasien (Kemenkes RI, 2023). Edukasi dilakukan dengan leaflet bergambar, membahas TB, durasi terapi, efek samping, dan pentingnya minum obat rutin (Notoatmodjo, 2012; Kemenkes RI, 2020).

Terapi juga dikombinasikan dengan penerapan lima tugas keluarga, yang terdiri dari lima dimensi: *maintaining belief*, *knowing*, *being with*, *doing for*, dan *enabling* (Swanson, 1991). Afirmasi positif diberikan untuk meningkatkan kepercayaan diri Istri (Swanson, 1993). Edukasi disampaikan dengan empati dan bahasa sederhana, disesuaikan dengan kondisi sosial keluarga. Dukungan emosional diberikan melalui kunjungan dan motivasi secara langsung pada pagi hari. Perawat membantu mengatur alarm obat dan melatih pengisian kartu pengawasan (WHO, 2021). Kartu ini ditaruh di tempat strategis agar mudah digunakan istri (Kemenkes RI, 2023).

Analisis menunjukkan pendekatan ini mampu meningkatkan pemahaman, tanggung jawab, dan keterlibatan keluarga dalam pengobatan TB pasien. Kesimpulannya, kombinasi edukasi, dukungan keluarga, dan pendekatan penerapan lima tugas keluarga efektif dalam memperbaiki kepatuhan pengobatan TB pada pasien (Swanson, 1991; PPNI, 2018; WHO, 2021).

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. D.K dan TAn. A.A dilakspasienan melalui empat kali kunjungan rumah yang terstruktur dari tanggal 24–30 Juni 2025 dengan mengintegrasikan pendekatan edukatif dan teori penerapan lima tugas keluarga, yang secara bertahap menunjukkan efektivitas dalam meningkatkan kepatuhan minum obat Tuberkulosis pasien. Teori penerapan lima tugas keluarga yang terdiri dari lima komponen utama—*knowing*, *being with*, *doing for*, *enabling*, dan *maintaining belief*—digunakan sebagai kerangka untuk membangun hubungan empatik antara perawat, pasien, dan keluarga dalam

konteks perawatan jangka panjang (Swanson, 1991). Pada tahap awal implementasi, dilakukan observasi langsung dan edukasi informal kepada keluarga mengenai tujuan intervensi dan pentingnya peran keluarga dalam mendukung pengobatan pasien, yang sesuai dengan prinsip knowing, yakni memahami kondisi dan harapan individu secara menyeluruh (Swanson, 1991; Notoatmodjo, 2014).

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa kedua pasien memiliki skor kepatuhan yang sangat rendah berdasarkan kuesioner MMAS-8, yaitu 2,75 untuk Tn. D.K dan 2,05 untuk Tn. A.A, yang mengindikasikan perlunya pendekatan khusus untuk meningkatkan adherence (Morisky et al., 2008). Oleh karena itu, perawat memberikan edukasi visual menggunakan lembar balik, melatih pengisian kartu pengawasan, dan membantu keluarga mengidentifikasi hambatan, yang selaras dengan komponen enabling dan doing for dalam teori penerapan lima tugas keluarga. Misalnya, perawat membantu istri mengatur alarm pengingat harian di ponsel dan menjadwalkan pendampingan keluarga secara bergantian agar pasien tidak lupa minum obat. Pendekatan ini didukung oleh bukti bahwa intervensi berbasis pengingat dan pelibatan keluarga efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan TB pasien (Alipanah et al., 2018; WHO, 2020).

Analisis dari setiap kunjungan menunjukkan progres yang bermakna. Pada kunjungan kedua, dilakukan dukungan emosional (being with) melalui motivasi verbal dan kunjungan langsung pagi hari yang secara psikologis memperkuat keterlibatan keluarga, sementara hambatan individual seperti mual pasca minum obat pada Tn. D.K berhasil diatasi dengan edukasi penyesuaian waktu dan cara pemberian obat. Pada kunjungan ketiga, intervensi difokuskan pada faktor lingkungan, seperti kebiasaan merokok di rumah pada kasus Tn. A.A, yang dijelaskan dapat memperburuk kondisi TB pasien dan menurunkan efektivitas terapi, sejalan dengan temuan WHO bahwa paparan asap rokok berkontribusi terhadap keberhasilan pengobatan yang buruk (WHO, 2020; Kemenkes RI, 2021).

Akhirnya, kunjungan keempat menunjukkan hasil yang signifikan. Evaluasi menggunakan MMAS-8 mengindikasikan lonjakan skor kepatuhan

menjadi 8,75 (Tn. D.K) dan 8,05 (Tn.A.A), yang dikategorikan sebagai tingkat kepatuhan tinggi (Morisky et al., 2008). Kesimpulan dari hasil implementasi ini menunjukkan bahwa kombinasi teori caring Swanson dan intervensi edukatif yang menyentuh aspek emosional, kognitif, dan teknis dalam pendampingan keluarga terbukti efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien dengan Tuberkulosis, terutama ketika dilakukan secara konsisten, terstruktur, dan disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap keluarga (Swanson, 1991; Alipanah et al., 2018; WHO, 2020; Kemenkes RI, 2021; Morisky et al., 2008; Notoatmodjo, 2014).

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Tn. D.K dan Tn.A.A dilakukan selama empat hari intervensi dengan pendekatan teori penerapan lima tugas keluarga dan strategi edukatif berupa edukasi, penguatan motivasi, serta penggunaan alat bantu seperti kartu pengawasan dan alarm. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan signifikan pada kepatuhan pengobatan berdasarkan skor MMAS-8 serta peningkatan keterlibatan keluarga dalam proses pengobatan pasien.

Pada Tn. D.K, hasil evaluasi menunjukkan perubahan perilaku yang konsisten sejak hari pertama. Istri pasien yang awalnya melaporkan penolakan pasien terhadap obat, menjadi lebih aktif setelah diberikan edukasi dan pelatihan pengisian kartu pengawasan. Penyesuaian waktu minum obat dan saran pemberian obat bersama makanan ringan juga berhasil mengatasi keluhan mual yang dialami pasien. Penggunaan alarm pukul 06.00 WITA dan komunikasi harian memperkuat kepatuhan. Pada hari keempat, skor MMAS-8 meningkat dari 2,75 menjadi 8,75, dan Istri mampu menjelaskan kembali tujuan serta manfaat kepatuhan pengobatan (Kementerian Kesehatan RI, 2021; Morisky et al., 2008).

Sementara itu, pada Tn.A.A, tantangan awal berupa kurangnya pemahaman Pasien mengenai pentingnya keteraturan pengobatan dan adanya paparan asap rokok di lingkungan rumah berhasil diatasi melalui pendekatan edukatif dan emosional. Edukasi tentang bahaya paparan asap rokok serta pelibatan Pasien dalam pencatatan manual dan pengaturan alarm pada pukul 06.30 WITA meningkatkan partisipasi keluarga secara signifikan. Skor

MMAS-8 meningkat dari 2,05 menjadi 8,05 pada evaluasi hari keempat, mencerminkan perbaikan perilaku kepatuhan yang nyata (Mulyani et al., 2022; WHO, 2020).

Jika dibandingkan, kedua pasien menunjukkan respons positif terhadap intervensi yang dilakukan, namun tingkat perbaikan paling optimal terlihat pada Tn. D.K yang memperoleh peningkatan skor MMAS-8 sebesar 6 poin dan menunjukkan konsistensi dalam pengisian kartu pengawasan. Hal ini memperlihatkan bahwa intervensi dengan penerapan lima tugas keluarga penerapan lima tugas keluarga efektif dalam meningkatkan keterlibatan emosional, pengetahuan, dan motivasi keluarga dalam pengobatan TB pasien (Swanson, 1991; Pratiwi & Nurhidayati, 2021).

Dengan demikian, hasil evaluasi menunjukkan bahwa implementasi penerapan lima tugas keluarga yang menyentuh aspek knowing, being with, doing for, enabling, dan maintaining belief secara komprehensif mampu meningkatkan kepatuhan minum obat secara signifikan pada kedua pasien. Intervensi ini direkomendasikan untuk dilanjutkan dan disesuaikan dengan karakteristik keluarga agar hasil pengobatan jangka panjang lebih optimal (Depkes RI, 2021; Nasution & Maharani, 2023).

4.3 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan dengan semaksimal mungkin sesuai dengan tujuan dan prosedur yang telah dirancang. Namun, peneliti menyadari adanya beberapa keterbatasan yang dapat memengaruhi ruang lingkup hasil penelitian, yaitu sebagai berikut:

1. Jumlah Subjek Penelitian yang Terbatas

Penelitian ini hanya melibatkan dua keluarga pasien TBC yang berada di wilayah kerja Puskesmas Oesapa. Jumlah responden yang terbatas ini belum dapat menggambarkan secara menyeluruh penerapan lima tugas pemeliharaan kesehatan keluarga pada seluruh keluarga pasien TBC di wilayah tersebut.

2. **Waktu Intervensi yang Relatif Singkat**

Edukasi dan pendampingan hanya dilakukan selama tujuh hari, sehingga perubahan perilaku keluarga masih berada pada tahap awal. Perlu waktu lebih lama untuk mengamati perubahan jangka panjang dalam praktik pemeliharaan kesehatan keluarga.

3. **Kondisi Lingkungan dan Sosial yang Berbeda**

Lingkungan tempat tinggal serta latar belakang pendidikan dan ekonomi keluarga yang berbeda memengaruhi cara mereka menerima dan mengimplementasikan informasi yang diberikan. Hal ini menjadi tantangan dalam penyampaian materi edukasi secara merata dan efektif.

4. **Keterbatasan Akses dan Dukungan Logistik**

Peneliti menghadapi beberapa kendala teknis selama pelaksanaan edukasi di rumah responden, seperti keterbatasan alat bantu, waktu kunjungan yang harus disesuaikan dengan aktivitas keluarga, serta jarak antar rumah pasien yang cukup berjauhan.

5. **Ketergantungan pada Kejujuran Jawaban Responden**

Pengumpulan data melalui wawancara dan kuisioner sangat bergantung pada keterbukaan dan kejujuran responden. Ada kemungkinan terjadi bias informasi apabila responden merasa malu atau takut memberikan jawaban yang sebenarnya.

Meskipun terdapat keterbatasan-keterbatasan tersebut, peneliti berupaya untuk tetap menjalankan proses pengumpulan data secara maksimal, obyektif, dan sesuai dengan kaidah etika penelitian. Diharapkan hasil penelitian ini tetap memberikan kontribusi positif terhadap peningkatan peran keluarga dalam perawatan pasien TBC.