

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN SALAH SATU
ANGGOTA MENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS DURENAN TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

DIMAS GAMA PRADITYA

NIM. P17240223041



**PRODI D3 KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
KAMPUS V TRENGGALEK
Tahun Akademik 2024/2025**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dimas Gama Praditya

NIM : P17240223041

Prgram Studi : D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang Kampus V Trenggalek.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang kemudian saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Pembimbing,

Yang Membuat Pernyataan

Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep
NIP. 919811111 20190 1 201

Dimas Gama Praditya
NIM. P17240223041

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Dimas Gama Praditya (P17240223041) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Keluarga dengan salah satu anggota mengalami Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Durenan Trenggalek”** , telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek,
Pembimbing,

Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep
NIP. 919811111 20190 1 201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Dimas Gama Praditya (P17240223041) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Keluarga pada salah satu anggota keluarga mengalami Tuberculosis Paru”**, telah diperiksa dan disetujui pada

Ketua Penguji

Anggota Penguji

Ns. Elok Yulidaningsih, S. Kep., M. Kep
NIP. 919840706 20190 1 201

Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep
NIP. 919811111 20190 1 201

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197608102002122001

CURICULUM VITAE

Nama : DIMAS GAMA PRADITYA
Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 16 Agustus 2003
Agama : Islam
Alamat : Dsn. Telan, Rt.17 Rw.06 Ds.
Ngadisuko, Kec.Durenan, Kab.
Trenggalek, Prop. Jawa Timur



Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 1 Ngadisuko lulus tahun 2015
2. SMPN 1 Durenan lulus tahun 2019
3. SMAN 1 Durenan lulus tahun 2021
4. POLKESMA Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek 2022 – 2025

MOTTO

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Sesungguhnya
sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

LEMBAR PERSEMBAHAN

Syukur Alhamdulillah selalu saya panjatkan kepada Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya saya bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat waktu. Saya persembahkan karya tulis ini untuk Orang Tersayang.

Terimakasih banyak saya ucapkan untuk Ibu, Ayah, Kakak, Adik, Nenek, Kakek, dan seluruh keluarga yang selalu mendukung dan mendoakan saya. Tanpa kalian aku bukan apa-apa. Dan karena kalian lah aku bisa sekuat ini dan bisa membuat sedikit senyum di wajah kalian.

Seluruh Dosen Poltekkes Malang Kampus V Trenggalek Terimakasih juga saya sampaikan kepada seluruh bapak dan ibu dosen beserta semua staf di Kampus V Trenggalek yang telah membantu saya dan telah membimbing saya selama 3 Tahun.

Untuk Ibu Dewi Wulandari saya ucapkan terima kasih banyak atas semua bimbingan yang telah diberikan, mulai dari pembimbing penulisan Karya Tulis Ilmiah sampai menjadi orang tua kedua kami di Polkesma V Trenggalek.

Teman-teman Seperjuangan

Terimakasih saya ucapkan untuk teman-temanku semua baik dari kelas A maupun kelas B atas segala pengalaman dan cerita yang pastinya akan saya rindukan dimasa nanti.

ABSTRAK

Dimas Gama Praditya (2025). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Salah Satu Anggota Keluarga Mengalami Tuberculosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Durenan*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep

Tuberculosis (TB) merupakan suatu penyakit infeksi yang menyerang paru-paru yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktek keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada keluarga dengan salah satu anggota mengalami Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Durenan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami Tuberculosis Paru. Dari hasil penelitian didapatkan ada kesenjangan antara teori dan fakta yang ditemukan. Hasil pengkajian ditemukan kesenjangan pada tahap perkembangan keluarga, Riwayat Kesehatan keluarga inti, karakteristik tetangga dan komunitas RW dan pemeriksaan fisik. Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini adalah Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah dan Perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan. Intervensi disusun berdasarkan teori keperawatan yang ada. Implementasi keperawatan dilaksanakan menyesuaikan dengan kondisi dan masalah yang dialami klien. Evaluasi dilakukan selama 4 kali kunjungan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pasien dengan Tuberculosis Paru memerlukan pemulihan yang membutuhkan waktu yang singkat, maka perlu perawatan yang *intensif* dan berkelanjutan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Keluarga, Tuberculosis Paru.

ABSTRACT

Dimas Gama Praditya (2025). *Family Nursing Care With One Family Member Experiencing Pulmonary Tuberculosis In The Work Area Of The Durenan Health Center*. Scientific Writing Case Study, DIII Nursing Study Program Trenggalek, Nursing Department, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Supervisor : Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep

Tuberculosis (TB) is an infectious disease that attacks the lungs caused by the bacteria *Mycobacterium Tuberculosis*. Family nursing care is a series of activities in nursing practice given to clients as family members. The purpose of this study was to provide nursing care and analyze the gap between facts and theories in families with one member experiencing Pulmonary Tuberculosis in the Durenan Health Center work area. The research method used is a qualitative descriptive research method using a case study approach. Participants in this study were one client who experienced Pulmonary Tuberculosis. From the results of the study, there was a gap between the theory and the facts found. The results of the study found gaps in the stages of family development, the Health History of the nuclear family, the characteristics of neighbors and the RW community and physical examination. The nursing diagnoses that emerged in this study were Knowledge Deficit related to the family's inability to recognize problems and Health behavior tends to be risky related to the family's inability to modify the environment. Interventions were arranged based on existing literature theories. Nursing implementation was carried out in accordance with the conditions and problems experienced by the client. Evaluation was carried out during 4 visits according to the nursing diagnoses that emerged. The results of this study can be concluded that patients with Pulmonary Tuberculosis require recovery that takes a short time, so intensive and continuous care is needed.

Keywords: Family Nursing, Pulmonary Tuberculosis.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memenuhi tugas akhir dan sebagai salah satu persyaratan dalam menempuh ujian akhir di Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek.

Atas terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Afnani Toyibah, A.Per.Pen.,M.Pd. selaku PLT Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes.
4. Dr. Singgih Wahyu Priyo Utomo , selaku Direktur Puskesmas Durenan yang telah memberi kesempatan dalam melakukan penelitian.
5. Ns. Dewi Wulandari ,S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6. Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep.,M.Kep selaku dewan penguji karya tulis ilmiah yang telah memberikan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
8. Perawat Puskesmas Durenan yang membantu dalam penelitian.
9. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
10. Partisipan yang telah bersedia menjadi klien dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

.

Trenggalek, 4 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
CURICULUM VITAE	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR ISTILAH	xix
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6

1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Manfaat Teoritis	7
1.5.1 Manfaat Praktis	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberculosis Paru	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Klasifikasi	10
2.1.3 Etiologi	15
2.1.4 Manifestasi Klinis	16
2.1.5 Komplikasi.....	22
2.1.6 Bagan Patofisiologi.....	24
2.1.7 Uraian.....	26
2.1.8 Penatalaksanaan.....	27
2.2 Konsep Keluarga	35
2.2.1 Pengertian Keluarga	35
2.2.2 Tipe Keluarga.....	36
2.2.3 Struktur Keluarga	37
2.2.4 Peran Keluarga	37
2.2.5 Fungsi Keluarga	38
2.2.6 Tugas Kesehatan Keluarga	41
2.2.7 Tahap-tahap Perkembangan Keluarga.....	42
2.2.8 Tugas Perkembangan pada Setiap Tahapan Keluarga.....	43
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Tuberculosis Paru...	46
2.3.1 Pengkajian.....	46

2.3.2 Pemeriksaan Fisik	53
2.3.3 Perumusan Masalah.....	54
2.3.4 Diagnosa Keperawatan.....	55
2.3.5 Intervensi (Membuat Perencanaan).....	63
2.3.6 Implementasi.....	69
2.3.7 Evaluasi.....	70

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian.....	73
3.2 Batasan Istilah	74
3.3 Partisipan.....	75
3.4 Lokasi dan Waktu.....	75
3.4.1 Lokasi Penelitian	75
3.4.2 Waktu Pelaksanaan.....	75
3.5 Pengumpulan Data.....	75
3.5.1 Bahan Instrumen dan Metode Pengumpulan Data	75
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	75
3.6 Analisa Data	77
3.7 Keabsahan Data.....	78
3.8 Etika Penelitian	79
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (lembar persetujuan menjadi informan)	79
3.8.2 <i>Anonymity</i>	80
3.8.3 Confidentiality	80

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil.....	82
----------------	----

4.2 Pembahasan.....	118
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	123
5.2 Saran.....	124
DAFTAR PUSTAKA.....	126
DAFTAR LAMPIRAN.....	129

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis, Sifat, Dan Dosis OAT	28
Tabel 2.2 Cara Menentukan Skala Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga	61
Tabel 4.1 Data Umum.....	83
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	85
Tabel 4.3 Pengkajian Lingkungan	85
Tabel 4.4 Struktur Keluarga	87
Tabel 4.5 Fungsi Keluarga	87
Tabel 4.6 Stresor Dan Koping Keluarga	89
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik.....	90
Tabel 4.8 Analisa Data.....	98
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	99
Tabel 4.10 Skala Prioritas	100
Tabel 4.11 Intervensi	102
Tabel 4.12 Evaluasi.....	107
Tabel 4.13 Hasil Analisis	109

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Tuberculosis Paru	24
Gambar 4.1 Genogram	83
Gambar 4.2 Denah Rumah.....	86

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Praktik	1
29	
Lampiran 2 Informed Consent.....	130
Lampiran 3 Persetujuan Menjadi Responden.....	131
Lampiran 4 Format Pengkajian	132
Lampiran 5 Lembar Konsultasi	144

DAFTAR ISTILAH

1. *Micobacterium Tuberculosis* : Bakteri tahan asam penyebab penyakit Tuberculosis
2. Respiratorik : Sistem pernafasan
3. Resistensi : Kebal atau tahan terhadap obat
4. Droplet : Percikan dahak
5. Alveoli : Organ pernafasan yang berfungsi sebagaipertukaran oksigen dan karbondioksida
6. Farmakologi : Penatalaksanaan pada suatu penyakit dengan menggunakan obat
7. Persepsi : Tanggapan seseorang terhadap sesuatu
8. Nekrosis : Kematian pada sel
9. Aerob : Respirasi menggunakan oksigen
10. Patogen : Penyebab penyakit
11. Sputum : Dahak
12. Abdomen : Organ perut
13. Toraks : Organ dada
14. Rontgen : Tindakan menggunakan radiasi untuk mengambil gambar dari dalam bagian tubuh seseorang
15. Masainkubasi : Masa dimulai masuknya penyebab penyakit hingga menimbulkan gejala
16. Bronkus : Saluran pernapasan yang bercabang setelahtrakea
17. Ulkus : Luka
18. Pleura : Cairan pembungkus paru-paru
19. Inhalasi : Proses saat menghirup oksigen dan masukparu-paru
20. Secret : Dahak atau lendir
21. Hygiene : Kebersihan
22. Extended Family : Keluarga besar

23. Sianosis	: Warna kebiru biruan pada mukosa akibatkekuarangan suplai oksigen
24. Integumen	: Kulit
25. Takikardi	: Frekuensi nadi melebihi normal
26. Inspeksi	: Pemeriksaan fisik dengan cara melihat
27. Palpasi menekan	: Pemeriksaan fisik dengan cara
28. Perkusi mengetuk	: Pemeriksaan fisik dengan cara
29. Auskultasi	: Pemeriksaan fisik dengan cara mendengarkan
30. Gastrointestinal	: Sistem pencernaan
31. Muskuloskeletal	: Sistem tulang dan otot.

DAFTAR SINGKATAN

1. TB : Tuberkulosis
2. OAT : Obat Anti Tuberkulosis
3. Kemenkes RI : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
4. HIV : *Human Immunodefisiensi Virus*
5. BTA : Basil Tahan Asam
6. PMO : Pengawas Menelan Obat
7. WHO : *World Health Organization*
8. DOT : *Directly Observed Treatment*
9. DOTS : *Directly Observed Treatment Shortcourse*
10. TKTP : Tinggi Kalori Tinggi Protein

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis menjadi penyakit yang sangat diperhitungkan saat meningkatnya morbiditas penduduk terutama di negara berkembang. Tuberkulosis Paru adalah suatu penyakit infeksi yang menyerang paru-paru yang secara khas ditandai oleh pembentukan granuloma dan menimbulkan nekrosis jaringan yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Penyakit ini bersifat menahun dan dapat menular dari penderita kepada orang lain. Proses pengobatan Tuberkulosis perlu waktu yang tidak singkat. Disinilah pentingnya keluarga dalam mensukseskan program pengobatan penderita TB. Keluarga dapat berperan memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit sangat diperlukan apabila salah satu anggota keluarga mengalami penyakit Tuberkulosis. Pengetahuan keluarga mengenai perawatan dan penularan tuberkulosis (TB) sangat penting dalam mencegah penyebaran penyakit serta mendukung proses penyembuhan pasien. Meskipun demikian, di sebagian masyarakat, pemahaman mengenai cara penularan TB masih terbatas. Banyak keluarga yang belum sepenuhnya memahami bahwa TB menular melalui udara, terutama melalui percikan cairan saat penderita batuk atau bersin, sehingga tindakan pencegahan seperti penggunaan masker, etika batuk, dan pengaturan ventilasi ruangan sering diabaikan. Selain itu, masih terdapat anggapan yang keliru bahwa TB merupakan penyakit keturunan atau tidak menular, yang mengarah pada rendahnya kesadaran untuk menjaga jarak dengan penderita dan melakukan

pemeriksaan kesehatan. Dari sisi perawatan, tidak semua keluarga mengetahui bahwa pengobatan TB harus dijalani secara teratur dan tuntas tanpa menghentikan obat sebelum waktunya. Ketidaktahuan ini dapat berisiko memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan kemungkinan penularan kepada orang lain. Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktek keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.(Mc.Closkey & Grace, 2003 dalam ADP Gusti Salvari, 2013).

Menurut *World Health Organizational (WHO)* Global Tuberculosis Report 2024, pada tahun 2023 diperkirakan terdapat sekitar 10,8 juta kasus TB aktif di seluruh dunia, sebagian besar kasus TB terjadi di wilayah Asia Tenggara (44%), Afrika (24%), dan Pasifik Barat (18%), dengan lebih dari 50% kasus didiagnosa di delapan negara : India (27%), Cina(9%), Indonesia (8%), Filipina (6%), Pakistan (6%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%) (Wikipedia,Frozenimpact 2020). WHO mencatat, meskipun kejadian penyakit TB turun 9% antara 2015 dan 2019 dan kematian menurun sebesar 14% selama periode yang sama, lebih dari 14 juta orang masih meninggal akibat TB pada 2019 (Khomarul Hidayat, 2020). Pada tahun 2016 jumlah penderita TB paru BTA positif sejumlah 125 dari 2.118 kasus atau sebesar (5,90%), sedangkan pada tahun 2017, dari seluruh aspek atau pertimbangan TB paru sebanyak 2.506 ditemukan kasus TB paru (Bakteri Tahan Asam) BTA positif sejumlah 136 (5,43%) . Keberhasilan program yang dicapai yaitu penemuan

dan pengobatan kasus TB. Jumlah kasus tuberkulosis (TB) paru masih menjadi perhatian serius baik di tingkat global maupun lokal. TB tetap menjadi penyakit infeksi menular paling mematikan di dunia, menyebabkan sekitar 1,25 juta kematian pada tahun tersebut. Di Indonesia, TB merupakan salah satu beban kesehatan masyarakat terbesar. WHO memperkirakan terdapat sekitar 1.060.000 kasus TB baru setiap tahunnya. Data dari Kementerian Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa pada tahun 2023, sebanyak 820.789 kasus TB telah ditemukan dan dilaporkan. Namun, angka kematian akibat TB masih sangat tinggi, diperkirakan mencapai 134.000 jiwa per tahun, menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Di tingkat provinsi, Jawa Timur menjadi salah satu wilayah dengan jumlah kasus TB terbanyak di Indonesia. Sampai Oktober 2024, ditemukan 73.247 kasus TB di provinsi ini. Bahkan pada triwulan pertama tahun 2025 saja, sudah tercatat sebanyak 23.310 kasus. Data dari beberapa tahun terakhir menunjukkan peningkatan signifikan, dari 53.289 kasus pada 2021, naik menjadi 81.753 pada 2022, dan kembali meningkat menjadi 87.048 pada 2023. Sementara itu, di Kabupaten Trenggalek, jumlah kasus TB relatif lebih rendah dibandingkan provinsi secara keseluruhan. Berdasarkan data pemerintah daerah pada pertengahan 2024, tercatat terdapat sekitar 324 kasus TB di seluruh wilayah kabupaten, dengan 202 kasus di antaranya berasal dari Kecamatan Trenggalek. Meskipun angkanya lebih kecil, tetap diperlukan upaya berkelanjutan untuk deteksi dini, pengobatan, dan pencegahan penularan agar angka ini tidak terus meningkat. Pada tahun 2024, Kecamatan Durenan di Kabupaten Trenggalek mencatat sebanyak 15 kasus tuberkulosis

(TB) paru. Angka ini mencerminkan jumlah total kasus yang terdeteksi di wilayah tersebut, termasuk kasus baru maupun lanjutan. Meskipun jumlahnya tergolong rendah dibandingkan kecamatan lain di Trenggalek, keberadaan kasus TB di Durenan tetap perlu mendapat perhatian. Upaya deteksi dini, pengobatan tepat, dan edukasi masyarakat sangat penting untuk mencegah penularan lebih lanjut dan mendukung target eliminasi TB di tingkat lokal maupun nasional.

Terjadinya TB paru disebabkan oleh infeksi bakteri yang disebut *Mycobacterium Tuberculosis*. Proses penularan terjadi karena batuk atau percikan ludah yang mengandung basil *Mycobacterium tuberculosis* bertebaran diudara, kemudian terhirup oleh seseorang yang pada saat itu system imunitas dalam tubuhnya menurun sehingga mudah terinfeksi. Basil tersebut berkembangbiak perlahan-lahan dalam paru, kemudian akan tumbuh dan berkembangbiak dalam sitoplasma makrofag. Bakteri *mycobacterium tuberculosis* menyerang sistem pernapasan dan menempel pada alveoli untuk tempat berkembangnya bakteri ini bisa membuat alveoli rusak dan akibatnya mengalami gangguan dalam proses pertukaran gas dan akibatnya tubuh akan mengalami kekurangan oksigen. Jika bakteri ini bertahan lama dalam alveoli bakteri ini akan menyebar ke seluruh tubuh dan bisa menempel di mana saja antara lain: Saluran pencernaan dan tulang. Apabila penderita tuberkulosis kronis tidak mematuhi dalam terapi akan mengalami kematian. Mengingat penyebaran bakteri tuberkulosis ini melalui droplet udara, apabila dalam satu keluarga terdapat anggota keluarga yang menderita penyakit tuberkulosis maka akan sangat beresiko kepada anggota keluarga lain yang mana anggota

keluarga ini tidak memiliki daya imunitas yang baik, anggota keluarga yang masih balita atau anak-anak dan rumah. Pada penderita TB paru akan mengalami batuk terus-menerus selama lebih dari 2 minggu disertai pengeluaran dahak bagi tubuh untuk mengeluarkan kuman TB yang kemudian kuman tersebut akan menyebar dan berterbangan di udara bebas yang dengan mudah terhirup oleh orang lain sehingga terjadi penyebaran infeksi (Nurhayati, 2012).

Penderita tuberkulosis bisa dilakukan terapi dengan cara farmakologis dan nonfarmakologi. Cara farmakologis yaitu dengan mengonsumsi obat golongan golongan seperti *streptomisin*, *neomisin*, *kanamisin*, *gentamicin*, *framisetin* dan *tromboplastin*. Obat-obat ini mempunyai efek mematikan bakteri *mycobacterium tuberculosis* pengobatan tuberkulosis bisa memakan waktu pengobatan minimal 6 bulan. Dalam rentan waktu 6 bulan ini, peran keluarga dalam pengawasan keteraturan meminum obat sangat diperlukan. Kemudian untuk cara nonfarmakologis yaitu dengan mengajarkan batuk efektif. Selain batuk efektif, juga dapat melakukan Postural Drainage yaitu teknik pengaturan posisi tertentu untuk mengalirkan sputum atau dahak yang berada didalam paru agar mengalir ke saluran pernapasan yang besar sehingga lebih mudah untuk dikeluarkan. Oleh karena itu, peran keluarga sangat penting karena keluarga sebagai orang terdekat dengan penderita, sehingga pengetahuan dan persepsi keluarga tentang tuberkulosis yang meliputi, pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, dan perawatan, dan pengobatan serta cara pencegahan diperlukan oleh keluarga agar mendukung dalam proses pengobatan. Peran perawat juga sangatlah

penting dalam hal ini, karena Indonesia merupakan negara dengan tingkat penderita tuberkulosis yang tinggi. Berdasarkan penjelasan di atas maka penulisan mengambil judul “Asuhan Keperawatan pada Salah Satu Anggota Keluarga Penderita Tuberkulosis”.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada: Asuhan Keperawatan Keluarga pada salah satu anggota mengalami Tuberkulosis Paru tanpa komplikasi penyakit lain.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut diatas, dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut: "Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga dengan salah satu Anggota menderita Tuberkulosis Paru?".

1.4 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Tujuan Umum

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan dari penelitian ini yaitu peneliti ingin melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota menderita “Tuberculosis Paru”.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada keluarga dengan salah satu anggota yang menderita TB Paru.
- 2) Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada keluarga dengan salah satu anggota yang menderita TB Paru.

- 3) Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada keluarga dengan salah satu anggota yang menderita TB Paru.
- 4) Mampu melakukan implementasi pada keluarga dengan salah satu anggota menderita TB Paru.
- 5) Mampu melakukan evaluasi pada keluarga dengan salah satu anggota menderita TB Paru.
- 6) Mampu menganalisa kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta yang terjadi pada keluarga yang dengan salah satu anggota menderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Durenan Trenggalek.

1.5 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dan bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita Tuberkulosis.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek layanan kesehatan khususnya keperawatan pada pasien Tuberkulosis Paru.

2) Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang Asuhan

Keperawatan Keluarga Tuberkulosis yang dapat dipakai sebagai pegangan atau acuan untuk praktek klinik mahasiswa keperawatan.

3) Bagi Penderita

Bagi penderita dengan penelitian ini penderita dapat menambah pengetahuannya tentang penyakit Tuberkulosis dalam kehidupan sehari-hari dan dapat meningkatkan motivasi untuk memeriksakan diri dalam berobat.

4) Bagi Peneliti

Memberi pengalaman bagi peneliti dalam melaksanakan penelitian serta mengaplikasikan berbagai teori dan konsep untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan personal dalam membrikan asuhan keperawatan kedepannya.

5) Bagi Keluarga

Hasil penulisan ini diharapkan apabila ada salah satu anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis diharapkan bisa menjalankan peran keluarga dan tidak tertular bakteri Tuberkulosis.

6) Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi masyarakat bahwa pengetahuan tentang Tuberkulosis sangat dibutuhkan agar anggota keluarga terhidar dari penularan bakteri

Tuberkulosis serta memiliki motilitas yang kuat untuk hidup sehat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit TB Paru

2.1.1 Definisi

Tuberculosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium* antara lain : *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. leprea* dsb. Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Kelompok bakteri *Mycobacterium*

tuberculosis yang bias menimbulkan gangguan pada saluran napas dikenal sebagai MOTT (Mycobacterium Other Than Tuberculosis) yangterkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis yang pengobatan TB. Untuk itu pemeriksann bakteriologis yang mampu melakukan identifikasi terhadap Mycobacterium 6 tuberculosis menjadi sarana diagnosis ideal untuk TB Secara umum sifat kuman TB. (Subuh & Priohutomo, 2014). Tuberculosis adalah suatu penyakit infeksi menular yang dapat menyerang berbagai organ, terutama perenkim paru-paru yang disebabkan oleh kuman yaitu Mycobacterium tuberculosis dengan gejala yang bervariasi. (Majampoh, Boki, & dkk, 2013).Tuberculosis Paru (TB) merupakan contoh lain infeksi saluran nafas bawah. Penyakit ini disebabkan oleh mikroorganisme Mycobacterium tuberculosis yang biasanya ditularkan melalui inhalasi percikan ludah (droplet) dari suatu individu ke individu lainnya.

Tuberkulosis sebagai infeksi bakteri kronik yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis dan ditandai oleh pembentukan granulomapada jaringan yang terinfeksi dan oleh hipersensitivitas yang diperantarai-sel (cell mediated hypersensitivity). Penyakit Tuberkulosis ini biasanya terletak di paru, tetapi dapat mengenai organ lain (Isselbacher, 2015).

2.1.2 Klasifikasi

- 1) Pada tahun 1974 America Thoracic Society memberikan klasifikasi yang diambil berdasarkan aspek kesehatan masyarakat yaitu :

- a) Kategori 0 : Tidak pernah terpajan dan tidak terinfeksi, riwayat kontak negatif, tes tuberkulin negatif.
 - b) Kategori I : Terpajan Tuberkulosis. Tapi tidak terbukti ada infeksi disini. Riwayat kontak positif, tes tuberkulin negatif.
 - c) Kategori II : Terinfeksi Tuberkulosis, tapi tidak sakit. Tes tuberkulin positif, radiologi dan sputum negatif.
 - d) Kategori III : Terinfeksi Tuberkulosis dan sakit.
- 2) Menurut WHO (2010) memberikan klasifikasi TB berdasarkan :
- a) Lokasi anatomi
 - (1) TB Paru, TB yang melibatkan parenkim paru atau trakeobronkial, termasuk TB milier.
 - (2) TB ekstra paru, TB yang terdapat diluar organ luar parenkim seperti pleura, kelenjar getah bening, abdomen, genito-urinaria, sendi-tulang.

b) Berdasarkan riwayat pengobatan

- (1) Kasus baru adalah pasien yang belum pernah dapat OAT sebelumnya atau riwayat mendapatkan OAT <1 bulan.
- (2) Kasus dengan riwayat pengobatan sebelumnya, adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT ≥ 1 bulan. Kasus ini diklasifikasikan lebih lanjut berdasarkan hasil pengobatan terakhir sebagai berikut :
 - (a) Kasus kambuh, pasien dulu pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap pada akhir pengobatan dan pada waktu sekarang ditegakkan diagnosis TB episode rekuren.
 - (b) Kasus setelah pengobatan gagal, pasien sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan gagal pada akhir pengobatan.
 - (c) Kasus setelah putus obat, pasien pernah mendapatkan OAT ≥ 2 bulan dan tidak lagi meneruskan selama > 2 bulan berturut-turut atau dinyatakan tidak dapat dilacak pada akhir pengobatan.
 - (d) Kasus dengan riwayat pengobatan lainnya, pasien sebelumnya pernah mendapat OAT dan hasil pengobatannya tidak diketahui atau tidak didokumentasikan.
 - (e) Pasien pindah, pasien pindah dengan register TB untuk melanjutkan pengobatan.

- (f) Pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, adalah pasien yang tidak dapat dimasukkan dalam salah satu kategori di atas.
- c) Berdasarkan hasil bakteriologik dan diuji resisten obat.
 - (1) Apusan dahak (sputum) BTA positif. Pada laboratorium dengan jaminan mutueksternal, sedikitnya BTA positif pada 1 spesimen, sedangkan yang tanpa mutu jaminan eksternal sedikitnya BTA positif pada 2 spesimen.
 - (2) Apusan dahak BTA negatif
 - (a) Hasil pemeriksaan apusan dahak positif, tapi biakannyapositif Micobacterium Tuberculosis.
 - (b) Memenuhi kriteria secara klinik perlu diobati dengan anti TB lengkap dan,
 - 1. Temuan radiologis sesuai dengan TB Paru aktif.
 - 2. Terdapat bukti kuat berdasarkan laboratorium.
 - 3. Bila HIV negatif, tidak respon dengan antibiotik spektrum.
- d) Berdasarkan status HIV
 - (1) Status TB dengan HIV positif.
 - (2) Status TB dengan HIV negatif.
 - (3) Status TB dengan status HIV tidak diketahui
- 3) Klasifikasi diagnostik Tuberkulosis adalah(Mansjoer, 2009):
 - a) Tuberkulosis paru

- (1) BTA mikroskopis langsung (+) atau biakan (+), kelainan foto thoraks menyokong Tuberkulosis dan gejala klinis sesuai Tuberkulosis.
- (2) BTA mikroskopis langsung atau biakan (-), tetapi kelainan rontgen dan klinis sesuai Tuberkulosis dan memberikan perbaikan pada pengobatan awal anti Tuberkulosis (initial therapy) pasien golongan ini memerlukan pengobatan yang adekuat.

b) Tuberkulosis Paru Tersangka

Diagnosis pada tahap ini bersifat sementara sampai hasil pemeriksaan BTA didapatkan (paling lambat 3 bulan). Pasien dengan BTA mikroskopis langsung (+) atau belum ada hasil pemeriksaan atau pemeriksaan belum lengkap, tetapi kelainan rontgen dan klinis sesuai Tuberkulosis paru, pengobatan dengan anti Tuberkulosis dapat dimulai.

c) Bekas Tuberkulosis (tidak sakit)

Ada riwayat Tuberkulosis pada pasien dimasa lalu dengan atau tanpa pengobatan atau gambaran rontgen normal atau abnormal tetapi stabil pada serial dan sputum BTA (-). Kelompok ini tidak perlu diobati.

Adapun faktor yang mempengaruhi terjadinya TB paru, yaitu : Menurut Eka (2013) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit TB, yaitu :

- (1) Umur berperan dalam kejadian penyakit TB paru. Risiko

untuk TB dapat dikatakan seperti halnya kurva normal terbalik, yakni tinggi ketika awalnya menurun karena diatas 2 tahun hingga dewasa memiliki daya tangkal terhadap TB dengan baik.

- (2) Tingkat pendapatan mempengaruhi angka kejadian TB.
- (3) Kondisi rumah menjadi salah satu faktor resiko penularan TB paru.
- (4) Membuka jendela setiap pagi dan merokok berpengaruh terhadap kejadian TB paru.
- (5) Riwayat kontak dengan penderita TB paru menyebabkan penularan TB paru dimana seseorang penderita rata-rata dapat menularkan kepada 2-3 orang didalam rumahnya, sedangkan besar resiko terjadinya penularan untuk rumah tangga dengan penderita lebih dari 1 orang adalah 4 kali dibandingkan rumah tangga dengan hanya 1 orang penderita TB paru.

Dalam penelitian Girsang (2011) dijelaskan bahwa ada dua faktor resiko yang mengakibatkan terjadinya TB paru :

- (1) Faktor lingkungan yaitu, kondisi rumah penderita yang tidak memenuhi syarat antara lain : dinding tidak permanen, kepadatan hunian tinggi, tidak ada pembuangan sampah, rumah berlantai tanah, dan mengkonsumsi air yang tidak memenuhi syarat.

- (2) Faktor perilaku yaitu, masyarakat masih memiliki pola hidup yang belum sehat dan masih banyak masyarakat yang merokok.

Menurut Kurniasari (2012) mengatakan bahwa faktor resiko penyakit TB paru yaitu, kondisi sosial ekonomi, pencahayaan ruangan dan luas ventilasi.

2.1.3 Etiologi

TB Paru disebabkan oleh "Mycobacterium Tuberculosis", sejenis kuman berbentuk batang, dengan ukuran panjang 1-4 mm, tebal 0,3-0,6 mm. Kuman terdiri dari asam lemak, sehingga kuman lebih tahan asam dan lebih tahan terhadap gangguan fisis (Manurung, 2011).

Penyebab Tuberkulosis adalah Mycobacterium Tuberculosis. Basilini tidak berspora sehingga mudah dibasmi, dengan pemanasan, sinar matahari dan sinar ultraviolet. Ada dua macam mikobakteria Tuberkulosis yaitu Tipe Human dan Tipe Bovin. Bovin berada di usus sapi yang menderita Mastitis Tuberkulosis Usus. Basil Human bisa berada di bercak ludah (droplet) dan di udara yang berasal dari penderita Tuberkulosis dan orang yang terkenan rentan terinfeksi bila menghirupnya (Nurarif, 2013).

Faktor-faktor yang menyebabkan TB Paru yaitu :

- 1) Faktor dari luar :
 - a) Faktor toxic (alkohol, rokok, dll)
 - b) Sosial ekonomi rendah
 - c) Terpapar penderita TB Paru

2) Faktor dari dalam :

- a) Usia muda atau bayi
- b) Gizi buruk

Faktor dari dalam maupun dari luar tersebut dapat menyebabkan seseorang mengalami terjadinya penularan TB Paru baik secara aktif maupun laten.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Pada stadium awal penyakit TB Paru tidak menunjukkan gejala yang spesifik. Namun seiring berjalannya penyakit akan menambah jaringan parunya mengalami kerusakan, sehingga dapat meningkatkan produksi sputum yang ditunjukkan dengan seringnya pasien batuk sebagai bentuk kompensasi pengeluaran dahak.

Keluhan yang dirasakan pasien TB dapat bermacam-macam atau malah banyak ditemukan di paru tanpa keluhan sama sekali dan pemeriksaan kesehatannya.

Keluhan secara umum :

1) Demam

Biasanya subfebris menyerupai demam influenza. Tapi kadangkadang panas mencapai 40-41°C. Serangan demam pertama bisa sembuh sebentar tetapi kemudian dapat timbul kembali. Begitulah seterusnya hilang timbulnya demam seperti influenza ini, sehingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman TB yang masuk.

2) Malaise

Kuman TB bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia, sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam. Gejala malaise ini semakin lama semakin berat dan terjadi hilang timbul serta teratur.

3) Berat badan turun

Biasanya pasien tidak merasakan berat badannya turun. Sebaiknya kita tanya berat badan sekarang dan berat badan sebelum pasien sakit. Pada pasien anak-anak berat badannya sulit naik terutama dalam 2-3 bulan terakhir atau status gizinya kurang.

4) Rasa lelah

Keluhan ini kebanyakan pasien hampir tidak dirasakan. Keluhan pernapasan :

a) Batuk atau batuk darah

Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar dari saluran pernapasan bawah. Karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru ada setelah ada penyakit TB berkembang pada jaringan TB Paru yakni setelah berminggu minggu, atau berbulan bulan peradangan bermula. Sifat batuk dimulai batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan berubah menjadi produktif (menghasilkan dahak). Keadaan lebih lanjut dapat berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah kecil yang pecah. Kebanyakan batuk

darah pada TB paru terjadi pada kavitas, tetapi dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus. Batuk ini sering sulit dibedakan dengan batuk sakit pneumonia, asma, bronkitis, alergi, penyakit paru obstruksi kronis.

b) Sesak Napas

Penyakit TB Paru yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan adanya sesak napas. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit TB 13 Paru yang sudah lanjut, demam infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

c) Nyeri Dada

Gejala ini jarang ditemukan. Nyeri dada ditemukan jika infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menyebabkan pleuritis, terjadi gesekan pada pleura sewaktu pasien menarik atau melepas napasnya.

d) Sering Terserang Flu

Gejala batuk-batuk lama kadang disertai pilek sering terjadi karena daya tahan tubuh pasien yang rendah sehingga mudah terserang infeksi virus seperti influenza (Manurung, 2011).

Manifestasi TB Paru berdasarkan Klasifikasi

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita penting dilakukan untuk menciptakan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang sesuai dan dilakukan sebelum pengobatan dimulai. Klasifikasi penyakit Tuberkulosis Paru

(1) Pada tahun 1974 American Thoracic Society memberikan klasifikasi yang diambil berdasarkan aspek kesehatan masyarakat yaitu :

- (a) Kategori 0 : Tidak pernah terpajan dan tidak terinfeksi, riwayat kontak negatif, tes tuberkulin negatif.
- (b) Kategori I : Terpapar Tuberkulosis. Tapi tidak terbukti ada infeksi di sini. Riwayat kontak positif, tes tuberkulin negatif.
- (c) Kategori II : Terinfeksi Tuberkulosis, tapi tidak sakit. Tes tuberkulin positif, radiologi dan sputum negatif.
- (d) Kategori III : Terinfeksi Tuberkulosis dan sakit.

(2) Menurut WHO (2010) memberikan klasifikasi TB berdasarkan :

(a) Lokasi anatomi

- 1. TB Paru, TB yang melibatkan parenkim paru atau trakeobronkial, termasuk TB milier.
- 2. TB ekstra paru, TB yang terdapat diluar organ luar parenkim seperti pleura, kelenjar getah bening, abdomen, genito-urinaria, sendi-tulang.

(b) Berdasarkan riwayat pengobatan

- 1. Kasus baru adalah pasien yang belum pernah dapat OAT sebelumnya atau riwayat mendapatkan OAT <1 bulan.
- 2. Kasus dengan riwayat pengobatan sebelumnya, adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT ≥ 1 bulan. Kasus ini diklasifikasikan lebih lanjut berdasarkan hasil pengobatan terakhir sebagai berikut :

- a. Kasus kambuh, pasien dulu pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap pada akhir pengobatan dan pada waktu sekarang ditegakkan diagnosis TB episode rekuren.
- b. Kasus setelah pengobatan gagal, pasien sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan gagal pada akhir pengobatan.
- c. Kasus setelah putus obat, pasien pernah mendapatkan OAT ≥ 2 bulan dan tidak lagi meneruskan selama > 2 bulan berturut-turut atau dinyatakan tidak dapat dilacak pada akhir pengobatan.
- d. Kasus dengan riwayat pengobatan lainnya, pasien sebelumnya pernah mendapat OAT dan hasil pengobantannya tidak diketahui atau tidak didokumentasikan.
- e. Pasien pindah, pasien pindah dengan register TB untuk melanjutkan pengobatan.
- f. Pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, adalah pasien yang tidak dapat dimasukkan dalam salah satu kategori di atas.

(3) Berdasarkan hasil bakteriologi dan diuji resisten obat.

- (a) Apusan dahak (sputum) BTA positif. Pada laboratorium dengan jaminan mutu eksternal, sedikitnya BTA positif pada 1 spesimen, sedangkan yang tanpa mutu jaminan eksternal

sedikitnya BTA positif pada 2 spesimen.

(b) Apusan dahak BTA negatif

1. Hasil pemeriksaan apusan dahak positif, tapi biakannya positif *Micobacterium Tuberculosis*.
2. Memenuhi kriteria secara klinik perlu diobati dengan antiTB lengkap dan,
 - a. Temuan radiologis sesuai dengan TB Paru aktif.
 - b. Terdapat bukti kuat berdasarkan laboratorium.
 - c. Bila HIV negatif, tidak respon dengan antibiotik spektrum.

(4) Berdasarkan status HIV

- (a) Status TB dengan HIV positif.
- (b) Status TB dengan HIV negatif.
- (c) Status TB dengan status HIV tidak diketahui

(5) Klasifikasi diagnostik Tuberkulosis adalah(Mansjoer, 2009):

(a) Tuberkulosis paru

1. BTA mikroskopis langsung (+) atau biakan (+), kelainan foto thoraks menyokong Tuberkulosis dan gejala klinis sesuai Tuberkulosis.
2. BTA mikroskopis langsung atau biakan (-), tetapi kelainan rontgen dan klinis sesuai Tuberkulosis dan memberikan perbaikan pada pengobatan awal anti Tuberkulosis (initial therapy) pasien golongan ini memerlukan pengobatan yang adekuat.

(6) Tuberkulosis Paru Tersangka

Diagnosis pada tahap ini bersifat sementara sampai hasil pemeriksaan BTA didapatkan (paling lambat 3 bulan). Pasien dengan BTA mikroskopis langsung (+) atau belum ada hasil pemeriksaan atau pemeriksaan belum lengkap, tetapi kelainan rontgen dan klie sesuai Tuberkulosis paru, pengobatan dengan anti Tuberkulosis dapat dimulai.

(7) Bekas Tuberkulosis (tidak sakit)

Ada riwayat Tuberkulosis pada pasien dimasa lalu dengan atau tanpa pengobatan atau gambaran rontgen normal atau abnormal tetapi stabil pada serial dan sputum BTA (-). Kelompok ini tidak perlu diobati.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada penderita TB Paru stadium lanjut yaitu :

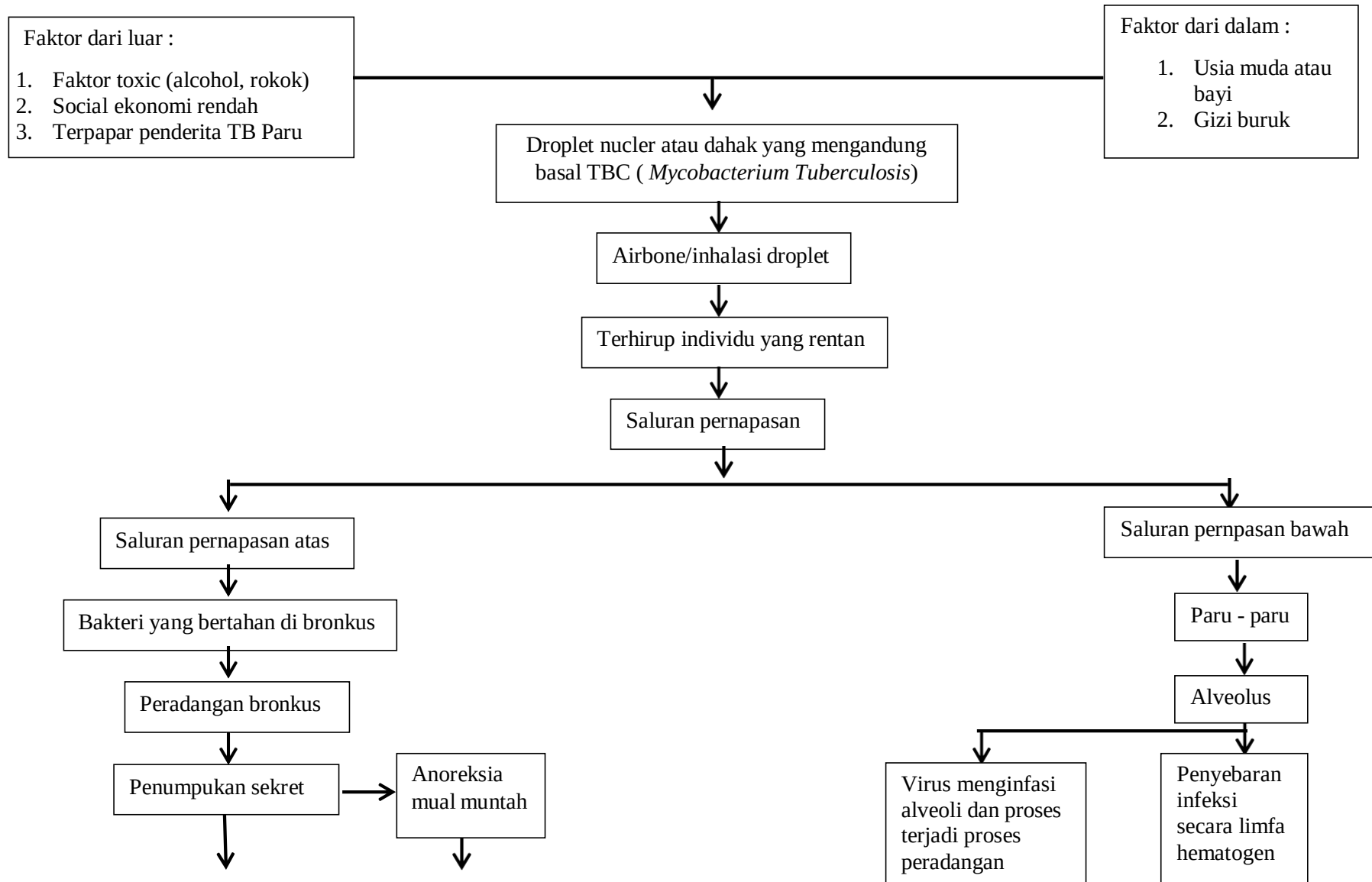
- 1) Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran napas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau terhambatnya jalan napas.
- 2) *Kolaps* dari lobus akibat *retraksi bronkial*.
- 3) Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan) retraktif pada paru.
- 4) Pneumotoraks (adanya udara dalam rongga pleura spontan : kolaps karena kerusakan jaringan paru).

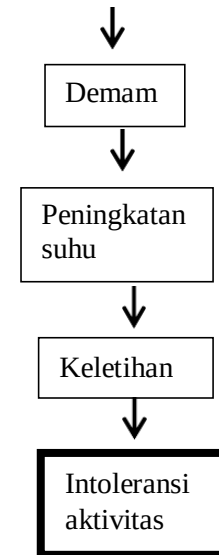
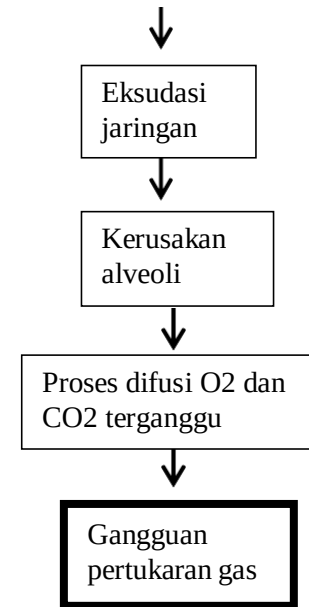
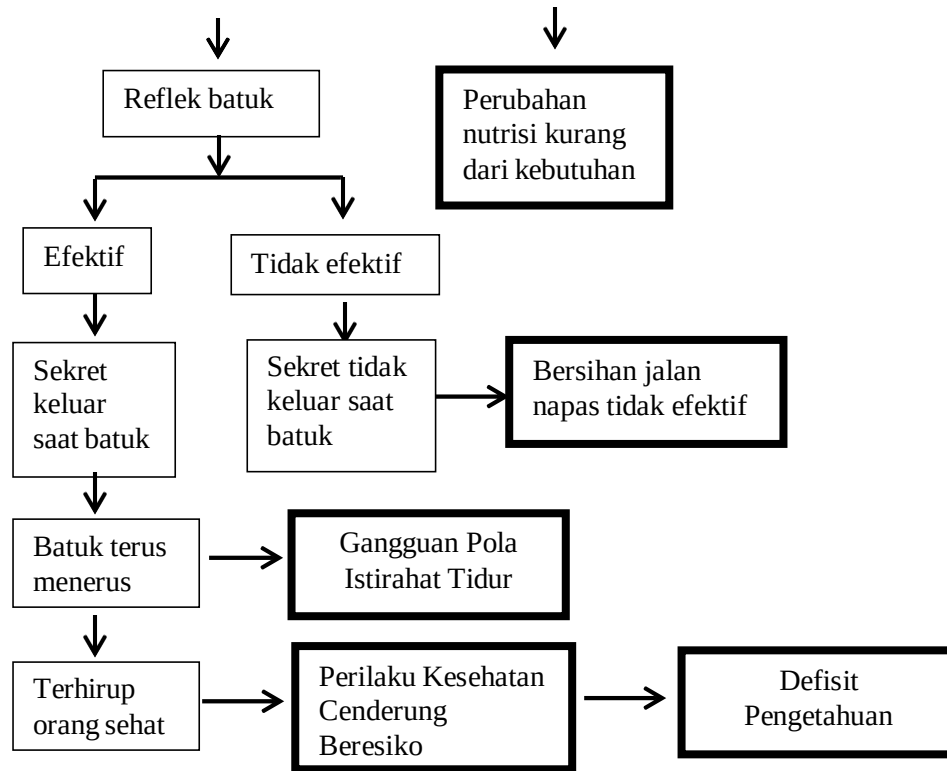
5) Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal.

6) Insufisiensi kardio pulmoner (cardio pulmonary insufficiency)

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit. Penderita TB Paru dengan kerusakan jaringan luas yang telah sembuh (BTA negatif) masih bisa mengalami batuk darah, keadaan ini sering sekali dikelirukan dengan kasus sembuh. Pada kasus seperti ini tidak diperlukan pengobatan OAT, cukup dengan diberikan pengobatan simptomatis. Bila perdarahan berat penderita harus dirujuk ke unit spesialisik (Depkes, 2012).

2.1.6 Patofisiologi





2.1.7 Uraian Patofisiologi

Dari penularan TB paru terdapat beberapa faktor yaitu, faktor dari luar (faktor toxic (alkohol, kebiasaan merokok), social ekonomi rendah, terpapar penderita TB paru), dan Faktor dari dalam (Usia muda/bayi, gizi buruk). Penularan tuberkulosis terjadi karena penderita tuberkulosis membuang dahak, dibersinkan keluar melalui droplet nuklea dalam udara. Dalam dahak tersebut terdapat Micobacterium Tuberculosis. Bakteri terbawa angin dan jatuh ketanah maupun lantai rumah yang kemudian terhirup masuk oleh manusia yang rentan melalui saluran pernapasan, kuman ini akan masuk ke saluran pernapasan atas dan bawah. Sebelum masuk ke saluran pernapasan kuman ini terlebih dahuludihadapi oleh mekanisme pertahanan tubuh yang pertama yaitu silia-siliatrakea bronkial. Pada bronkus akan terjadi peradangan sehingga silia- silia akan menghasilkan sekret yang akan digunakan untuk menangkap kuman untuk dikeluarkan dengan reflek batuk. Batuk sendiri dibagi menjadi 2 yaitu batuk efektif dan batuk tidak efektif. Pada penderita TBParu akan mengalami batuk secara terus menerus dan disertai pengeluaran dahak untuk mengeluarkan kuman Micobacterium Tuberculosis yang kemudian kuman tersebut akan menyebar dan terbangpada udara bebas yang dengan mudah terhirup oleh orang sehat dan muncul diagnosa keperawatan defisit pengetahuan. Batuk yang terus menerus akan membuat gangguan istirahat tidur sehingga muncul diagnosa keperawatan gangguan pola istirahat tidur dan perilaku kesehatan cenderung beresiko, penderita juga akan mengalami anoreksia, mual, muntah akibat dari penumpukan secret

pada bronkus yang mengakibatkan penderita mengalami perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. *Micobacterium Tuberculosis* akan masuk ke parenkim paru dan tinggal di alveoli, di alveoli kuman akan menginvasi dan mengakibatkan peradangan sehingga akan mengakibatkan terganggunya proses difusi antara O₂ dan CO₂, maka akan terjadi gangguan pertukaran gas. Dengan adanya basil yang mencapai ruang alveolus, maka penyebaran infeksi secara limfa hematogen dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh, peningkatan suhu tubuh yang dialami penderita akan membuat penderita mengalami kelelahan dan terjadi intoleransi aktivitas.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ada 2 yang dapat dilakukan pada TB yaitu :

1) Penatalaksanaan Farmakologis

a) Tujuan pengobatan

- (1) Menyembuhkan pasien
- (2) Mencegah kematian
- (3) Mencegah kematian
- (4) Memutuskan rantai penularan
- (5) Mencegah terjadinya resistensi terhadap OAT (Obat Anti Tuberkulosis)

2) Jenis, Sifat dan Dosis OAT (Depkes, 2012)

Tabel 2.1 : Jenis, Sifat, dan Dosis OAT

NO	Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan (mg/kg)	
			Harian	Mingguan
1.	Isoniazid (H)	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
2.	Rifampicin (R)	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)

3.	Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
4.	Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12-18)	15 (12-18)
5.	Ethambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-35)

3) Prinsip pengobatan

Pengobatan TB paru dilakukan dengan prinsip-prinsip berikut :

- a) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat, sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-kombinasi dosis tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- b) Umur menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT : Directly Observed Treatment) oleh seorang pengawas menelan obat.
- c) Pengobatan TB Paru dilakukan dalam 2 tahap yaitu :
 - (1) Tahap awal (intensif)
 - (a) Pada tahap intensif pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
 - (b) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular dalam kurun waktu 2 minggu.
 - (c) Sebagian besar pasien TB Paru BTA positif menjadi BTAnegatif (konversi dalam 2 bulan).
 - (d) Jika sudah pengobatan sebelum pasien BTA positif menjadi BTA negatif (tidak konversi) diberi OAT

sisipan (HRZE) sama seperti paduan paket tahap invasive kategori 1 yang diberikan selama sebulan.

(2) Tahap lanjutan

(a) Tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit namun dalam jangka waktu yang lebih lama.

(b) Tahap lanjutan lebih penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan (Depkes, 2012)

(3) Permasalahan pengobatan TB Paru

Proses penyembuhan akan berhasil jika penderita TB Paru mengkonsumsi obat OAT secara teratur sampai selesai dengan pengawasan yang ketat keteraturan berobat yaitu diminum tidaknya obat-obat tersebut penting, karena ketidakteraturan berobat menyebabkan timbulnya masalah resistensi (Infodatin, 2018). Angka kesembuhan masih lebih rendah dari yang diharapkan meskipun sudah ada cara pengobatan dengan efektifitas yang tinggi. Hal tersebut terjadi karena pasien tidak mematuhi ketentuan dan lamanya pengobatan secara teratur untuk mencapai kesembuhan. Utamanya pemakaian obat pada 2 bulan fase inisial secara teratur seringkali tidak tercapai, sementara itu dengan mempersingkat lamanya pengobatan menjadi 6 bulan telah menunjukkan penurunan angka drop out.

Apabila penderita tidak tekun dan teratur meminum

obatobatannya, maka timbulnya basil-basil TB yang multiresisten. Pengobatan tidak sempurna, putus pengobatan atau karena kombinasi obat anti TB tidak adekuat merupakan hal yang mengakibatkan resistensi obat anti TB.

Seorang penderita TB sering berada dalam kondisi yang rentan dan lemah baik fisik maupun mental. Kelemahan tersebut dapat menyebabkan penderita tidak berobat, putus obat bahkan menghentikan pengobatan karena berbagai alasan. TB Paru dapat disembuhkan dengan pengobatan secara teratur selama 6-8 bulan tanpa terputus.

Pengobatan TB memang cukup lama yaitu 6-8 bulan secara terus menerus agar dapat mencegah penularan kepada orang lain. Oleh karena itu tanpa adanya keteraturan meminum obat penyakit TB sulit disembuhkan. Jika tidak segera diobati kuman TB yang berada di dalam tubuh akan menyebar dan berkembang menyerang organ tubuh yang lain. Hal ini menyebabkan semakin sulit pengobatan TB karena membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang besar dan tidak ditanggung pemerintah.

(4) Kerja Pengawas Menelan Obat (PMO)

Sejak tahun 1995, management operational yang menyusun strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse) menekankan adanya Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk setiap penderita TB. Dengan harapan dapat menjamin

keteraturan meminum obat. Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung.

Kriteria PMO (Pengawas Menelan Obat)

- (a) Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita,
- (b) Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita.
- (c) Bersedia membantu dengan sukarela.
- (d) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama dengan penderita.

Siapa saja yang menjadi pengawas menelan obat. Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, seperti bidan desa, perawat, pekarya, sanitarian, juru imunisasi dan lain-lain. Apabila petugas kesehatan tidak memungkinkan maka PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, PKK, ataupun tokoh masyarakat yang lain atau anggota keluarga.

Tugas seseorang PMO (PDPI, 2006)

- (a) Bersedia mendapat penjelasan dari poliklinik.
- (b) Melakukan pengawasan terhadap penderita dalam hal minum obat.
- (c) Mengingatkan penderita untuk memeriksakan ulang dahak sesuai jadwal yang telah ditetapkan yaitu akhir bulan ke 2, 1 bulan sebelum akhir pengobatan dan 1

bulan akhir pengobatan.

- (d) Memberikan dorongan terhadap penderita untuk berobat secara terus menerus.
- (e) Mengenali efek samping ringan obat, menasehati penderita agar tetap mau menelan obat serta merujuk penderita bila efek samping berat.
- (f) Melakukan kepada anggota keluarga yang mempunyai gejala tersangka TB Paru untuk segera periksa ke petugaskesehatan

2) Penatalaksanaan non Farmakologis

a) Penyuluhan

- (1) Petugas baik dalam persiapan atau dalam waktu berikutnya secara berkala memberikan penyuluhan kepada masyarakat luas melalui tatap muka, ceramah dan media masa yang tersedia di wilayahnya tentang cara pencegahan TB Paru.
- (2) Memberikan penyuluhan kepada penderita dan keluarganya pada waktu kunjungan rumah dan memberi jalan untuk terciptanya rumah sehat. Sebagai upaya mengurangi penularan penyakit.
- (3) Memberi penyuluhan perorangan secara khusus kepada penderita agar mau berobat rajin dan teratur untuk mencegah penularan penyakit kepada orang lain.
- (4) Mengajarkan perubahan sikap hidup masyarakat dan perbaikan lingkungan demi tercapainya masyarakat yang sehat.

(5) Mengajarkan masyarakat untuk melapor apabila diantara warganya ada yang memunculkan gejala-gejala TB Paru.

Berusaha menghilangkan rasa malu pada penderita oleh karena penyakit TB Paru bukan lagi penyakit yang memalukan, tetapi dicegah dan disembuhkan seperti halnya penyakit lain.

b) Pemenuhan nutrisi

Nutrisi merupakan zat gizi yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuhnya serta mengeluarkan isinya.

Pada penderita TB Paru pemenuhan nutrisi sangat penting. Tidak hanya menjaga kehilangan berat badan saja tetapi juga untuk terapi nonfarmakologi. Terapi yang bisa diberikan yaitu diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein).

Diet TKTP dapat diberikan dalam bentuk makanan biasa atau lunak (tahu atau bubur) ditambah bahan makanan yang mengandung protein tinggi seperti telur, susu, daging atau dalam bentuk minuman enteral tinggi kalori dan protein. Diet diberikan apabila penderita TB telah mempunyai cukup nafsu makan dan dapat menerima makanan lengkap.

Diet TKTP ini bertujuan memberikan makanan cukup untuk memenuhi kebutuhan kalori dan protein guna mencegah dan

mengurangi kerusakan jaringan tubuh dan menambah berat badan hingga mencapai normal.

Diit TKTP diberikan kepada penderita :

- (1) Gizi kurang : defisiensi kalori, protein dan anemia.
- (2) Hyperthyroid.
- (3) Sebelum dan sesudah operasi tertentu, apabila dapat menerima makanan lengkap.
- (4) Baru sembuh dari penyakit dengan panas tinggi atau penyakit lama dan telah dapat menerima makanan lengkap.
- (5) Trauma, combutio atau mengalami perdarahan banyak.
- (6) Hamil atau post partum.

Bahan makanan yang baik diberikan dalam diit TKTP terdiri dari sumber protein seperti ayam, daging, hati, ikan, telur, susu dan keju. Sumber protein nabati seperti kacang-kacangan dan hasilnya seperti tempe, tahu dan oncom. Bahan makanan yang terlalu manis sebaiknya dihindari karena dapat menyebabkan nafsu makan turun (Mangunkusumo, 1999).

2.2 Konsep Keluarga

Konsep keluarga yang akan dibahas mengenai pengertian keluarga, tipe atau jenis keluarga, struktur keluarga, peran keluarga, fungsi keluarga, tahap-tahap keluarga, tugas perkembangan keluarga, dan peran perawat keluarga.

2.2.1 Pengertian

Ada beberapa pengertian keluarga, antara lain :

- 1) Menurut Harmon dan Boyd (1996), keluarga adalah sekelompok orang yang dipersatukan dalam tali perkawinan, tali darah, adopsi, constituting rumah tangga tunggal, memberitahukan dan saling berinteraksi satu sama lain dalam peranan sosial istri dan suami, ibu dan ayah, saudara dan saudari dan menciptakan serta memelihara suatu kultur (Susanto, 2012).
- 2) Menurut Stan-hope dan Lancaster (1996), keluarga adalah kelompok dua orang atau lebih yang berhubungan karena kelahiran, perkawinan, adopsi atau tinggal bersama dalam suatu rumah tangga (Susanto, 2012).
- 3) Menurut Friedman (1998), keluarga adalah suatu kesatuan dan orang-orang yang terikat dalam perkawinan, ada hubungan darah atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah (Henny Achjar, 2009).

2.2.2 Tipe Keluarga

- 1) Tipe keluarga tradisional terdiri dari :
 - a) Keluarga Inti
Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak kandung atau anak angkat.
 - b) Keluarga Besar
Keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga yang lain yang mempunyai hubungan darah misal, kakek, nenek, paman, bibi.

c) Keluarga Dyat

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

d) Single Parent

Rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau angkat. Kondisi ini dapat terjadi karena perceraian atau kematian.

e) Single Adult

Rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa.

f) Keluarga Usila

Rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

2) Tipe Keluarga non tradisional terdiri dari :

a) Commune Family yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah yang tinggal serumah.

b) Orang tua (Ayah-Ibu) yang tidak memiliki ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah.

c) Homoseksual yaitu dua individu sejenis yang hidup bersama dalam satu rumah tangga (Susanto, 2012).

2.2.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat sekitarnya (Parad dan Caplan, 1995) yang dikutip Friedman (Suprajitno, 2004), mengatakan ada empat elemen struktur keluarga, antara lain :

1) Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya ditingkat

masyarakat atau peran formal dan informal.

- 2) Nilai dan norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma keluarga yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- 3) Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara pola komunikasi ayah dan ibu (orang tua), orang tua dengan anak-anak, anak dengan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.
- 4) Struktur kekuatan keluarga, merupakan kemampuan diri individu untuk mengembalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain kearah yang positif (Susanto, 2012).

2.2.4 Peran Keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat interpersonal, sifat kegiatan yang berhubungan dengan individu dengan posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku keluarga, kelompok dan masyarakat (Susanto, 2012).

- 1) Peran ayah, sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga dan sebagai anggota dari kelompok sosialnya dan sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- 2) Peran ibu, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung sebagai salah satu kelompok dalam peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Disamping itu juga, ibu dapat

berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

- 3) Peran anak, anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial spiritual.

2.2.5 Fungsi Keluarga

Friedman (1986) mengidentifikasi 5 fungsi keluarga (Suprajitno, 2004), yaitu :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal, keluarga yang merupakan basis kekuatan, sumber energi yang berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga, saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga dengan cara saling mengasuh, saling menghargai, ikatan dan identifikasi. Apabila fungsi afektif tidak terpenuhi, maka akan timbul keretakan keluarga, masalah anak dan atau keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi

Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar dalam lingkungan sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti kebutuhan akan makanan, pakaian dan tempat berlindung (rumah).

5) Fungsi Perawatan

Kesehatan Keluarga juga berfungsi melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

Menurut Murray (2003), fungsi keluarga, sebagai berikut :

- a) Kasih sayang sebagai suatu kepedulian, lingkungan keluarga tersayang menyediakan kondisi-kondisi dimana anggota keluarga dapat mempelajari untuk saling mempercayai satu dengan yang lain dan orang lain diluar keluarga tersebut.
- b) Keamanan dan penerimaan mempunyai fisik yang mendasar dan kebutuhan emosional yang dipelihara didalam keluarga yang menanam suatu perasaan keamanan dan keselamatan yang akan menunjukkan kemampuannya untuk dapat diterima pada anggota masyarakat yang lain.
- c) Identitas dan perasaan, interaksi keluarga yang dicerminkan dengan mengizinkan anggota keluarga untuk mengembangkan suatu perasaan mereka dan bagaimana karakteristik mereka yang unik dihubungkan untuk orang lain.
- d) Persahabatan dan kenggotaan, sepanjang seluruh keluarga

- menciptakan suatu rasa memiliki antar anggota, yang menetapkan suatu template untuk mengikat bersama-sama dan dengan orang lain.
- e) Sosialisasi, keluarga menyebarkan sebuah identitas sosial dan budaya yang akan terwujud nilai-nilai dan sejarah keluarga dan kemudian berperan dalam identitas kolektif masyarakat, terutama sekali dalam bermacam-macam kultur masyarakat, yang pada gilirannya mempengaruhi kohesi masyarakat.
 - f) Kendali didalam keluarga, semua anggota datang untuk mengetahui aturan dan mengikat untuk memberikan standar yang realistis kepada tindakan masyarakat.

2.2.6 Tugas Kesehatan Keluarga

1) Mengenal masalah

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

2) Mengambil keputusan tindakan yang tepat

Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah yang dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit.

Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan dan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

4) Memodifikasi lingkungan.

Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan oleh keluarga (Henny Achjar, 2009).

2.2.7 Tahap-tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga dapat dilihat dari umur anak pertama.

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga, yaitu :

1) Tahap I : Keluarga Baru (Pasangan Baru)

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki (suami)

dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing.

2) Tahap II : Keluarga “Child Bearing” (kelahiran anak pertama)

Keluarga yang menantikan kelahiran anak mulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai usia 30 bulan.

3) Tahap III : Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat usia 5 tahun.

4) Tahap IV : Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada tahap ini orang tua perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktivitas di sekolah maupun di luar sekolah.

5) Tahap V : Keluarga dengan anak remaja

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai anak berusia 19-20 tahun, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya.

6) Tahap VI : Tahap dengan anak dewasa (Pelepasan)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah.

7) Tahap VII : Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun dan salah satu pasangan meninggal dunia.

8) Tahap VIII : Keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal dunia.

2.2.8 Tugas perkembangan pada setiap tahapan keluarga

Setiap tahapan perkembangan keluarga memiliki tugas perkembangan masing-masing sesuai dengan tahapannya yang harus dipenuhi setiap keluarga.

Adapun tugas perkembangan pada setiap tahapan keluarga adalah :

1) Tahap I : Keluarga Baru (Pasangan Baru)

- a) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- b) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- c) Mendiskusikan rencana memiliki anak.

2) Tahap II : Keluarga Child Bearing (Keluarga Anak Pertama)

- a) Persiapan menjadi orang tua.
- b) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual, dan kegiatan.
- c) Mempertahankan hubungan seksual yang memuaskan.

3) Tahap III : Keluarga dengan anak pra sekolah

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal dan privacy dan rasa aman.
- b) Membantu anak bersosialisasi.

- c) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi.
 - d) Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam maupun diluar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar).
 - e) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak.
 - f) Pembagian tanggungjawab anggota keluarga.
 - g) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang.
- 4) Tahap IV : Keluarga dengan anak sekolah
- a) Membantu sosialisasi anak terhadap tetangga, sekolah dan lingkungan.
 - b) Mempertahankan keintiman pasangan.
 - c) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan anak meningkatkan kesehatan anggota keluarga.
- 5) Tahap V : Keluarga dengan anak remaja
- a) Memberi kebebasan yang seimbang dengan rasa tanggung jawab mengikat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkatkan kesehatan anggota keluarga.
 - b) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
 - c) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua.
Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
 - d) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.
- 6) Tahap VI : Keluarga dengan anak dewasa (Pelepasan)

- a) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
 - b) Mempertahankan keintiman pasangan.
 - c) Membantu orang tua suami istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
 - d) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
 - e) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.
- 7) Tahap VII : Keluarga usia pertengahan
- a) Mempertahankan kesadaran.
 - b) Memperhatikan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
 - c) Meningkatkan keakraban pasangan.
- 8) Tahap VIII : Keluarga usia lanjut
- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
 - b) Adaptasi dengan perubahan kehilangan, pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
 - c) Mempertahankan keakraban suami atau istri dan saling merawat.
 - d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
 - e) Melakukan “live review” (Harmoko, 2012).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk

mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan metode observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Maglaya,2009).

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dimana riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap

dilakukan. Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya (Doenges & Marylin 2000).

1) Data Umum Keluarga

- a) Umur : Umumnya manusia mengalami perubahan fisiologis yang secara drastis menurun dengan cepat setelah usia >40 tahun. TB paru sering muncul setelah seseorang memasuki usia rawan. Semakin bertambah usia semakin tinggi risikonya.
- b) Jenis Kelamin : Laki-laki lebih rentan terpapar faktor risiko TB paru seperti asap rokok dan ketidakpatuhan minum obat.
- c) Pekerjaan dan Penghasilan : Hal ini memicu kesadaran masyarakat untuk memelihara kesehatan. Secara teoritis faktor risiko dari aspek kapasitas kerja, lingkungan kerja, maupun beban kerja yang sama dengan sektor formal, yaitu misalnya : industri kecil, pertanian, peternakan, perdagangan, dll.
- d) Tingkat pendidikan : Tingkat pendidikan yang rendah berpengaruh terhadap fungsi kognitif yaitu daya ingat klien, afektif dan psikomotorik dalam pengelolaan penderita TB paru dan akibatnya serta pentingnya pemeliharaan kesehatan.
- e) Genogram (Hubungan) : Risiko tertular TB paru meningkat apabila anggota keluarga ada yang menderita TB paru.
- f) Tipe dan Bentuk keluarga : Keluarga extended family yang mempunyai riwayat penyakit TB paru lebih cenderung menderita TB daripada keluarga yang ukurannya lebih kecil dan tidak memiliki riwayat penyakit TB.

g) Latar belakang dan Kebiasaan keluarga : Kebiasaan keluarga yang mempunyai riwayat penyakit TB kebanyakan terjadi pada keluarga dengan ekonomi menengah ke bawah.

2) Riwayat dan Perkembangan Keluarga

a) Tahap perkembangan : Tahap perkembangan keluarga yang beresiko terkena TB paru adalah pertengahan dan lansia, hal ini terjadi karena pada tahap tersebut terjadi kemunduran fungsi sistem organ tubuh.

b) Riwayat Kesehatan keluarga : adakah anggota keluarga yang menderita TB, karena TB adalah penyakit menular.

c) Riwayat Kesehatan pasien

Keluhan yang sering muncul antara lain:

(1) Demam: subfebris, febris ($40-41^{\circ}\text{C}$) hilang timbul.

(2) Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkhus, Batuk ini terjadi untuk membuang/mengeluarkan produksi radang yang dimulai dari batuk kering sampai dengan batuk purulen (menghasilkan sputum).

(3) Sesak napas: bila sudah lanjut di mana infiltrasi radang sampai setengah paru-paru.

(4) Nyeri dada: jarang ditemukan, nyeri akan timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.

(5) Malaise: ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, dan keringat malam.

(6) Sianosis, sesak napas, dan kolaps merupakan gejala atelektasis.

Bagian dada pasien tidak bergerak pada saat bernapas dan jantung terdorong ke sisi yang sakit. Pada foto toraks, pada sisi yang sakit tampak bayangan hitam dan diafragma menonjol ke atas.

(7) Perlu ditanyakan dengan siapa pasien tinggal, karena biasanya penyakit ini muncul bukan karena sebagai penyakit keturunan tetapi merupakan penyakit infeksi menular.

3) Pengkajian Lingkungan

a) Karakteristik Rumah : Sesuai dengan Depkes tingkat kepadatan rumah minimal 10 m² per orang, jarak antar tempat tidur 90 cm. Resiko terjadinya TB Paru jauh lebih tinggi pada penduduk yang tinggal pada rumah yang tidak memenuhi standart kepadatan hunian (Kesmas, 2013).

b) Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW : TB erat hubungannya dengan lingkungan dan tingkat kemiskinan yang tinggi dan tingkat kepadatan penduduk yang berlebihan. Banyak orang yang menghindari interaksi dengan penderita TB Paru karena takut tertular (Rizqina, 2011).

c) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat dan sistem pendukung keluarga : penderita TB Paru dengan gejala batuk terus menerus menyebabkan terganggunya kegiatan sehari-hari, sehingga penderita jarang bersosialisasi karena malu dengan penyakitnya (Rizqina, 2011).

4) Struktur Keluarga

- a) Pola komunikasi keluarga : Bila dalam keluarga terjadi secara terbuka dan dua arah akan sangat baik bagi penderita TB paru.
- b) Struktur kekuatan keluarga : Saling mengingatkan dan memotivasi penderita untuk terus melakukan pengobatan dapat mempercepat proses pengobatan.
- c) Struktur peran keluarga : Bila anggota keluarga dapat menerima dan melaksanakan peranannya dengan baik akan membuat anggota keluarga puas dan menghindari terjadi konflik dalam keluarga dan masyarakat.
- d) Nilai dan Peran keluarga : kemampuan anggota keluarga untuk memenuhi dan mengendalikan orang lain untuk merubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan. Perilaku individu masingmasing anggota keluarga yang ditampilkan merupakan gambaran dari nilai dan norma yang berlaku dalam keluarga(Suprajitno, 2004).

5) Fungsi Keluarga

- a) Fungsi Afektif : Fungsi afektif sangat penting jika salah satu anggota keluarga menderita TB paru yaitu dengan memberikan perhatian lebih dan khusus kepada penderita TB paru tersebut. Ini kaitannya dengan peran anggota keluarga dalam menentukan siapa yang menjadi Pengawas Menelan Obat (Akhmad, 2010).
- b) Fungsi sosial : Fungsi anggota keluarga dalam mengembangkan dan melatih untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan

rumah untuk berhubungan dengan orang lain. Tidak ada batasan penderita untuk bersosialisasi dengan lingkungan, karena sosialisasi sangat diperlukan untuk mengurangi stres bagi penderita.

- c) Fungsi reproduksi :Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.
 - d) Fungsi ekonomi :Tingkat pendidikan masyarakat di Indonesia sebagian besar masih rendah membuat tingkat sosial ekonomi dalam hal ini penghasilan sebagian rendah, hal ini memicu kesadaran masyarakat dalam memelihara kesehatan yang kurang, sehingga keluarga rentan tertular penyakit yang berbahaya.
 - e) Fungsi perawatan kesehatan : Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena kesehatanlah seluruh kekuatan sumber daya dan dana keuangan habis.
- 6) Tugas Kesehatan Keluarga
- a) Mengenal masalah kesehatan : ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah pada keluarga salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang pengertian, tanda dan gejala, perawatan dan pencegahan TB Paru.
 - b) Mengambil keputusan : menentukan 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 diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan tindakan keluarga.

c) Merawat anggota keluarga yang sakit : Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dikarenakan tidak mengetahui cara merawat penyakitnya. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjut atau perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan.

d) Memodifikasi lingkungan : Menjamin kesehatan keluarga, pemeliharaan lingkungan yang baik dan meningkatkan kesehatan keluarga dan membantu penyembuhan. Kondisi fisik rumah yang tidak memenuhi syarat dan karena terbatasnya sumber-sumber keluarga seperti dalam hal keuangan.

e) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan : Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan akan membantu anggota keluarga yang sakit memperoleh pertolongan dan mendapat perawatan segera agar masalah teratasi (Azzani,2011).

7) Stressor dan Koping Keluarga

a) Stressor jangka pendek : penyakit dengan jangka waktu yang pendek dan tidak mengancam kesehatan hanya sedikit menimbulkan perubahan perilaku dalam fungsi orang tersebut dan keluarga.

b) Stressor jangka panjang : penyakit berat apalagi mengancam kehidupan dapat menimbulkan perubahan emosi atau perilaku yang

lebih luas seperti ansietas, syok, penolakan, marah dan menarik diri (Rizqina, 2012). Pada penderita TB paru tidak sedikit yang timbul ketakutan dalam dirinya, ketakutan tersebut dapat berupa ketakutan pengobatan, kematian, efek samping obat, menular kepada orang lain, kehilangan pekerjaan, ditolak, diskriminasi dan lain-lain.

- c) Kemampuan keluarga dalam berespon terhadap stressor : penderita TB paru sangat membutuhkan dukungan dan kasih sayang keluarga, hal ini dapat ditunjukkan dalam keikutsertaan keluarga dalam merawat penderita TB paru. Perawatan baik fisik maupun psikis karena banyak stigma yang buruk dalam masyarakat tentang TB. Oleh karena itu dukungan keluarga sangat diperlukan dalam proses penyembuhan TB.
- d) Strategi koping dan strategi disfungsional yang digunakan : hal-hal yang dapat dilakukan keluarga dalam merawat penderita TB paru salah satunya dengan mengawasi menelan obat secara teratur dan menelan obatnya. Proses penyembuhan akan berhasil jika penderita TB Paru mengkonsumsi obat OAT secara teratur sampai selesai dengan pengawasan yang ketat keteraturan berobat yaitu diminum tidaknya obat-obat tersebut penting, karena ketidakteraturan berobat menyebabkan timbulnya masalah resistensi (Infodatin, 2018).

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

- 1) Pada tahap dini sulit diketahui.
- 2) Ronchi basah, kasar, dan nyaring.
- 3) Hipersonor/timpani bila terdapat kavitas yang cukup dan pada auskultasi memberikan suara umforik.

- 4) Pada keadaan lanjut terjadi atropi, retraksi interkostal, dan fibrosis.
- 5) Bila mengenai pleura terjadi effusi pleura (perkusi memberikan suara pekak).

Pemeriksaan tambahan

- 1) Sputum culture: untuk memastikan apakah keberadaan M. tuberculosis pada stadium aktif.
- 2) Ziehl neelsen (Acid-fast Stain applied to smear of body fluid) positif untuk BTA.
- 3) Skin test (PPD, mantoux, tine, and vollmer patch): reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih, timbul 48-72 jam setelah injeksi antigen intradermal) mengindikasikan infeksi lama dan adanya antibodi, tetapi tidak mengindikasikan penyakit sedang aktif.
- 4) Chest X-ray: dapat memperlihatkan infiltrasi kecil pada lesi awal di bagian atas paru-paru, deposit kalsium pada lesi primer yang membaik atau cairan pleura. Perubahan yang mengindikasikan TB yang lebih berat dapat mencakup area berlubang dan fibrosa.

2.3.3 Perumusan Masalah

Setelah data di analisis maka selanjutnya dapat dirumuskan kedalam diagnose Keperawatan keluarga. Dalam penyusunan diagnosa selalu mengacu kepada tipologi masalah kesehatan. Dalam tipologi masalah kesehatan keluarga ada 3 kelompok masalah besar, yaitu :

- 1) Ancaman kesehatan adalah keadaan yang dapat memungkinkan terjadinya penyakit, kecelakaan dan kegagalan mencapai potensi kesehatan.

- 2) Kurang atau tidak sehat adalah kegagalan dalam memantapkan kesehatan.
- 3) Situasi krisis adalah saat – saat banyak menuntut individu atau keluarga dalam menyesuaikan diri termasuk juga dalam hal sumber daya keluarga. Selain mengacu pada tipologi masalah kesehatan, juga mengacu pada berbagai alasan dari ketidakmampuan dalam melaksanakan tugas-tugas keluarga dalam bidang kesehatan.

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Langkah – langkah menentukan diagnose keperawatan keluarga :

- 1) Klasifikasi dan analisa data
 - 2) Interpretasi data
 - 3) Validasi data
 - 4) Perumusan diagnosa keperawatan
- Pengelompokan data :
- 1) Pola respon manusia
 - 2) Pola fungsi kesehatan

Pengelompokan data : perawat mengelompokkan data hasil pengkajian data subjektif dan objektif setiap kelompok diagnosis keperawatan.

Perumusa diagnose keperawatan :

- a) Masalah (problem) : adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinyakebutuhan dasar
- b) Penyebab (etiologi) : adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah.
- c) Tanda (sign) : adalah sekumpulan data subjektif dan objektif

yang diperoleh perawat.

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Tipologi dari diagnosis keperawatan :

1) Aktual (terjadi defisit / gangguan kesehatan)

Dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan. Diagnosa gangguan digunakan bila sudah timbul gangguan / masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptive.

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata / Sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada tugas kesehatan keluarga yaitu:

a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :

Persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:

Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah yang dirasakan keluarga, keluarga menyalahkan terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, serta informasi yang salah.

c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang

sakit, meliputi:

Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan keluarga perawatan yang dibutuhkan, sumber- sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi: Keuntungan / manfaat pemeliharaan lingkungan, pentingnya *hygiene* sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:

Keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, pengalaman keluarga yang kurang baik, pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

2) Risiko (ancaman kesehatan)

Sudah ada yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya : lingkungan rumah yang kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat.

3) Potensial (keadaan sejahtera / “wellness”)

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan belum ada data maladaptive. Perumusan diagnose keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P

(Problem) dan S (Symptom/Sign), tanpa komponen Etiologi (E).

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien, penyebabnya yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan. Masalah- masalah yang tidak dapat dipecahkan atau diatasi perawat bukan diagnosa keperawatan walaupun masalah- masalah ini ditentukan dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh perawat (Manurung, 2011).

Diagnosa keperawatan keluarga yang dibahas adalah sebagai berikut :

a) Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- (4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
- (5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

b) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

kesehatan.

- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- (4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
- (5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

c) Bersihan jalan napas tidak efektif dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- (4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
- (5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

d) Gangguan pola tidur berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- (4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
- (5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas

pelayanan kesehatan yang ada.

e) Defisit pengetahuan berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- (4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
- (5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

f) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- (4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
- (5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

g) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga

yang sakit.

(4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

(5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Setelah merumuskan masalah, langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah kesehatan dan keperawatan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam prioritas masalah adalah sebagai berikut. Tidak mungkin masalah-masalah kesehatan dan keperawatan yang ditemukan dalam keluarga dapat diatasi sekaligus.

- 1) Perlu pertimbangan masalah-masalah yang dapat mengancam kehidupan keluarga seperti masalah penyakit.
- 2) Perlu mempertimbangkan respon dan perhatian keluarga terhadap suatu keperawatan yang akan diberikan.
- 3) Keterkaitan keluarga dalam memecahkan masalah yang mereka hadapi.
- 4) Sumber daya keluarga yang dapat menunjang pemecahan masalah kesehatan atau keperawatan keluarga.
- 5) Pengetahuan dan kebudayaan keluarga. Skala prioritas dalam menyusun kesehatan keluarga.

Untuk dapat menentukan prioritas kesehatan dan keperawatan keluarga perlu disusun skala prioritas sebagai berikut :

Table 2.2 Cara Menentukan skala prioritas Diagnosa keperawatankeluarga
(Maglaya,2009)

Kriteria	Skor	Bobot
Sifat masalah Skala : - Aktual - Resiko - Potensial	3 2 1	1
Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : - Dengan mudah - Hanya sebagian - Tidak dapat	2 1 0	2
Potensi masalah untuk dicegah Skala : - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
Menonjolnya masalah Skala : - Masalah berat harus ditangani - Masalah yang tidak perlu segera ditangani - Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Keterangan :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dikalikan dengan bobot.
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria.
- 4) Skor tertinggi adalah 5 dalam skala prioritas, dan sama untuk seluruh bobot yang ada dalam skala prioritas tersebut.

Setelah kita mampu menentukan skor dari tiap kriteria kemudian kitalakukan perhitungan menggunakan rumus berikut untuk menetapkan nilai masalah. Skor dibagi angka tertinggi di kali bobot. Jumlahkan skornya. Skor tertinggi merupakan prioritas diagnose yang akan kita tanggulangi terlebih dahulu.

Skoring :

$$\frac{\text{Skoring}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- 1) Tentukan skor setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan bobot
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria

Faktor – Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Penentuan Prioritas :

Dengan melihat kriteria yang pertama, yaitu sifatnya masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada tidak / kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya didasari dan dirasakan oleh keluarga.

Untuk kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan keterjangkauannya faktor – faktor sebagai berikut :

- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- 2) Sumber daya keluarga : dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
- 3) Sumber daya perawat : dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan dan waktu.
- 4) Sumber daya masyarakat : dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.

Untuk kriteria ketiga, yaitu potensial masalah dapat dicegah, faktor –faktor yang perlu diperhatikan adalah :

- 1) Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit ataumasalah.
- 2) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
- 3) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan – tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- 4) Adanya kelompok “*high risk*” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

Untuk kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skore yang tertinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keluarga.

2.3.5 Intervensi (Membuat Perencanaan)

Intervensi keperawatan adalah proses kejadian verbal yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dikemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011).

- 1) Perilaku Kesehatan cenderung beresiko TB Paru pada anggota keluarga yang lain berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga

mengenal masalah kesehatan.

Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan resiko penularan TB paru dapat berkurang.

Tujuan khusus : setelah dilakukan pertemuan, keluarga mampu :

- a) Mampu mengenal penyakit TB paru Kriteria evaluasi : respon verbal

Intervensi : Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit TB Paru meliputi pengertian, tanda dan gejala, cara penanganan bagi anggota keluarga yang mengalami TB Paru.

- b) Menjelaskan kembali tanda dan gejala penyakit TB

paru Kriteria evaluasi : respon verbal Intervensi :

- (1) Berikan leaflet tentang tanda dan gejala seseorang yang mengalami atau diduga terkena TB Paru.
- (2) Diskusikan dengan keluarga dengan menggunakan leaflet tentang tanda dan gejala seseorang yang mengalami atau diduga terkena TB Paru.
- (3) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya menjelaskan kembali.

- 2) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan nutrisi terpenuhi.

Tujuan khusus : setelah dilakukan pertemuan, keluarga mampu

merawat anggota keluarga yang sakit.

Kriteria Evaluasi : respon psikomotorIntervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien TB Paru yang benar.
 - b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar sesuai standar yaitu : makan makanan yang bergizi tinggi kalori tinggi protein, menjaga lingkungan rumah yang bersih, usahakan sinar matahari masuk ke dalam rumah.
 - c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
 - d) Mendemonstrasikan cara perawatan pada pasien TB Paru yang meliputi penyusunan menu makanan yang bergizi.
 - e) Observasi tindakan keluarga dalam upacaya perawatan dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan TB Paru.
 - f) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan TB Paru.
 - g) Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein.
- 3) Resiko terjadinya komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan tidak terjadi komplikasi.

Tujuan khusus : setelah pertemuan 2x45 menit, keluarga mampu memodifikasi lingkungan.

Kriteria evaluasi : Respon psikomotor

Intervensi :

- a) Kaji jarak antara rumah dengan tempat pelayanan kesehatan terdekat.
 - b) Diskusikan dengan keluarga tentang kepemilikan kartu layanan kesehatan.
 - c) Diskusikan dengan keluarga tentang kendala yang menghambat untuk menggunakan layanan kesehatan.
 - d) Kaji keluarga tentang pemberian OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di layanan kesehatan.
 - e) Kaji tentang apakah ada kendala dalam mendapatkan OAT.
- 4) Potensial terjadinya kekambuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan tidak terjadi kekambuhan.

Tujuan khusus : setelah pertemuan 2x45 menit, keluarga mampu mengambil keputusan.

Kriteria evaluasi : Respon verbal

Intervensi :

- a) Diskusikan bersama keluarga tentang hal pertama yang dilakukan jika anggota keluarga mengalami tanda dan gejala TB Paru.
 - b) Kaji anggota keluarga yang menderita TB Paru, bagaimana pola dan gaya hidupnya.
 - c) Diskusikan bersama keluarga, siapa pengambil keputusan dalam keluarga.
- 5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga

mengenai masalah kesehatan.

Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan resiko penularan TB paru dapat berkurang.

Tujuan khusus : setelah dilakukan pertemuan, keluarga mampu :

a) Mampu mengenali penyakit TB paru Kriteria evaluasi : respon verbal

Intervensi : Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit TB Paru meliputi pengertian, tanda dan gejala, cara penanganan bagi anggota keluarga yang mengalami TB Paru.

b) Menjelaskan kembali tanda dan gejala penyakit TB paru Kriteria evaluasi : respon verbal Intervensi :

(1) Berikan leaflet tentang tanda dan gejala seseorang yang mengalami atau diduga terkena TB Paru.

(2) Diskusikan dengan keluarga dengan menggunakan leaflet tentang tanda dan gejala seseorang yang mengalami atau diduga terkena TB Paru.

(3) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya menjelaskan kembali

6) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan tidak terjadi kekambuhan.

Tujuan khusus : setelah pertemuan 2x45 menit, keluarga mampu mengambil keputusan.

Kriteria evaluasi : Respon verbal Intervensi :

- a) Diskusikan bersama keluarga tentang hal pertama yang dilakukan jika anggota keluarga mengalami tanda dan gejala TB Paru.
- b) Kaji anggota keluarga yang menderita TB Paru, bagaimana pola dan gaya hidupnya.
- c) Diskusikan bersama keluarga, siapa pengambil keputusan dalam keluarga.
- 7) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan nutrisi terpenuhi.

Tujuan khusus : setelah dilakukan pertemuan, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Kriteria Evaluasi : respon psikomotor Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien TB Paru yang benar.
- b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar sesuai standar yaitu : makan makanan yang bergizi tinggi kalori tinggi protein, menjaga lingkungan rumah yang bersih, usahakan sinar matahari masuk ke dalam rumah.

- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- d) Observasi tindakan keluarga dalam upacara perawatan dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan TB Paru.
- e) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan TB Paru.

2.3.6 Implementasi

Dalam implementasi ini pelaksanaan dari rencana keperawatan yang sudah direncanakan oleh perawat. Pelaksanaan merupakan salah satu proses dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga untuk untuk mengadakan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat. Dalam kondisi ini membangkitkan minat keluarga dalam berperilaku sehat. Maka perawat harus memahami teknik-teknik observasi. Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal dibawah ini yaitu :

- a) Menstimulasi keadaan atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara : memberikan informasi, mengidentifikasi, kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan dan mendorong sikap emosi yang sehat terhadap keluarga.
- b) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara : mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga dan mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.
- c) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara : mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan

alat dan fasilitas yang ada dirumah dan mengawasi keluarga dalam perawatan.

- d) Membantu keluarga dalam menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat dengan cara : menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga dalam melakukan perubahan pada lingkungan keluarga secara optimal.
- e) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara : mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga dengan membantu keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (mubarak, 2007).

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi adalah hasil rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk memelihara keberhasilannya.

- 1) Langkah-langkah dalam mengevaluasi pelayanan keperawatan keluarga yang berikan kepada pihak keluarga adalah :
 - a) Tentukan garis besar masalah kesehatan yang dihadapi dan bagaimana keluarga mengatasi masalah tersebut.
 - b) Tentukan bagaimana rumusan tujuan perawatan yang akan dicapai.
 - c) Tentukan kriteria dan standar untuk evaluasi. Kriteria dapat berhubungan dengan sumber-sumber proses atau hasil, tergantung pada dimensi evaluasi yang diinginkan.
 - d) Tentukan metode atau teknik evaluasi yang sesuai serta sumber-sumber data yang diperlukan.

- e) Bandingkan keadaan yang nyata (sesudah perawatan) dengan kriteria dan standar untuk evaluasi.
 - f) Identifikasi penyebab atau alasan penampilan yang tidak optimal atau pelaksanaan yang memuaskan.
 - g) Perbaiki tujuan berikutnya. Bila tujuan tidak tercapai perlu ditentukan alasan : mungkin tujuan tidak realistik, mungkin tindakan tidak tepat, atau ada faktor lingkungan yang tidak bisa diatasi.
- 2) Tahap evaluasi ada 2, yaitu :
- a) Evaluasi formatif adalah evaluasi yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan kontrak pelaksanaan.
 - b) Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang bertujuan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosis keperawatan, apakah rencana diteruskan, diteruskan sebagian, diteruskan dengan perubahan intervensi atau dihentikan.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian :

S : Ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subyektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi.

O : Keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan atau pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan.

- A : Analisa perawat setelah mengetahui respons subyektif dan obyektif keluarga yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga.
- P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa (Mubarak, 2005).

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara memecahkan masalah berdasarkan keilmuan (Nursalam, 2011). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data. Metode pada penelitian diskripsi kualitatif ini meliputi : wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi.

3.1 Rancangan Penelitian atau Desain Penelitian

Rancangan penelitian adalah kesatuan, rencana dan spesifik mengenai cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasi data. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah diskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Rancangan penelitian deskriptif yaitu suatu desain yang bertujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Sukarni, 2010). Rancangan penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berdasarkan pada filsafat postpositivesme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara gabungan, analisis data bersifat induktif atau kualitatif dan hasil penelitian lebih menekankan makna daripada generalisasi (Prof. Dr. Sugiyono, 2003). Studi kasus adalah pencarian

pengetahuan secara empiris yang menyelidiki kasus dalam konteks kehidupan nyata. Penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus ini bertujuan untuk dapat mengetahui gambaran asuhan keperawatan secara komprehensif. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, melakukan implementasi dan mengevaluasi. Unit kasus dianalisis secara mendalam dari berbagai segi yang berhubungan dengan kasus, faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian yang muncul akibat kasus, tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu pemaparan atau perlakuan tertentu.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus (Sukarni, 2010). Batasan istilah pada penelitian deskriptif kualitatif ini adalah asuhan keperawatan yang diberikan kepada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita TB paru, dimana asuhan keperawatan tersebut meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan pada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Tipe keluarga yang peneliti ambil adalah tipe keluarga inti dimana dalam satu keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang salah satu anggotanya menderita TB Paru tanpa komplikasi penyakit yang lain. Tuberculosis Paru pada pasien tanpa komplikasi penyakit lain ini ialah dimana pasien masih dalam

pengawasan pengobatan.

Tuberculosis (TB) merupakan suatu penyakit infeksi yang menyerang paru-paru yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri ini merupakan bakteri aerob obligat dan parasite intraseluler yang kuat sehingga memerlukan waktu lama untuk mengobatinya. Bakteri ini lebih sering menginfeksi paru-paru dibandingkan bagian lain tubuh manusia.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan orang yang diikutsertakan dalam suatu perencanaan, pelaksanaan dan memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan kewajibannya (Notoatmojo, 2007). Partisipan dalam penelitian ini adalah keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang salah satunya menderita TB paru tanpa komplikasi penyakit yang lain. Dimana pasien masih dalam pengobatan selama 6 bulan.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian dilakukan di RT. 18 RW. 06 Desa Ngadisuko Kecamatan Durenan Kabupaten Trenggalek.

3.4.2 Waktu Pelaksanaan

Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan pada tanggal 14 Mei sampai dengan 04 Juni 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Instrumen Penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan penelitian dalam mengumpulkan data penelitian (Arikunto, 2008). Dalam

penelitian ini instrument yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Keluarga.

Pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan (Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi sampai Evaluasi), pedoman observasi, pengukuran dengan alat, alat pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan. Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini, didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan pada saat peneliti melakukan praktik klinik. Adapun prosedur tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Peneliti meminta surat rekomendasi pengambilan data dan surat izin penelitian dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek
- 2) Peneliti datang ke KESBANGPOL (Kesatuan Bangsa dan Politik), dan menyerahkan surat izin peneliti dari institusi untuk mendapat surat rekomendasi untuk penelitian
- 3) Peneliti mendatangi Dinas Kesehatan Trenggalek dan menyerahkan surat rekomendasi.

- 4) Peneliti mendatangi Puskesmas Durenan serta responden dan menyerahkan surat rekomendasi dan surat izin penelitian.
- 5) Setelah semua syarat terpenuhi dan sudah di beri izin untuk melakukan penelitian, peneliti langsung berkunjung ke rumah keluarga yang di pilih
- 6) Peneliti menjelaskan tujuan mengenai tujuan penelitian pada keluarga
- 7) *Informed consent* di berikan kepada salah satu anggota yang menderita TB Paru
- 8) Keluarga diberikan kesempatan untuk bertanya jika ada yang diragukan
- 9) Keluarga setuju untuk diberikan asuhan keperawatan keluarga dan menandatangani *informed consent*
- 10) Peneliti meminta waktu kepada Keluarga untuk melakukan pengkajian menggunakan format pengkajian asuhankeperawatan keluarga dengan teknik wawancara dan anamnesa. Peneliti juga melakukan observasi dan pengukuran dengan melakukan pemeriksaan fisik pada Keluarga
- 11) Bersama keluarga, peneliti merumuskan dan menjelaskanintervensi apa yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga kepada keluarga
- 12) Peneliti melakukan implementasi dan evaluasi pada keluarga
- 13) Setelah selesai melakukan implementasi dan evaluasi peneliti membuat dokumentasi keperawatan dan melakukan terminasi terhadap keluarga.

3.6 Analisa Data

Menurut Sugiono (2007), bahwa analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil pengambilan data, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit – unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain.

Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian deskripsi kualitatif merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan (Sugiyono, 2007).

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta-fakta aktual di lapangan.

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferbility*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2007).

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks,

pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah – langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

Transferbility adalah sejauh mana hasil penerapan penelitian deskripsi kualitatif pada suatu subyek dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau penelitian deskripsi kualitatif lain yang sesuai.

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan.

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu objektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak – pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.8 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keparawatan langsung berhubungan dengan manusia. Maka segi etika penelitian yang harus diperhatikan dalam penyusunan proposal sebagai berikut :

3.8.1 *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi informan)

Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai obyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Informed consent secara tertulis tidak dilakukan pada penelitian ini, karena data penelitian pada penelitian ini diambil pada saat peneliti/mahasiswa melakukan praktik klinik. Sehingga, peneliti tidak dapat melampirkan lembar informed consent, tetapi sebelum melakukan proses asuhan keperawatan, tahap pertama yang dilakukan oleh peneliti/mahasiswa adalah memberikan penjelasan kepada keluarga tentang maksud dan tujuan dari proses asuhan keperawatan yang akan diberikan. Setelah keluarga menyetujui, maka proses asuhan keperawatan bisa dilakukan.

3.8.2 *Anonymity*

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden. Nama dari informasi tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, namun cukup dengan menuliskan nama inisial.

3.8.3 *Confidentiality*

Kerahasiaan artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari informasi dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah. Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai obyek dalam penyusunan karya tulis

ilmiah. Informed consent secara tertulis tidak dilakukan pada penelitian ini, karena data penelitian pada penelitian ini diambil pada saat peneliti atau mahasiswa melakukan praktik klinik. Sehingga, peneliti tidak dapat melampirkan lembar informed consent, tetapi sebelum melakukan proses asuhan keperawatan, tahap pertama yang dilakukan oleh peneliti/mahasiswa adalah memberikan penjelasan kepada keluarga tentang maksud dan tujuan dari proses asuhan keperawatan yang akan diberikan. Setelah keluarga menyetujui, maka proses asuhan keperawatan bisa dilakukan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Durenan tepatnya di Desa Ngadisuko, Jl. Raya Durenan-Prigi dengan luas wilayah kerja 17,38 km² yang terdiri dari 99% dataran rendah dan 1% dataran tinggi. Wilayah kerja Puskesmas Durenan terdiri dari 7 desa yaitu : Desa Durenan, Desa Ngadisoko, Desa Kendalrejo, Desa Semarum, Desa Malasan, Desa Panggungsari, Desa Pandean, Penelitian dilakukan pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita TB Paru di RT 18 RW 06 Desa Ngadisuko, Kecamatan Durenan, Kabupaten Trenggalek.

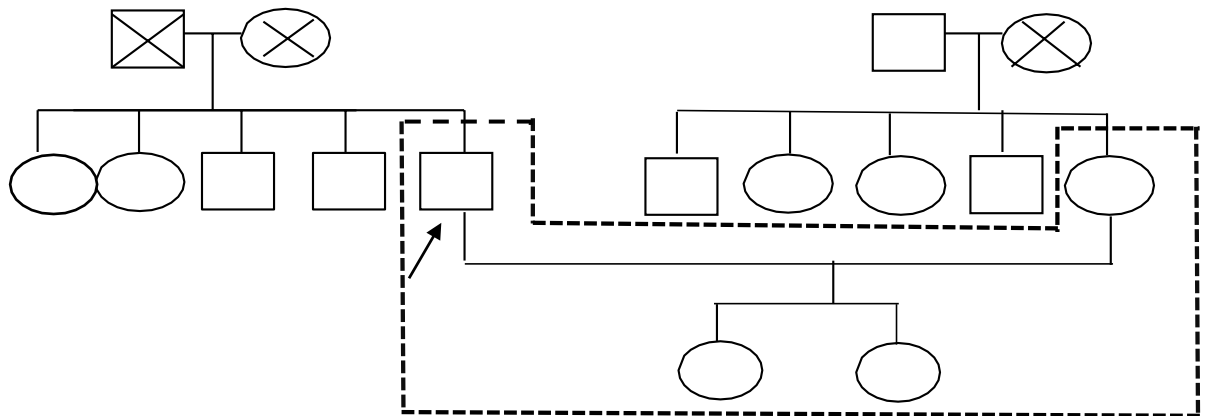
1) Identitas Umum

- a) Nama kepala keluarga (KK) : Tn. S
- b) Alamat : Rt 18 Rw 06, Ngadisuko, Durenan, Trenggalek
- c) Pekerjaan kepala keluarga : Swasta
- d) Pendidikan kepala keluarga : SMP

e) Komposisi keluarga :

No	Nama	Sex	Hub dg Keluarga	Umur	Pendidikan	Satatus Imunisasi					Ket
						BCG	Polio	DPT	HB	campak	
1.	Tn.S	L	Suami	51 Th	SMP	-	-	-	-	-	Lupa
2.	Ny.A	P	Istri	41 Th	SMA	-	-	-	-	-	Lupa
3.	An.S	P	Anak	19 Th	SMA (Pelajar)	√	√	√	√	√	Lengkap
4.	An.S	P	Anak	15 Th	SMP (Pelajar)	√	√	√	√	√	Lengkap

f) Genogram :



Ket :



= Perempuan



= Laki-laki



= Tinggal Serumah



= Pasien



= Garis perkawinan



= Garis keturunan



= Meninggal

- g) Tipe Keluarga : Tipe Keluarga Tn. S adalah keluarga Tradisional dengan kategori keluarga inti yang terdiri dari suami, istri dan anak
- h) Suku bangsa : Suku bangsa keluarga Tn. S Suku Jawa, sehingga kebudayaan keluarga yang dominan adalah kebudayaan jawa.
- i) Agama : Semua anggota keluarga Tn. S menganut agama islam dan tidak mempunyai kepercayaan lain, selain Allah Swt. Keluarganya yakin bahwa sehat, sakit dan mati adalah suatu garis kehidupan dari Allah Swt.
- j) Status sosial ekonomi keluarga : Ny.A mengatakan bekerja dirumah dengan memiliki usaha jualan sembako, Tn.S (Suaminya) yang bekerja swasta dengan pendapatan Tn.S dan Ny.A rata-rata Rp. 2.000.000-, per bulan.
- k) Aktifitas rekreasi keluarga : Keluarga Tn. S mengatakan belum pernah rekreasi atau liburan ke tempat wisata, bagi keluarga Tn. S menonton TV dirumah bersama keluarga sudah dianggap sebagai rekreasi.

2) Riwayat Kesehatan Dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

Tahap perkembangan keluarga saat ini	Keluarga Tn.S sudah memasuki tahap perkembangan keluarga dengan anak usia remaja.
Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi	Keluarga Tn.S sudah memenuhi tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah yang ditandai dengan anak pertama telah memasuki sekolah menengah atas.
Riwayat kesehatan keluarga	Tn.S mengatakan penyakit yang saat ini diderita berawal dari batuk kurang lebih 2 minggu yang dirasakan. Lalu kemudian Tn. S diantar keluarganya berobat ke Dokter setelah diperiksa dokter menyarankan untuk datang dan tes dahak ke Puskesmas Durenan sampai diketahui penyakitnya itu TB paru yang memerlukan waktu pengobatan selama kurang lebih 6 bulan. Dan Tn.S saat ini sudah menjalani pengobatan selama 3 bulan. Tn.S mengatakan bahwa tidak memiliki penyakit menular atau penyakit yang parah sebelumnya. Tn.S juga mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan.
Riwayat penyakit keluarga sebelumnya	Tn.S mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan dari orang tuanya. Tn.S mengatakan saudara dan keluarganya yang lain tidak ada yang memiliki penyakit TB paru.

3) Pengkajian Lingkungan

Tabel 4.3 Pengkajian Lingkungan

Karakteristik rumah	Rumah Tn.S memiliki luas 16×10^2. Rumah Tn.S merupakan rumah permanen yang berdiri diatas tanah milik pribadi. Rumah Tn.S sudah ber dinding, dan berlantai keramik. Dalam rumah Tn.S memiliki ruang tamu, 3 kamar tidur, ruang keluarga, kamar mandi. Keluarga Tn.S mengatakan selalu membuka jendela rumahnya sampai jam 10.00 wib. Pada saat pengkajian rumah tampak bersih dan jendela tidak terbuka. Kamar mandi terletak dibelakang rumah dengan WC jongkok. Kamar mandi licin. Tn. S mengatakan didepan kamar mandi terdapat sumur sebagai sumber air dan juga terdapat septik tank yang terletak dibelakang rumah dengan jarak kurang lebih 4 meter dari sumur (sumber air). Tn. S juga memiliki teras dan halaman yang cukup luas.
---------------------	---

Denah Rumah	
Karakteristik tetangga dan komunitas RW	Tn. S mengatakan tetangganya ramah dan saling membantu dengan tetangga yang lain. Tn.S juga mengatakan tetangganya sering menjenguk dirinya.
Mobilitas geografis keluarga	Keluarga Tn. S mengatakan tidak pernah berpindah tempat tinggal dan selalu menetap di rumah yang ditempatinya saat ini. Tempat tinggal Tn.S yaitu RT. 18 RW. 06 ,Ngadisuko, Durenan.
Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat	Tn.S sering berkumpul dan mengobrol dengan istri dan anaknya tetapi Tn.S mengatakan jarang sekali berbaur atau berinteraksi dengan tetangga dan sering bertemu tetangga saat bekerja saja.
Sistem pendukung keluarga	Jumlah anggota keluarga Tn. S yang sehat ada 3 orang. Tn.S mendapat dukungan dari keluarga besar untuk bisa sembuh dari penyakitnya dan tetap semangat. Tn.S memiliki kartu BPJS untuk menunjang kesehatan .

4) Struktur Keluarga

Tabel 4.4 Struktur Keluarga

Pola komunikasi keluarga	Keluarga Tn.S mengatakan berkomunikasi dengan menggunakan bahasa jawa untuk berbincang-bincang dengan keluarga yang lain maupun dengan tetangga disekitar rumahnya. Untuk berkomunikasi jarak jauh keluarga Tn.S menggunakan Handphone.
Struktur kekuatan keluarga	Tn. S mengatakan jika dalam keluarganya terdapat masalah selalu diselesaikan bersama-sama dengan anggota keluarga yang lain. Jika ada yang salah keluarga yang lain saling mengingatkan
Struktur peran	Tn.S berperan sebagai kepala keluarga yang bertanggung jawab atas keluarganya dan bertanggung jawab untuk menafkahi keluarganya. Ny. A berperan sebagai Istri Tn. S dan istri yang bertugas mengatur rumah tangga. Sedangkan An. S dan An.S berperan sebagai anak Tn. S dan Ny. A.
Struktur nilai atau norma keluarga	Dalam keluarga Tn. S tidak terdapat adat atau aturan khusus yang mempengaruhi keluarga terhadap pandangan kesehatan dan juga tidak memiliki norma atau aturan yang bertentangan dengan kesehatan

5) Fungsi Keluarga

Tabel 4.5 Fungsi Keluarga

Fungsi afektif	Tn.S tidak merasa lemah karena penyakit TB nya .Tn.S tetap semangat karena dapat dukungan dari keluarganya dan tetap bertanggung jawab sebagai kepala keluarga untuk menafkai keluarganya. Tn.S selalu terbuka dengan anggota keluarga yang lain dan keluarga Tn.S juga saling menghargai satu sama lain.
Fungsi sosialisasi peran	Dalam keluarga Tn.S hubungan interaksi terjalin dengan cukup baik. Keluarga Tn.S selalu bersikap terbuka, saling menghargai dan saling membantu satu sama lain. Jika terjadi suatu masalah keluarga Tn.S selalu mencari jalan keluarnya dengan bersama-sama. Tn.S mengatakan tetangganya juga sering datang untuk menjenguknya dan siap membantu jika terdapat kesulitan.
Fungsi reproduksi	Tn.S merupakan seorang Suami yang memiliki 2 orang anak. Tn.S mengatakan semua anaknya sudah memasuki Sekolah Menengah Atas dan Sekolah Menengah Pertama.
Fungsi ekonomi	Kebutuhan keluarga Tn. S cukup terpenuhi dengan penghasilan Tn.S sebagai pekerja serabutan dan usaha dirumah dan

	pengaturan keuangan yang baik oleh Ny.A.
Fungsi perawatan kesehatan	
a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	Keluarga Tn. S belum mampu mengenal masalah kesehatan yang terjadi ditandai dengan pada saat kunjungan baik Tn. S ataupun keluarganya tidak ada yang memakai masker. Tn. S mengatakan memakai masker hanya saat ada petugas kesehatan saja. Tn. S bertanya pada petugas tentang apa itu penyebab TBC dan apa akibat jika tidak memakai masker. Tn. S juga bertanya apa efek samping dari pengobatan TBC. Keluarga Tn. S mengatakan tidak tahu jika harus menggunakan masker, yang mereka tahu yang perlu memakai masker itu hanya Tn.S saja
b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah	Dalam keluarga Tn. S pengambilan keputusan berada ditangan Tn. S (Kepala keluarga) yang segera memutuskan untuk membawa Tn.S berobat ke Puskesmas dan rutin mengambil obat di Puskesmas jika obat Tn.S sudah habis. Ny.A juga selalu mengawasi Tn.S untuk minum obat.
c. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	
1). Pola pemberian nutrisi	Sebelum sakit Tn.S mengatakan makan 3x sehari pagi, siang dan malam hari dengan nasi, lauk, sayur dan minum air putih. Tn.S makan dengan porsi sedang dan selalu habis. Sedangkan pada saat sakit Tn.S mengatakan makan seperti biasa tetapi dengan sedikit mengurangi porsi atau pada saat lapar saja, dan air putih 7-8 gelas setiap harinya. Tn.S mengatakan saat sakit tidak ada sedikit ada penurunan napsu makan pada awal sakit tetapi keluarga selalu memotivasi Tn.S untuk makan sedikit tapi sering. Tn.S selalu meminum obatnya dengan teratur sesuai anjuran dari Puskesmas dengan pengawasan dari Ny.A (istrinya)
2). Personal hygiene	Sebelum sakit Tn.S mengatakan mandi 2x sehari dengan sabun, keramas tiap 3 hari sekali dengan shampo, menggosok gigi saat bangun tidur, serta mengganti pakaian tiap merasa kotor. Sedangkan selama $\pm$ 3 bulan Tn.S sakit, Tn.S mengatakan mandi dengan air hangat dan keramas 4-5 hari sekali.
3). Pola aktivitas dan latihan	Sebelum sakit Tn.S mengatakan sering berjalan-jalan saat pagi hari disekitar rumahnya. Sedangkan saat sakit Tn.S

	mengatakan tetap memiliki aktifitas diluar rumah, setiap harinya Tn.S hanya duduk, makan, tidur dan tetap melakukan aktivitas seperti biasa.
4). Pola istirahat tidur	Sebelum sakit Tn.S mengatakan tidur saat siang hari selama 2 jam dan malam hari selama ± 8 jam dan tidak memiliki kesulitan untuk tidur. Sedangkan pada saat sakit Tn.S mengatakan tidur siang selama 1 jam dan tidur malam 8 jam. Tn.S tidak memiliki masalah untuk istirahat tidur
5). Pola rekreasi	Sebelum sakit Tn.S mengatakan kesibukannya bekerja dan mengantar jemput anak sekolah. Sedangkan saat sakit Tn.S mengatakan tetap menjalankan aktivitas seperti biasa. Tn.S mengatakan belum pernah rekreasi keluar hanya sering menonton TV bersama keluarga.
d. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan	Tn. M mengatakan jarak septik tank dengan sumur kurang lebih 4 meter. Tn.S mengatakan membersihkan rumah jika sudah terlihat sangat kotor.
e. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan	Keluarga Tn. S selalu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan saat ada anggota keluarganya yang sakit. Keluarga Tn. S menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan dokter praktek.

6) Stressor Dan Koping Keluarga

Tabel 4.6 Stressor Dan Koping Keluarga

Stressor jangka pendek dan panjang	
a. Stressor jangka pendek	Keluarga Tn.S memiliki tanggung jawab untuk membuat memotivasi dan memberi semangat Tn.S. Keluarga Tn. S juga memiliki tanggung jawab untuk menjadi pengawas Tn.S dalam meminum obatnya selama kurang lebih 6 bulan sampai pengobatan Tn.S selesai.
b. Stressor jangka panjang	Keluarga Tn.S mengatakan khawatir dengan kondisi Tn.S setelah sembuh. Khawatir tentang penyakit yang diderita Tn.S bisa kambuh lagi atau tidak, apa Tn.S bisa beraktivitas dan berinteraksi seperti saat sebelum Tn.S sakit.
Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor	Keluarga Tn. S mengatakan selalu memotivasi Tn.S agar tetap semangat dan selalu meminum obatnya sesuai aturan. Keluarga Tn. S juga selalu memperhatikan

	pola makan dan pengobatan Tn.S agar dapat segera sembuh.
Strategi koping yang digunakan	Keluarga Tn. S selalu melakukan musyawarah dengan anggota keluarga yang lain untuk kemudian memutuskan solusi permasalahan yang terjadi, sehingga semua anggota tau dan saling memberikan pendapat.
Strategi adaptasi disfungsional	Jika dalam keluarga Tn. S terdapat masalah selalu dibicarakan baik-baik dan diselesaikan bersama-sama. Jika terdapat anggota keluarga yang sakit maka akan segera dibawa ke pelayanan kesehatan

7) Harapan Keluarga

Keluarga Tn. S berharap Tn.S dapat segera sembuh dari penyakitnya dan bisa bersosialisasi dengan orang lain lagi.

Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik

(seluruh anggota keluarga)

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga			
		Tn. S	Ny.A	An.S	An. S
1	Keadaan umum	Baik	Baik	Baik	Baik
2	Tanda – tanda vital :				
	• Suhu	36,2°C	36,4°C	36,0°C	36.3 °C
	• TD	130/80 mmHg	120/90 mmHg	100/90 mmHg	110/90mmHg
	• TB	165 cm	160 cm	162 cm	151 cm
	• BB	Sblm Sakit : 58Kg Saat Sakit: 49Kg Sekarang : 54Kg	68 kg	54 Kg	45 Kg
	• Nadi	84x/menit	82x/menit	80x/menit	82x/menit
	• RR	20x/menit	20x/menit	20x/menit	20x/menit
3	Pemeriksaan kepala dan leher :				
	1. Kepala dan rambut				
	a. Bentuk kepala	Oval, tidak ada benjolan	Oval, tidak ada benjolan	Oval , tidak ada benjolan	Oval , tidak ada benjolan

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga			
		Tn. S	Ny.A	An.S	An. S
	Kulit kepala	Lembab,tidak ada lesi	Lembab, tidak ada lesi	Lembab,tidak ada lesi	Lembab, tidak ada lesi
	b. Rambut				
	Penyebaran dan keadaan rambut	Merata, keadaan rambut berantakan dan kumal	Merata, keadaan rambut berantakan dan bersih	Merata, keadaan rambut berantakan dan bersih	Merata, keadaan rambut berantakan dan bersih
	Bau	Khas keringat	Khas keringat	Khas keringat	Khas keringat
	Warna	Hitam beruban	Hitam	Hitam	Hitam
	c. Wajah				
	Warna kulit	Sawo matang, tidak pucat	Sawo matang, tidak pucat	Sawo matang tidak pucat	Sawo matang tidak pucat
	Struktur wajah	Bagian wajah lengkap	Bagian wajah lengkap	Bagian wajah lengkap	Bagian wajah lengkap
	2. Mata				
	Kelengkapan dan kesimetrisan	Lengkap, simetris kanan kiri	Lengkap, simetris kanan kiri	Lengkap, simetris kanan kiri	Lengkap, simetris kanan kiri
	Kelopak mata (palpera)	Tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi	Tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi	Tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi	Tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi
	Konjungtiva dan sclera	Konjungtiva merah muda, sclera putih	Konjungtiva merah muda, sclera putih	Konjungtiva merah muda, sclera putih	Konjungtiva merah muda, sclera putih
	Pupil	Reflex pupil terhadap cahaya isokor (mengecil)	Reflex pupil terhadap cahaya isokor (mengecil)	Reflex pupil terhadap cahaya isokor (mengecil)	Reflex pupil terhadap cahaya isokor (mengecil)
	Kornea dan iris	Tidak ada peradangan	Tidak ada peradangan	Tidak ada peradangan	Tidak ada peradangan
	Ketajaman penglihatan	Klien dapat melihat tanpa bantuan kacamata	Klien dapat Melihat tanpa bantuan kacama	Klien dapat Melihat tanpa bantuan kacamata	Klien dapat Melihat tanpa bantuan kacamata
	Tekanan bola mata	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
	3. Hidung				
	Tulang hidung dan posisi septum nasi	Tidak ada nyeri tekan dan posisis septum nasi ditengah	Tidak ada nyeri tekan dan posisis septum nasi ditengah	Tidak ada nyeri tekan dan posisis septum nasi ditengah	Tidak ada nyeri tekan dan posisis septum nasi ditengah
	Lubang hidung	Simetris kanan kiri, tidak ada scret	Simetris kanan kiri, tidak ada secret	Simetris kanan kiri, tidak ada secret	Simetris kanan kiri, tidak ada secret

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga			
		Tn.S	Ny.A	An.S	An. S
	Cuping hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung
	4. Telinga				
	Bentuk telinga	Simetris kanan kiri	Simetris kanan kiri	Simetris kanan kiri	Simetris kanan kiri
	Ukuran telinga	Normal	Normal	Normal	Normal
	Ketegangan telinga	Lentur, tidak ada ketegangan telinga	Lentur, tidak ada ketegangan telinga	Lentur, tidak ada ketegangan telinga	Lentur, tidak ada ketegangan telinga
	Lubang telinga	Ada lubang telinga, simetris kanan kiri, ada serumen, tidak ada peradangan	Ada lubang telinga, simetris kanan kiri, ada serumen, tidak ada peradangan	Ada lubang telinga, simetris kanan kiri, ada serumen, tidak ada peradangan	Ada lubang telinga, simetris kanan kiri, ada serumen, tidak ada peradangan
	Ketajaman pendengaran	Pendengaran baik	Pendengaran baik	Pendengaran baik	Pendengaran baik
	5. Mulut dan faring				
	Keadaan bibir	Tidak ada lesi, mukosa lembab	Tidak ada lesi, mukosa lembab	Tidak ada lesi, mukosa lembab	Tidak ada lesi, mukosa lembab
	Keadaan gusi dan gigi	Tidak ada Karies gigi, Tidak ada peradangan pada gusi	Tidak ada Karies gigi, Tidak ada peradangan pada gusi	Tidak ada Karies gigi, Tidak ada peradangan pada gusi	Tidak ada Karies gigi, Tidak ada peradangan pada gusi
	Keadaan lidah	bersih, tidak ada sariawan	Bersih, tidak ada sariawan	Bersih, tidak ada sariawan	Bersih, tidak ada sariawan
	Orofaring	Tidak ada pembengkakan	Tidak ada pembengkakan	Tidak ada pembengkakan	Tidak ada pembengkakan
	6. Leher				
	posisi trakea	Tepat berada di tengah	Tepat berada di tengah	Tepat berada di tengah	Tepat berada di tengah
	Tiroid	Tidak ada pembesaran tiroid	Tidak ada pembesaran tiroid	Tidak ada pembesaran tiroid	Tidak ada pembesaran tiroid
	Suara	Terdengar jelas	Terdengar jelas	Terdengar jelas	Terdengar jelas
	Kelenjar limphe	Tidak ada pembesaran kelenjar limphe	Tidak ada pembesaran kelenjar limphe	Tidak ada pembesaran kelenjar limphe	Tidak ada pembesaran kelenjar limphe
	Vena jugularis	Tidak ada pembesaran vena jugularis	Tidak ada pembesaran vena jugularis	Tidak ada pembesaran vena jugularis	Tidak ada pembesaran vena jugularis

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga			
		Tn. S	Ny.A	An.S	An. S
	Denyut nadi carotis	Teraba, berdenyut, teratur	Teraba, berdenyut, teratur	Teraba, berdenyut, teratur	Teraba, berdenyut, teratur
4	Pemeriksaan integument (kulit)				
	Kebersihan	Bersih	Bersih	Bersih	Bersih
	Kehangatan	Hangat, normal	Hangat, normal	Hangat, normal	Hangat, normal
	Warna	Sawo matang, tidak pucat	Sawo matang, tidak pucat	Sawo matang, tidak pucat	Sawo matang, tidak pucat
	Turgor	Kembali < 2 detik	Kembali <2 detik	Kembali < 2 detik	Kembali <2 detik
	Tekstur	Lembut	Lembut	Lembut	Lembut
	Kelembaban	Lembab	Lembab	Lembab	Lembab
	Kelainan pada kulit	Tidak ada kelainan pada kulit	Tidak ada kelainan pada kulit	Tidak ada kelainan pada kulit	Tidak ada kelainan pada kulit
5	Pemeriksaan payudara dan ketiak :				
	Ukuran dan bentuk payudara	bidang, dan simetris kanan kiri	Sedang, dan simetris kanan kiri	sedang, simetris kanan kiri	Kecil, simetris kanan kiri
	Warna payudara	Warna payudara seperti warna kulit, areola coklat	Warna payudara seperti warna kulit, areola coklat	Warna payudara seperti warna Kulit	Warna payudara seperti warna kulit
	Kelainan – kelainan payudara dan puting	Tidak ada kelainan pada payudara	Tidak ada kelainan pada payudara	Tidak ada kelainan pada payudara	Tidak ada kelainan pada payudara
	Axila dan clavikula	Tidak ada Massa di axila dan clavikula	Tidak ada Massa di axila dan clavikula	Tidak ada Massa di axila dan clavikula	Tidak ada massa axila dan clavikula
6	1. Pemeriksaan thorak . Inspeksi thorak :				
	Bentuk thorak	Normal chest	Normal chest	Normal chest	Normal chest
	Pernafasan	Pola nafas teratur, respirasi 20x/menit	Pola nafas teratur, respirasi 20x/menit	Pola nafas teratur, respirasi 20x/menit	Pola nafas teratur, respirasi 20x/menit
	Tanda – tanda kesulitan bernafas	Tidak ada tanda-tanda kesulitan bernafas	Tidak ada tanda-tanda kesulitan bernafas	Tidak ada tanda-tanda kesulitan bernafas	Tidak ada tanda-tanda kesulitan bernafas

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga			
		Tn. S	Ny.A	An.S	An.S
	. Palpasi getaran suara(vocal fremitus)	Getaran sama di seluruh lapang paru kanan kiri	Getaran sama di seluruh lapang paru kanan kiri	Getaran sama di seluruh lapang paru kanan kiri	Getaran sama di seluruh lapang paru kanan kiri
	c. Perkusi	Sonor	Sonor	Sonor	Sonor
	. Auskultasi				
	• Suara nafas	Vesicular, terdengar di seluruh lapang paru	Vesicular, terdengar di seluruh lapang paru	Vesicular, terdengar di seluruh lapang paru	Vesicular, terdengar di seluruh lapang paru
	• Suara ucapan	Normal, terdengar jelas	Normal, terdengar jelas	Normal, terdengar jelas	Normal, terdengar jelas
	• Suara tambahan	Tidak ada suara tambahan	Tidak ada suara tambahan	Tidak ada suara tambahan	Tidak ada suara tambahan
	. Pemeriksaan jantung				
	. Inspeksi dan palpasi				
	• Pulsasi	Tidak teraba	Tidak teraba	Tidak teraba	Tidak teraba
	• Ictus cordis	Terletak di ICS5 mid clavikula sinistra	Terletak di ICS 5 mid clavikula sinistra	Terletak di ICS 5 mid clavikula sinistra	Terletak di ICS 5 mid clavikula sinistra
	. Perkusi	Pekak	Pekak	Pekak	Pekak
	• Batas – batas jantung	ICS 3 kanan, 2 cm dari sternum ICS 2, 1 cm dari sternum kiri ICS 5 kiri, 4 cm dari sternum	ICS 3 kanan, 2 cm dari sternum ICS 2, 1 cm dari sternum kiri ICS 5 kiri, 4 cm dari sternum	ICS 3 kanan, 2 cm dari sternum ICS 2, 1 cm dari sternum kiri ICS 5 kiri, 4 cm dari sternum	ICS 3 kanan, 2 cm dari sternum ICS 2, 1 cm dari sternum kiri ICS 5 kiri, 4 cm dari sternum
	. Auskultasi				
	• Bunyi jantung I	Terdengar lub di ICS 5 mid clavikula kiri, tunggal, lemah	Terdengar lub di ICS 5 mid clavikula kiri, tunggal, lemah	Terdengar lub di ICS 5 mid clavikula kiri, tunggal, lemah	Terdengar lub di ICS 5 mid clavikula kiri, tunggal, lemah
	• Bunyi jantung II	Terdengar dub di ICS 2, tunggal, lemah	Terdengar dub di ICS 2, tunggal, lemah	Terdengar dub di ICS 2, tunggal, lemah	Terdengar dub di ICS 2, tunggal, lemah
	• Bunyi jantung tambahan	Tidak terdengar	Tidak terdengar	Tidak terdengar	Tidak terdengar
	• Bising /	Tidak terdengar	Tidak terdengar	Tidak terdengar	Tidak terdengar
	• Frekwensi denyut jantung	83x/menit	85x/menit	80x/menit	80x/menit

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga			
		Tn. S	Ny.A	An.S	An. S
	Pemeriksaan Abdomen				
	a. Inspeksi				
	• Bentuk abdomen	Datar	Sedikit buncit	Datar	Datar
	• Benjolan massa	Tidak ada benjolan massa	Tidak ada benjolan massa	Tidak ada benjolan massa	Tidak ada benjolan massa
	• Bayangan pembuluh darah abdomen	Tidak ada bayangan pembuluh darah	Tidak ada bayangan pembuluh darah	Tidak ada bayangan pembuluh darah	Tidak ada bayangan pembuluh darah
	b. Auskultasi				
	Peristaltik usus	18 x / menit	12 x / menit	14 x / menit	15 x / menit
	c. Palpasi				
	• Tanda nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
	• Benjolan massa	Tidak ada benjolan massa	Tidak ada benjolan massa	Tidak ada benjolan massa	Tidak ada benjolan massa
	• Tanda tanda ascites	Tidak ada tanda-tanda ascites	Tidak ada tanda-tanda ascites	Tidak ada tanda-tanda ascites	Tidak ada tanda-tanda ascites
	• Hepar	Tidak ada pembesaran hepar	Tidak ada pembesaran hepar	Tidak ada pembesaran hepar	Tidak ada pembesaran hepar
	• Lien	Tidak ada pembesaran lien	Tidak ada pembesaran lien	Tidak ada pembesaran lien	Tidak ada pembesaran lien
	• Titik Mc. Burne	Tidak ada nyeri tekan di titik Mc. Burne	Tidak ada nyeri tekan di titik Mc. Burne	Tidak ada nyeri tekan di titik Mc. Burne	Tidak ada nyeri tekan di titik Mc. Burne
	d. Perkusi				
	• Suara abdomen	Tympani	Tympani	Tympani	Tympani
	• Pemeriksaan ascites	Tidak ada ascites	Tidak ada ascites	Tidak ada ascites	Tidak ada ascites
8	Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya :				
	a. Genetalia				
	• Rambut pubis	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga			
		Tn. S	Ny.A	An.S	An. S
	Meat us uretra	Px mengatakan tidak pernah menahan kencing	Px mengatakan tidak pernah menahan kencing	Px mengatakan tidak pernah menahan kencing	Px mengatakan tidak pernah menahan kencing
	• Kelainan – kelainan pada genetalia eksterna dan daerah inguinal	Px mengatakan tidak ada kelainan pada genetalia	Px mengatakan tidak ada kelainan pada genetalia	Px mengatakan tidak ada kelainan pada genetalia	Px mengatakan tidak ada kelainan pada genetalia
	b. Anus dan perineum				
	• Lubang anus	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian
	• Kelainan – kelainan pada anus	Px mengatakan tidak ada kelainan pada anus	Px mengatakan tidak ada kelainan pada anus	Px mengatakan tidak ada kelainan pada anus	Px mengatakan tidak ada kelainan pada anus
	• Perineum	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian
9	Pemeriksaan musculoskeletal				
	• Kesimetrisan otot	Simetris antara kanan dan kiri	Simetris antara kanan dan kiri	Simetris antara kanan dan kiri	Simetris antara kanan dan kiri
	• Pemeriksaan oedem	Tidak ada oedem	Tidak ada oedem	Tidak ada oedem	Tidak ada oedem
	• Kekuatan otot	Kekuatan tangan kanan dan diri normal, kekuatan kaki kanan dan kiri normal.	Kekuatan tangan kanan dan diri normal, kekuatan kaki kanan dan kiri normal.	Kekuatan tangan kanan dan diri normal, kekuatan kaki kanan dan kiri normal.	Kekuatan tangan kanan dan diri normal, kekuatan kaki kanan dan kiri normal.
	• Kelainan – kelainan pada ekstremitas dan kuku	Tidak ada kelainan pada ekstremitas dan kuku, jari – jari lengkap	Tidak ada kelainan pada ekstremitas dan kuku, jari – jari lengkap	Tidak ada kelainan pada ekstremitas dan kuku, jari – jari lengkap	Tidak ada kelainan pada ekstremitas dan kuku, jari – jari lengkap

10	Pemeriksaan neurologi				
	1. Tingkat kesadaran (secara kuantitatif) / GCS	Kesadaran komposmentis / GCS 456	Kesadaran komposmentis / GCS 456	Kesadaran komposmentis / GCS 456	Kesadaran komposmentis / GCS 456
	.Tanda –tanda rangsangan otak	Tidak ada penurunan kesadaran, tidak kejang,dan tidak ada kaku	Tidak ada penurunan kesadaran, tidak kejang, dan tidak ada kaku	Tidak ada penurunan kesadaran, tidak kejang, dan tidak ada kaku	Tidak ada penurunan kesadaran, tidak kejang, dan tidak ada kaku
	Syaraf otak	Klien dapat membau, melihat, mendengar, menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, menggerakkan kepala dan menjulurkan lidah.	Klien dapat membau, melihat, mendengar, menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, menggerakkan kepala dan menjulurkan lidah.	Klien dapat membau, melihat, mendengar, menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, menggerakkan kepala dan menjulurkan lidah.	Klien dapat membau, melihat, mendengar, menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, menggerakkan kepala dan menjulurkan lidah.
	Fungsi motorik	Klien dapat merasakan rangsangan yang diberikan, tidak ada gerakan motoric tanpa disadari.	Klien dapat merasakan rangsangan yang diberikan, tidak ada gerakan motoric tanpa disadari.	Klien dapat merasakan rangsangan yang diberikan, tidak ada gerakan motoric tanpa disadari.	Klien dapat merasakan rangsangan yang diberikan, tidak ada gerakan motoric tanpa disadari.
	5. Fungsi sensorik	Klien dapat merasakan sentuhan, panas,dingin, dan sakit.	Klien dapat merasakan sentuhan, panas,dingin, dan sakit.	Klien dapat merasakan sentuhan, panas, dingin, dan sakit.	Klien dapat merasakan sentuhan, panas, dingin, dan sakit.

Tabel 4.8 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab
1.	DS : - Tn.S mengatakan memakai masker hanya saat ingat dan saat ada petugas kesehatan. - Tn.S bertanya pada petugas kesehatan tentang penyebab TB, tanda, penularan, dan pencegahan. DO : - Pada saat kunjungan keluarga tidak ada yang memakai masker. - Tn.S belum menerapkan etika batuk dan bersin yang benar	Defisit Pengetahuan	Ketidak mampuan keluarga dalam mengenal masalah
2.	DS : - Keluarga Tn.S mengatakan jarak septic tank $\pm$ 4 meter dari sumber air (sumur) DO : - Septic tank terletak dibelakang rumah - Pencahayaan dirumah cukup - Kondisi rumah berdinding tembok dan berlantai keramik - Kamar mandi sedikit licin - Rumah tampak berdebu - Pada saat pengkajian jendela tidak terbuka - Jualan dirumah terlihat berantakan	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko	Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal muncul	Diagnosa keperawatan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
1.	19-05-2025	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah		
2.	19-05-2025	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan		

SKALA PRIORITAS MASALAH

Diagnosa keperawatan :						
Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah						
No	Kriteria	Skor	Nilai	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat masalah					Karena masalah sudah terjadi dan didukung dgn data Keluarga Tn. S tidak ada yang menggunakan masker
	a. Aktual	3	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	
	b. Resiko	2				
	c. Potensial	1				
2	Kemungkinan masalah dapat diubah					Kemungkinan masalah dapat diubah dengan mudah karena Keluarga Tn. S antusias untuk ingin mengetahui tentang penyebab TBC dan akibat tidak memakai masker
	a. Dengan mudah	2	2	2	$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	
	b. Hanya sebagian	1				
	c. Tidak dapat	0				
3	Potensial masalah untuk dicegah					Potensial masalah untuk dicegah tinggi karena keluarga menganggap bahwa sakitnya bisa diobati dan Tn.S ingin segera sembuh dari penyakitnya.
	a. Tinggi	3	2	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	
	b. Cukup	2				
	c. Rendah	1				
	Menonjolnya masalah					Masalah harus segera ditangani untuk mencegah terjadinya penularan ditandai dengan Keluarga Tn. S tidak tahu jika penggunaan masker sangat penting yang keluarga tahu hanya pasien saja yang perlu memakai masker
	a. masalah berat harus segera ditangani	2	1	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	
	b. ada masalah tapi tidak perlu ditangani	1				
	c. masalah tidak dirasakan	0				
Jumlah skor					4	

Tabel 4.10 Skala Prioritas Masalah

Diagnosa keperawatan :						
Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan						
No	Kriteria	Skor	Nilai	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat masalah					Masalah belum terjadi dan masih berpotensi terjadi ditandai dengan Septik tank di rumah Tn.S terletak dekat dengan sumur/sumber air dengan jarak ± 4 m
	a. Aktual	3	1	1	$\frac{1}{3} \times 1 = 1$	
	b. Resiko	2				
	c. Potensial	1				
2	Kemungkinan masalah dapat diubah					Kemungkinan masalah dapat diubah hanya sebagian ditandai dengan Keluarga Tn.S mengatakan tidak tahu jika jarak septik tank dengan rumah ± 10 m. jika pun mau dipindah itu belum bisa.
	a. Dengan mudah	2	1	2	$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	
	b. Hanya sebagian	1				
	c. Tidak dapat	0				
3	Potensial masalah untuk dicegah					Potensial masalah untuk dicegah rendah ditandai dengan Keluarga Tn.S mengatakan tidak dapat mengurangi masalah yang sudah terjadi karena septik tank tidak bisa dipindahkan
	a. Tinggi	3				
	b. Cukup	2	1	1	$\frac{1}{3} \times 1 = \frac{1}{3}$	
	c. Rendah	1				
4	Menonjolnya masalah					Menonjolnya masalah harus segera ditangani ditandai dengan perawat Perlu menyadarkan keluarga Tn.S bahwa masalah ini tidak bisa diabaikan begitu saja
	a. masalah berat harus segera ditangani	2				
	b. ada masalah tapi tidak perlu ditangani	1	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	
	c. masalah tidak dirasakan	0				
Jumlah skor					$3\frac{1}{3}$	

Tabel 4.11 Intervensi

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standart	Intervensi	Tanda tangan
1.	19 – 05 – 2025	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah	Setelah dilakukan 4x kunjungan diharapkan keluarga dapat mengenal masalah sehingga dapat mencegah terjadinya penularan penyakit	Respon verbal keluarga	Penyakit menular adalah suatu penyakit yang diserita oleh seseorang yang dapat ditularkan melalui suatu cara pada oranglain contoh penyakit menular salah satunya adalah TB paru.Untuk penyakit TB paru dapatdengan mudah menular dengan droplet (percikan ludah) dan udara oleh karena itu penggunaan masker bagi penderita sangatlah penting untuk mencegah terjadinya penularan penyakit TB	1. Kaji pengetahuan keluarga tantang penyakit menular dan penggunaan masker 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3. Diskusikan dengan keluarga Tn S mengenai penyakit menular dan penggunaan masker 4. Tanyakan kembali pada keluarga Tn S tentang penyakit menular dan penggunaan masker 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Berikan pujian pada keluarga Tn S	

2.	10 Maret 2022	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga selama 4x kunjungan keluarga mampu : 1. Mampu menyebutkan pengertian rumah sehat dan syarat-syarat rumah sehat 2. Mampu menjaga lingkungan rumah sehat	Respon verbal keluarga	1. Lingkungan rumah sehat adalah rumah yang selalu bersih baik dari kotoran, debu, maupun sampah perabotan rumah tangga tertata rapi, mempunyai ruang terpisah, sinar matahari dapat masuk, ada ventilasi, ada sarana air bersih, ada tempat pembuangan sampah, mempunyai sarana MCK, dan bangunan kuat. 2. Syarat-syarat rumah sehat : • Lantai rumah tidak berdebu dan berair • Terdapat jendela dan ventilasi udara • Penerangan cukup • Air bersih terpenuhi • Terdapat saluran pembuangan • Jarak septick tank dengan sumur $\pm$ 10 meter	1. Mengkaji dan menggali keluarga tentang syarat-syarat rumah sehat 2. Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan 3. Menanyakan kembali tentang syarat-syarat rumah sehat dengan keluarga Tn.S tentang diskusi yang sudah dibahas mengenai syarat-syarat rumah sehat.	
----	---------------	--	--	------------------------	---	--	--

Tabel 4.12 Implementasi

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Tanda Tangan
1.	10 Maret 2022	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah	1. Melakukan kunjungan ke rumah keluarga Tn.S 2. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien 3. Menggali pengetahuan keluarga tentang pengertian, penyebab, cara penularan, dan cara pencegahan tuberculosis paru 4. Menjelaskan pada keluarga tentang pengertian, penyebab, cara penularan, dan cara pencegahan tuberculosis paru. Tuberkulosis (TBC dan TB) merupakan suatu penyakit infeksi yang menyerang paru-paru yang disebabkan oleh bakteri <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. Cara penularan melalui percikan dahak yang berasal dari penderita TB saat batuk. Bila saat batuk penderita tidak menutup mulut maka kuman <i>Mycobacterium tuberkulosa</i> akan tersebar keudara. Cara pencegahan Menutup mulut saat batuk dengan sapu tangan/tissue. 5. Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya	
	15 Maret 2022		1. Mengkaji ulang pengetahuan keluarga untuk memastikan apakah keluarga sudah benar-benar mengerti tentang tuberculosis paru 2. Memberikan penjelasan kembali pada anggota keluarga tentang penyakit tuberculosis paru 3. Memotivasi keluarga untuk menggunakan masker dan ketika batuk ditutup menggunakan tissue/sapu tangan 4. Memberikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya menjelaskan kembali “Baik sekali penjelasan yang bapak dan ibu berikan dan saya rasa bapak dan ibu sudah cukup memahami tentang TB paru dan cara penularan serta pencegahannya”	

	19 Maret 2022		1. Mengkaji ulang pengetahuan keluarga untuk memastikan apakah keluarga sudah benar-benar mengerti tentang tuberculosis paru 2. Memberikan penjelasan kembali pada anggota keluarga tentang penyakit tuberculosis paru 3. Mengajarkan keluarga cara menggunakan masker yang benar dan jelaskan kegunaan masker. 4. Mengajarkan cara batuk yang benar dan membuang dahak ditempat yang khusus.	
	21 Maret 2022		1. Mendiskusikan kembali dengan keluarga tentang penyakit tuberculosis paru 2. Mengulang diskusi dengan keluarga tentang bagaimana penggunaan masker dan batuk efektif yang benar 3. Mengulang diskusi kembali tentang pengertian, penyebab, cara penularan, dan pencegahan TB Paru 4. Mengajukan Tn.S tetap menggunakan masker didalam rumah maupun diluar rumah.	
2.		Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko behubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan	1. Menggali pengetahuan keluarga tentang apa dan bagaimana lingkungan yang sehat itu 2. Menjelaskan pengertian rumah sehat secara sederhana yaitu selalu bersih baik dari kotoran, debu, maupun sampah perabotan rumah tangga tertata rapi, mempunyai ruang terpisah, sinar matahari dapat masuk, ada ventilasi, ada sarana air bersih, ada tempat pembuangan sampah, mempunyai sarana MCK, dan bangunan kuat. 3. Mengajukan pada keluarga untuk membersihkan rumah setiap hari dengan cara menyapunya dan membuka jendela setiap pagi hari, dan menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal 4. Membuat kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya	

	10 Maret 2022		1. Menanyakan kembali pada keluarga tentang bagaimana lingkungan rumah sehat "Keluarga Tn.S mengatakan rumahnya sudah termasuk rumah sehat selalu bersih, dan banyak terdapat ventilasi serta selalu membuka jendela agar cahaya dan udara bisa masuk ke dalam rumah" 2. Menjelaskan tentang pengertian rumah yang sesuai standar kesehatan yaitu bersih baik, jauh dari kotoran/sampah, sinar matahari dapat masuk, ada ventilasi yang dapat dilewati udara untuk masuk 3. Keluarga Tn. S tampak telah membuka pintu dan jendela rumahnya. 4. Membuat kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya	
	19 Maret 2022		1. Mengkaji ulang pengetahuan keluarga untuk memastikan apakah keluarga sudah benar-benar mengerti pengertian rumah sehat, syarat rumah sehat dan perbedaan rumah kotor dan bersih 2. Memotivasi keluarga untuk membersihkan rumah setiap hari, dan membuang sampah pada tempatnya 3. Memberikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya menjelaskan kembali "Baik sekali penjelasan yang bapak dan ibu berikan dan saya rasa bapak dan ibu sudah cukup memahami tentang bagaimana rumah sehat dan memenuhi standart kesehatan"	
	21 Maret 2022		1. Mendiskusikan kembali pengetahuan keluarga untuk memastikan apakah keluarga sudah benar-benar mengerti pengertian rumah sehat, syarat rumah sehat dan perbedaan rumah kotor dan bersih 2. Tetap memotivasi keluarga untuk membersihkan rumah setiap hari, dan membuang sampah pada tempatnya 3. Memberikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya menjelaskan kembali	

Tabel 4.13 Evaluasi

No	Tanggal/ jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi
	15 Maret 2022	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah	S : • Keluarga Tn. S mengatakan kurang mengerti tentang penyakit menular dan penggunaan masker O : • Keluarga Tn. S tidak ada yang menggunakan masker pada saat kunjungan • Tn. S tampak mengambil masker pada saat tau yang datang berkunjung adalah petugas kesehatan • Keluarga Tn. S tampak sering bertanya pada petugas saat diberikan penjelasan • Keluarga Tn. S tampak bisa menjawab saat ditanya kembali oleh petugas setelah diberikan penjelasan A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi S : Keluarga Tn. S mengatakan sudah mengerti tentang penyakit TB dan Tn. S sudah mau menggunakan masker O : Keluarga Tn. S dan Ny. A tampak menggunakan masker saat didatangi petugas pada kunjungan terakhir A : Masalah teratasi sebagian P : Pertahankan intervensi

2.	15 Maret 2022	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan	S : • Keluarga Tn. S mengatakan belum mengerti tentang syarat- syarat rumah sehat O : • Keluarga Tn. S tampak tertarik dengan topic pembicaraan tentang kriteria rumah sehat • Keluarga Tn. S mengatakan memiliki septic tank yang berjarak 4 meter dari sumur A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi S : Keluarga Tn. S mengatakan sudah mengerti tentang syarat- syarat rumah sehat setelah diberikan penjelasan oleh petugas O : • Keluarga Tn. S tidak bertanya setelah diberikan penjelasan oleh petugas karena sudah mengerti • Keluarga Tn. S tampak membuka jendela dan pintu rumah saat pagi hari sampai jam 10.00 WIB • Saat kunjungan terakhir rumah tampak bersih dan rapi A : Masalah teratasi sebagian P : Pertahankan intervensi
----	---------------	--	--

Tabel 4.14 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

No	Teori	Fakta				Kesenjangan
		PENGKAJIAN :				
1.	Identitas Keluarga, meliputi : Nama: Jenis Kelamin: Hubungan dengan keluarga: Umur: Pendidikan: Pekerjaan: Alamat:	“Tn.S” Laki-laki KK 51 tahun SD Pedagang RT/RW 18/06 Ngadisuko Durenan	“Ny.A” Perempuan Istri 41 Tahun SD IRT RT/RW 18/06 Ngadisuko Durenan	“An.S” Perempuan Anak 19 Tahun SMA RT/RW 18/06 Ngadisuko Durenan	“An.S” Perempuan Anak 11 Tahun SMP Pelajar RT/RW 18/06 Ngadisuko Durenan	kesesuaian
2.	Tipe keluarga Keluarga nuclear family yang mempunyai riwayat penyakit TB paru lebih cenderung menderita TB dari pada keluarga yang ukurannya lebih kecil dan tidak memiliki riwayat penyakit TB	Tipe keluarga Tn. S adalah tipe keluarga tradisional dengan kriteria keluarga inti karena Tn. S tinggal bersama istri dan kedua anaknya				Kesesuaian
3.	Status social ekonomi keluarga Kebiasaan keluarga yang mempunyai riwayat penyakit TB kebanyakan terjadi pada keluarga dengan ekonomi menengah ke bawah	Tn. S mengatakan masih bekerja, kebutuhan pada keluarga Tn. S ditanggung oleh Tn.S dan dibantu oleh istrinya yang mencukupi kebutuhan hidup dengan penghasilan ± Rp.2.000.000,00/bulan, dengan status social ekonomi menengah kebawah.				Kesesuaian
4.	Tahap perkembangan keluarga Tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah Tuberkulosis adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degeneratif yaitu suatu kemunduran fungsi sistem organ tubuh	Keluarga Tn. S berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak usia remaja ditandai dengan anak pertama berusia 19 tahun . Keluarga Tn. S sudah memenuhi tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah sesuai dengan tahap perkembangannya ditandai dengan anak pertama Tn. S telah telah berumur 19 tahun.				kesenjangan
5.	Riwayat kesehatan keluarga inti adakah anggota keluarga yang menderita TB, karena TB adalah penyakit menular	Tn. S mengatakan bahwa orang tua atau saudaranya tidak memiliki penyakit menular atau penyakit yang parah biasanya Tn. S hanya mengeluh sakit biasa saja seperti kecapean. Tn. S juga mengatakan tidak memiliki penyakit menular atau penyakit keturunan.				kesenjangan

6.	Riwayat penyakit pasien klien dengan TB biasanya mengeluh sesak, kelemahan tubuh, anoreksia, mual dan muntah, BB turun, gangguan istirahat tidur	Tn. S mengatakan masih batuk jarang, suara serak dan terkadang sesak, nafsu makan sedikit berkurang	Kesesuaian
7.	Karakteristik rumah penataan perabot rumah yang tidak teratur, penerangan atau pencahayaan yang kurang, keadaan lantai yang licin, merupakan faktor yang meningkatkan angka kejadian pada penderita Tuberkulosis.	Rumah Tn. S memiliki luas 15x10 m ² . Rumah Tn. S merupakan rumah permanen yang berdiri diatas tanah milik pribadi. Rumah Tn. S sudah berdinding tembok dan berlantai keramik. Dalam rumah Tn. S memiliki ruang tamu, 3 kamar tidur, ruang keluarga, kamar mandi, dapur. Keluarga Tn. S mengatakan jendela dan ventilasi udara juga cukup banyak. Keluarga Tn. S mengatakan jarang membuka jendela rumahnya jika membuka sampai jam 10.00 WIB. Pada saat pengkajian rumah tampak berdebu, tempat jualan terlihat berantakan dan jendela tidak terbuka. Kamar mandi terletak disamping rumah dengan WC jongkok. Kamar mandi sedikit kotor dan licin. Tn. S mengatakan didepan kamar mandi terdapat sumur sebagai sumber air dan juga terdapat septik tank yang terletak dibelakang rumah dengan jarak kurang lebih 4 meter dari sumur (sumber air). Tn. S juga memiliki teras dan halaman yang cukup luas.	Kesesuaian
8.	Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW TB erat hubungannya dengan lingkungan dan tingkat kemiskinan yang tinggi dan tingkat kepadatan penduduk yang berlebihan. Orang miskin tidak memiliki akses perawatan kesehatan yang memadai, menyebabkan resiko lebih besar tertular penyakit TB	Tn. S mengatakan tetangganya ramah dan saling membantu dengan tetangga yang lain. Tn. S juga mengatakan tetangganya sering menjenguk dirinya	kesenjangan
9.	Pola komunikasi keluarga Bila dalam keluarga terjadi secara terbuka dan dua arah akan sangat menderita bagi penderita TB paru	Keluarga Tn. S mengatakan berkomunikasi dengan menggunakan bahasa jawa untuk berbincang-bincang dengan keluarga yang lain maupun dengan tetangga disekitar rumahnya. Untuk berkomunikasi jarak jauh keluarga Tn. S menggunakan Handphone.	Kesesuaian
10.	Struktur kekuatan keluarga Saling mengingatkan dan memotivasi penderita untuk terus melakukan pengobatan dapat mempercepat proses pengobatan	Tn. S mengatakan jika dalam keluarganya terdapat masalah selalu diselesaikan bersama-sama dengan anggota keluarga yang lain. Jika ada yang salah keluarga yang lain saling mengingatkan.	Kesesuaian
11	Struktur peran keluarga Bila anggota keluarga dapat menerima dan melaksanakan peranannya dengan baik akan membuat anggota keluarga puas dan menghindari terjadi konflik dalam keluarga dan masyarakat	Tn. S berperan sebagai kepala keluarga yang bertanggung jawab atas keluarganya. Ny.A berperan sebagai istri yang memiliki tanggung jawab menjadi Ibu Rumah Tangga. An.S berperan sebagai anak pertama, dan An.S berperan sebagai anak ke 2 dari Tn.S dan Ny.A	Kesesuaian
12	Nilai dan Peran keluarga Kemampuan anggota keluarga untuk memenuhi dan mengendalikan orang lain untuk merubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan. Perilaku individu masing-masing anggota keluarga yang	Dalam keluarga Tn. S tidak terdapat adat atau aturan khusus yang mempengaruhi keluarga terhadap pandangan kesehatan dan juga tidak memiliki norma atau aturan yang bertentangan dengan kesehatan	Kesesuaian

	ditampakkan merupakan gambaran dari nilai dan norma yang berlaku dalam keluarga		
13	Fungsi Afektif Fungsi afektif sangat penting jika salah satu anggota keluarga menderita TB paru yaitu dengan memberikan perhatian lebih dan khusus kepada penderita TB paru tersebut. Ini kaitannya dengan peran anggota keluarga dalam menentukan siapa yang menjadi Pengawas Menelan Obat	Tn. S merasa dirinya lemah karena penyakit TB paru yang dideritanya ini. Tn. S tetap bekerja saat ini dan memiliki keinginan untuk keluar rumah. Tn. S selalu terbuka dengan anggota keluarga yang lain dan keluarga Tn. S juga saling menghargai satu sama lain.	Kesesuaian
14	Fungsi sosial Fungsi anggota keluarga dalam mengembangkan dan melatih untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain. Tidak ada batasan penderita untuk bersosialisasi dengan lingkungan, karena sosialisasi sangat diperlukan untuk mengurangi stres bagi penderita	Dalam keluarga Tn. S hubungan interaksi terjalin dengan cukup baik. Keluarga Tn. S selalu bersikap terbuka, saling menghargai dan saling membantu satu sama lain. Jika terjadi suatu masalah keluarga Tn. S selalu mencari jalan keluarnya dengan bersama-sama.	Kesesuaian
15	Mengenal masalah kesehatan Keluarga mengenal masalah kesehatan sesuai dengan pengetahuan keluarga.	Keluarga Tn. S belum mampu mengenal masalah kesehatan yang terjadi ditandai dengan pada saat kunjungan baik Tn. S ataupun keluarganya tidak ada yang memakai masker. Tn. S mengatakan memakai masker hanya saat ada petugas kesehatan saja. Tn. S bertanya pada petugas tentang apa itu penyebab TBC dan apa akibat jika tidak memakai masker. Tn. S juga bertanya apa efek samping dari pengobatan TBC. Keluarga Tn. S mengatakan tidak tahu jika harus menggunakan masker, yang mereka tahu yang perlu memakai masker itu hanya Tn. S saja.	Kesesuaian
16	Mengambil keputusan Keluarga dapat menentukan 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 diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan tindakan keluarga. Keputusan yang diambil diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi bahkan diatasi.	Dalam keluarga Tn. S pengambilan keputusan berada ditangan Tn. S sebagai suami dan Ny.A sebagai istri untuk berobat ke pelayanan kesehatan dengan dukungan istri dan keluarganya.	Kesesuaian
17	Merawat anggota keluarga yang sakit Keluarga merawat anggota keluarga yang sakit sesuai dengan pemahaman keluarga	Keluarga belum mampu merawat Tn. S ditandai dengan Tn. S mengatakan kadang lupa meminum obat dan diingatkan oleh istrinya dan tidak memakai masker dalam satu rumah yang dapat meningkatkan resiko penularan penyakit.	Kesesuaian

18	Memodifikasi lingkungan Keluarga tidak dapat memodifikasi lingkungan dengan baik	Keluarga Tn. S mengatakan jarang membuka jendela rumah dan kamar saat pagi hari dan saat membuka ditutup saat jam 10.00 WIB. Tn. S mengatakan jarak septik tank dengan sumur kurang lebih 4 meter.	Kesesuaian
19	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk membantu anggota keluarga yang sakit memperoleh pertolongan dan mendapat perawatan segera agar masalah teratasi	Keluarga Tn. S selalu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan saat ada anggota keluarganya yang sakit. Tn. S dan keluarganya memiliki kartu BPJS untuk berobat. Keluarga Tn. S menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan dokter praktek.	Kesesuaian
20	Stressor jangka pendek penyakit dengan jangka waktu yang pendek dan tidak mengancam kesehatan hanya sedikit menimbulkan perubahan perilaku dalam fungsi orang tersebut dan keluarga	Keluarga Tn. S memiliki tanggung jawab untuk membuat Tn. S tidak ada niatan mengurung diri dirumah saja dengan selalu memberikan motivasi pada Tn. S. Keluarga Tn. S juga memiliki tanggung jawab untuk menjadi pengawas Tn. S dalam meminum obatnya selama kurang lebih 6 bulan sampai pengobatan Tn. S selesai.	Kesesuaian
21	Stressor jangka panjang Pada penderita TB paru tidak sedikit yang timbul ketakutan dalam dirinya, ketakutan tersebut dapat berupa ketakutan pengobatan, kematian, efek samping obat, menular kepada orang lain, kehilangan pekerjaan, ditolak, diskriminasi dan lain-lain	Keluarga Tn. S khawatir dengan kondisi Tn. S setelah sembuh. Khawatir tentang penyakit yang diderita Tn. S bisa kambuh lagi atau tidak, apa Tn. S bisa beraktivitas dan berinteraksi seperti saat sebelum Tn. S sakit	Kesesuaian
22	Kemampuan keluarga dalam berespon terhadap stressor penderita TB paru sangat membutuhkan dukungan dan kasih sayang keluarga, hal ini dapat ditunjukkan dalam keikutsertaan keluarga dalam merawat penderita TB paru. Perawatan baik fisik maupun psikis karena banyak stigma yang buruk dalam masyarakat tentang TB. Oleh karena itu dukungan keluarga sangat diperlukan dalam proses penyembuhan TB	Keluarga Tn. S mengatakan selalu memotivasi Tn. S agar tidak ada niatan mengurung diri dirumah dan selalu meminum obatnya sesuai aturan. Keluarga Tn. S juga selalu memperhatikan pola makan dan pengobatan Tn. S agar Tn. S dapat segera sembuh	Kesesuaian
23	Strategi koping dan strategi disfungsi yang digunakan hal-hal yang dapat dilakukan keluarga dalam merawat penderita TB paru salah satunya dengan mengawasi menelan obat secara teratur dan menelan obatnya. Keluarga juga harus memotivasi penderita untuk sabar dalam menjalani pengobatan. Selain itu keluarga juga dapat mengajak penderita ke fasilitas pelayanan kesehatan setiap 2 minggu sekali	Strategi koping : Keluarga Tn. S selalu melakukan musyawarah dengan anggota keluarga yang lain untuk kemudian memutuskan solusi permasalahan yang terjadi, sehingga semua anggota tau dan saling memberikan pendapat. Strategi disfungsi : Jika dalam keluarga Tn. S terdapat masalah selalu dibicarakan baik-baik dan diselesaikan bersama-sama. Jika terdapat anggota keluarga yang sakit maka akan segera dibawa ke pelayanan kesehatan	Kesesuaian

24	Keadaan umum Tuberkulosis paru dapat dilakukan secara selintas pandang dengan menilai keadaan fisik setiap bagian tubuh pasien. Selain itu perlu dinilai secara umum tentang kesadaran klien yang terdiri atas composmentis, apatis, somnolen, sopor atau koma	Tn. S K/u cukup Compos metis GCS E:4 V:5 M:6 TD: 130/80 mmHg N: 84x/menit RR: 20x/menit TB: 165 cm BB: 58 kg (sebelum sakit) 49 kg (saat sakit) 54kg (sekarang)	Ny.A K/U baik Composmetis GCS E:4 V:5 M:6 TD: 120/90 mmHg N: 82x/menit RR: 20x/menit TB: 160 cm BB: 68 kg	An.S K/U baik Composmetis GCS E:4 V:5 M:6 TD: 100/90 mmHg N: 80x/menit RR: 20x/menit TB: 162 cm BB: 54 kg	An.S K/U baik Compos metis GCS E:4 V:5 M:6 N: 82x/menit RR: 20x/menit TB: 151 cm BB: 45 kg	Kesesuaian
25	Kepala dan leher Rambut : Rambut kering, penyebaran merata, dan kadang-kadang mudah dicabut. Mata : konjungtiva pucat, sklera putih, mata tampak sayu, cowong. Hidung : Adanya pernafasan cuping hidung Mulut : bibir kering, membran mukosa sianosis Leher : teraba nadi carotis, tidak ada pembesaran vena jugularis.	Rambut : Penyebaran merata, warna hitam, beruban, keadaan rambut berantakan dan sedikit kumal Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda Hidung : Hidung bersih, tidak ada secret, tidak terdapat pernafasan cuping hidung Mulut : Mulut bersih, bibir kering Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada pembesaran vena jugularis	Rambut : Penyebaran merata, warna hitam, bersih Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda Hidung : Hidung bersih, tidak ada secret, tidak terdapat pernafasan cuping hidung Mulut : Mulut bersih, mukosa bibir lembab Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada pembesaran vena jugularis	Rambut : Penyebaran merata, warna hitam, bersih Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda Hidung: Hidung bersih, tidak ada secret, tidak terdapat pernafasan cuping hidung Mulut : Mulut bersih, mukosa bibir lembab Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada pembesaran vena jugularis	Rambut : Penyebaran merata, warna hitam, bersih Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda Hidung : Hidung bersih, tidak ada secret, tidak terdapat pernafasan cuping hidung Mulut bersih, mukosa bibir lembab Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada	kesenjangan

					pembesaran vena jugularis	
26	Integumen Turgor kulit kembali < 2 detik, akral hangat	Warna sawo matang, turgor kembali <2 detik	Warna sawo matang, turgor kembali <2 detik	Warna sawo matang, turgor kembali <2 detik	Warna sawo matang, turgor kembali <2 detik	Tidak ada kesenjangan
27	Thorak Inspeksi : Adanya tanda – tanda penarikan paru, diafragma, napas dangkal, suara napas melemah, adanya retraksi intercosta Palpasi : Vocal fremitus menurun atau asimetris Perkusi : Terdapat suara redup Auskultasi : Terdapat ronchi basah, kasar, dan nyaring.	Paru-paru : Bentuk dada normal, tidak ada retraksi intercosta, getaran kanan dan kiri sama, suara nafas vesikuler Jantung : Tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung lup dup, pekak	Paru-paru : Bentuk dada normal, tidak ada retraksi intercosta, tidak ada suara nafas tambahan, getaran kanan dan kiri sama, suara nafas vesikuler Jantung : Tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung lup dup, pekak	Paru-paru : Bentuk dada normal, tidak ada retraksi intercosta, tidak ada suara nafas tambahan, getaran kanan dan kiri sama, suara nafas vesikuler Jantung : Tidak ada pembesaran jantung, bunyi lup dub, pekak	Paru-paru : Bentuk dada normal, tidak ada retraksi intercosta, tidak ada suara nafas tambahan, getaran kanan dan kiri sama, suara nafas vesikuler Jantung : Tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung lup dup, pekak	kesenjangan
28	Abdomen Inspeksi : Tidak ada bayangan pembuluh darah Palpasi : Tidak ada pembesaran hepar, tidak ada	Bentuk datar, bising usus 18x/menit, tidak ada nyeri tekan	Bentuk datar, bising usus 12x/menit, tidak ada nyeri tekan	Bentuk datar, bising usus 14x/menit, tidak ada nyeri tekan	Bentuk datar, bising usus 15x/menit, tidak ada nyeri tekan	Kesesuaian
29	Pemeriksaan Neurologis Kesadaran pada klien yaitu compos mentis dengan GCS :456 Keterangan: 4:Membuka mata secara spontan 5: Orientasi terhadap orang, tempat, waktu baik	Tingkat kesadaran compos mentis, tidak ada kelainan neurologis, GCS 4 5 6. 4=Klien dapat membuka mata dengan spontan 5=Klien dapat	Tingkat kesadaran compos mentis, tidak ada kelainan neurologis, GCS 4 5 6. 4=Klien dapat membuka mata dengan spontan	Tingkat kesadaran compos mentis, tidak ada kelainan neurologis, GCS 4 5 6. 4=Klien dapat membuka mata dengan spontan	Tingkat kesadaran compos mentis, tidak ada kelainan neurologis, GCS 4 5 6. 4=Klien	Kesesuaian

	6: klien mampu melakukan sesuai perintah(Suddarth, 2001)	berorientasi dengan baik terhadap orang, waktu dan tempat 6=Klien dapat mengikuti perintah dengan baik Nervus Cranialis I s/d XII tidak ada gangguan Reflek Bisep (+) (+) Trisep (+) (+) Patela (+) (+) Reflek patologis Babinski (-) (-) Cadok (-) (-)	5=Klien dapat berorientasi dengan baik terhadap orang, waktu dan tempat 6=Klien dapat mengikuti perintah dengan baik Nervus Cranialis I s/d XII tidak ada gangguan Reflek Bisep (+) (+) Trisep (+) (+) Patela (+) (+) Reflek patologis Babinski(-) (-) Cadok (-) (-)	5=Klien dapat berorientasi dengan baik terhadap orang, waktu dan tempat 6=Klien dapat mengikuti perintah dengan baik Nervus Cranialis I s/d XII tidak ada gangguan Reflek Bisep (+) (+) Trisep (+) (+) Patela (+) (+) Reflek patologis Babinski (-) (-) Cadok (-) (-)	dapat membuka mata dengan spontan 5=Klien dapat berorientasi dengan baik terhadap orang, waktu dan tempat 6=Klien dapat mengikuti perintah dengan baik Nervus Cranialis I s/d XII tidak ada gangguan Reflek Bisep (+) (+) Trisep (+) (+) Patela (+) (+) Reflek patologis Babinski (-) (-) Cadok (-) (-)	
30	Diagnosa keperawatan 1) Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan : a.Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan b.Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan tindakan c.Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit d.Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan e.Ketidakmampuan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan : a.ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan b.Ketidakmampuan keluarga	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah DS : - Tn.S mengatakan memakai masker hanya saat ingat dan saat ada petugas kesehatan. - Tn.S bertanya pada petugas kesehatan tentang penyebab TB & akibat tidak memakai masker. DO : - Pada saat kunjungan keluarga tidak ada yang memakai masker. - Tn.S belum menerapkan etika batuk dan bersin yang benar Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan	Kesenjangan			

	mengambil keputusan tindakan c.Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit d.Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan e.Ketidakmampuan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat 3)Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan : a.Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan b.Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan tindakan c.Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit d.Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan e.Ketidakmampuan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat 5)Intoleransi aktivitas berhubungan dengan : a.ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan b.Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan tindakan c.Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit d.Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan e.Ketidakmampuan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat 6) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan: a.Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan b.Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan tindakan c.Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit d.Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan e.Ketidakmampuan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat	DS : • Keluarga Tn.S mengatakan jarak septic tank $\pm$ 4 meter dari sumber air (sumur) DO : • Septic tank terletak dibelakang rumah • Pencahayaan dirumah cukup • Kondisi rumah berdinding tembok dan berlantai keramik • Kamar mandi sedikit licin • Rumah tampak berdebu • Pada saat pengkajian jendela tidak terbuka • Jualan dirumah terlihat berantakan	
31	Intervensi Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan ketidakmampuan anggota keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu diharapkan	Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori - teori yang telah ada.	Keseuaian

	resiko penularan TB paru dapat berkurang. Tujuan khusus : setelah pertemuan 2x45 menit, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit Kriteria Evaluasi : respon psikomotor Intervensi : a) Kaji keluarga tentang siapa yang menjadi PMO (Pengawas Menelan Obat) dalam keluarga. b) Kaji pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala TB paru. c) Kaji anggota keluarga yang mengalami penyakit TB Paru tentang aktivitas dan mobilisasinya. Kriteria Evaluasi : Respon afektif Intervensi : a) Diskusikan kepada keluarga tentang tindakan yang diambil jika salah satu anggota keluarga mengalami tanda-tanda TB Paru. b) Diskusikan bersama keluarga tentang bagaimana merawat anggota keluarga yang mengalami TB Paru (Manurung S., 2011)		
32	Implementasi Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan tim kesehatan yang lain (Mubarak, 2005)	Tindakan atau implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi tindakan keperawatan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan kondisi keluarga.	Kesesuaian
33	Evaluasi Tahap evaluasi adalah catatan tentang indikasi kemajuan keluarga terhadap tujuan yang dicapai. Pernyataan evaluasi terdiri dari dua komponen, yaitu data yang tercatat (yang menyatakan status kesehatan sekarang) dan pernyataan konklusi (yang menyatakan efek dari tindakan yang diberikan pada keluarga) (Mubarak, 2005)	Peneliti melakukan observasi dengan hasil evaluasi masalah teratasi.	Kesesuaian

4.2 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Keluarga Pada salah satu Anggota Keluarga menderita Tuberkulosis Paru di Wilayah kerja Puskesmas Durenan, didapatkan hasil sebagai berikut:

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian baik secara anamnesa dan pemeriksaan fisik ditemukan beberapa kesenjangan antara teori dan fakta.

1) Tahap perkembangan keluarga

Berdasarkan pengkajian anamnesa yang dilakukan oleh peneliti didapatkan data pada tahap Keluarga dengan anak usia remaja, fokus pada dukungan pendidikan, sosial, dan emosional anak, serta menjaga hubungan yang harmonis di keluarga.

Secara teori yang tertulis menyatakan bahwa yang beresiko mengalami masalah Tuberkulosis adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degeneratif yaitu suatu kemunduran fungsi sistem organ tubuh, (Mubarak, 2005)

Dari usia diatas terjadi kesenjangan. Peneliti berasumsi bahwa tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia yang ditandai dengan anak pertama telah meninggalkan rumah yang dapat menderita TB Paru, sedangkan faktanya tipe keluarga inti dapat menderita TB Paru dikarenakan gaya hidup yang kurang sehat seperti merokok aktif, kurang olah raga.

2) Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

Berdasarkan pengkajian anamnesa yang dilakukan oleh peneliti didapatkan data pada keluarga Tn. S bahwa orang tua atau saudaranya tidak memiliki penyakit menular atau penyakit yang parah biasanya Tn. S hanya mengeluh sakit biasa saja seperti kecapean. Tn. S juga mengatakan tidak memiliki penyakit menular atau penyakit keturunan.

Penularan anggota keluarga yang menderita TB, karena TB adalah penyakit menular (Infodatin, 2018).

TB Paru bisa disebabkan dari gaya hidup yang kurang sehat seperti merokok aktif, kurang olah raga, dan kurangnya terpapar informasi tentang penyakit TB Paru yang diakibatkan penularan dari orang lain.

3) Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Hasil pengkajian didapatkan pada Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW Keluarga bergaul dekat dengan tetangga, Ny.A mengikuti yasinan di lingkungannya setiap hari sesuai ketentuan bersama. Tidak ada pandangan budaya yang mempengaruhi kesehatan di lingkungan setempat. Di lingkungan keluarga Tn S tidak ada yang menderita penyakit seperti Tn S.

Menurut teori Rizqina (2011) TB erat hubungannya dengan lingkungan dan tingkat kemiskinan yang tinggi dan tingkat kepadatan

penduduk yang berlebihan. Banyak orang yang menghindari interaksi dengan penderita TB Paru karena takut tertular.

Ada kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa dari lingkungan tetangga maupun komunitas belum mengetahui tentang penularan TB Paru. Sehingga tetangga maupun komunitas tetap berinteraksi dengan bebas tanpa tahu akibat dari penularan TB Paru. Selama keluarga dan tetangga mematuhi protokol kesehatan dan masyarakat menjaga kesehatan diri dan lingkungan maka penularan TB Paru dapat cegah dan masyarakat tidak perlu menjauhi penderita.

4) Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik pada seluruh anggota keluarga. Pada bagian dada Tn S yaitu bentuk dada normal, tidak ada retraksi intercosta, perkusi redup, suara nafas ronki, getaran kanan dan kiri sama, nafas reguler.

Menurut teori Doengoes (2002) Pada penderita TB paruinspeksiterdapat retraksi interkosta, palpasi fremitus suara meningkat, perkusi redup, auskultasi suara napas bronkial dengan atau tanpa ronki basah, kasar dan yang nyaring.

Ada kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa kondisi Tn S penyakitnya sudah terdeteksi sejak awal dan langsung mengikuti program pengobatan sehingga jaringan parunya belum mengalami gangguan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada saat peneliti melakukan penelitian tidak semua diagnosa ditemukan seperti pada teori. Diagnosa keperawatan yang muncul Kurang pengetahuan keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah TB dan Resiko terjadi penularan TB berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Hasil perumusan diagnosa menurut Manurung (2011) yaitu resiko terjadinya penularan TB Paru pada anggota keluarga yang lain, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko terjadinya komplikasi, potensial terjadinya kekambuhan.

Ada kesenjangan antara teori dan fakta saat melakukan penelitian. Penulis berpendapat bahwa tidak semua diagnosa yang ada pada teori muncul pada keluarga. Hal ini dikarenakan saat melakukan penelitian tidak semua keluhan yang ada pada teori muncul pada saat penelitian sehingga peneliti merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan gejala yang muncul pada keluarga.

4.2.3 Implementasi Keperawatan

Merujuk pada perencanaan yang telah disusun penulis melakukan implementasi dalam 3 kali kunjungan selama 1 minggu pada tanggal 19, 20, 21 Maret 2025.

Dalam teori Mubarak 2006 implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan

rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggotatim keperawatan dan tim kesehatan yang lain

Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa implementasi dilakukukan sesuai rencana yang telah disusun dan menyesuaikan dengan kondisi keluarga. Implementasiyang dilakukan terdiri dari implementasi mandiri dan kolaboratif.

4.2.4 Evaluasi Keperawatan

Didalam penelitian ini, evaluasi dilakukan pada akhir kunjungan, dan peneliti menemukan perkembangan yang baik pada keluarga.

Berdasarkan teori Mubarak, 2006 tahap evaluasi adalah catatan tentang indikasi kemajuan keluarga terhadap tujuan yang dicapai. Pernyataan evaluasi terdiri dari dua komponen, yaitu data yang tercatat (yang menyatakan status kesehatan sekarang) dan pernyataan konklusi (yang menyatakan efek dari tindakan yang diberikan pada keluarga

Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Berdasarkan teori penulis berpendapat bahwa peneliti menemukan perkembangan yang baik pada keluarga dan masalah dalam keluarga dapat teratasi.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada keluarga dengan dengan salah satu anggota keluarga menderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Durenan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian terdapat kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta yang ada. Didapatkan kesenjangan terjadi pada

- 1) Tahap perkembangan keluarga
- 2) Riwayat kesehatan keluarga inti
- 3) Karakteristik tetangga dan komunitas RW
- 4) Pemeriksaan fisik

5.1.2 Diagnosa

Pada tahap perumusan diagnosa terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, tidak semua etiologi dan diagnosa pada teori muncul pada klien dan keluarga. Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini adalah deficit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah TB dan perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan yang telah disusun berdasarkan teori-teori yang sudah ada. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, hanya saja tidak semua intervensi dapat diterapkan pada pasien.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan menyesuaikan dengan kondisi keluarga.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi secara umum sudah terdapat tanda-tanda perkembangan yang baik pada keluarga. Pelaksanaan evaluasi dilakukan pada akhir kunjungan, dan peneliti menemukan perkembangan yang baik dan masalah dalam keluarga dapat teratasi.

5.1.6 Analisa

Pada tahap menganalisa asuhan keperawatan keluarga yang salah satu anggota keluarga mengalami Tuberkulosis Paru dengan membandingkan antara teori dan fakta untuk mendapatkan opini yang terdapat kesenjangan.

5.2 Saran

1) Institusi Puskesmas Durenan

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas Durenan diharapkan agar lebih meningkatkan dalam hal penyuluhan tentang pencegahan penyakit menular seperti tuberkulosis paru, sehingga penyakit

tidak menular pada keluarga lainnya.

2) Institusi Pendidikan

Agar dapat memotivasi mahasiswa untuk lebih mengembangkan ilmu pengetahuan melalui penelitian terhadap keluarga dengan TB Paru. Serta agar bisa lebih detail dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

3) Penulis

Bagi penulis di harapkan mampu meningkatkan kemampuan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga pada kasus TB Paru dengan diagnosa kurang pengetahuan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah TB dan Resiko terjadi penularan TB berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

4) Bagi responden dan keluarga

Pada responden dan keluarga diharapkan dapat menjalankan peran keluarga dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrian, Kevin.(Agustus 2019). *Proses Terjadinya Penularan TBC*
- AnjarWinanti, Oksi. (2018). *TBC*
- Anton. (Juni 2019). *Fisioterapi pada Paru-Paru*
- Ariyanto, J. (2018). *Pengaruh Teknik Batuk Efektif terhadap Pengeluaran Sputum untuk Penemuan Mycobacterium Tuberculosis.*
<http://repository.unimus.ac.id/1873/2/MANUSCRIPT.pdf>.
- Bachtiar, Deva. (16 Maret 2020). *Komplikasi TB Paru* .<https://www.emc.id/id/care-plus/komplikasi-apa-saja-yang-diakibatkan-tuberkulosis-lihat-di-sini>.
- Bagaskara, F. *Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru*.<https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/91631/Fajar%20B%20Bagaskara-152303101086%20spilt.pdf?sequence=1>.
- Budiartani,NLPY.(2020). *BAB 2 Tinjauan Pustaka* .<http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/4364/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>.
- Editor, (April, 2019), *Peran Keluarga dalam Penyembuhan Penyakit TBC.*
<https://www.ui.ac.id/peran-keluarga-dalam-penyembuhan-penyakit-tbc/>.
- Fauziyah,L (2020).*BAB 1 Pendahuluan.*
<http://eprints.umpo.ac.id/6157/2/BAB%20I.pdf>.
- Hadi, AN (2021). *Bab 1 Pendahuluan.*
<http://repository.unmuhjember.ac.id/8482/3/C.%20BAB%20I.pdf>.
- <http://eprints.umpo.ac.id/5380/3/BAB%202.pdf>.
- <https://eprints.uny.ac.id/53574/4/4.BAB%20III%20TAS%201341624007.pd>
- <http://repository.ump.ac.id/7813/3/OKSI%20ANJAR%20WINANTI%20BAB%20II.pdf>.
- <http://rsprespira.jogjaprovo.go.id/fisioterapi-pada-paru-paru/>.
- <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-tuberkulosis-2018.pdf>.
- <https://www.alodokter.com/proses-terjadinya-penularan-tbc>.
- Indah, Marlina .(2018). *Infodatin Tuberculosis*

Jazeera, Al (18 Oktober 2020). *Penanganan Terabaikan Akibat Wabah Corona, Kasus Kematian TBC Bisa Naik Drastis.*
<https://kesehatan.kontan.co.id/news/penanganan-terabaikan-akibat-wabah-corona-kasus-kematian-tbc-bisa-naik-drastis?page=all>.

Manurung, LN (2018). *Asuhan Keperawatan Keluarga.*
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2077/1/KTI%20IBU%20LISMA.pdf>.

Mardiyanti, F. (2015). *TB.*
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/3933/4/4.%20Chapter2.pdf>.

Masturoh Imas dan Nauri Anggita T. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan.*
http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2018/09/Metodologi-Penelitian-Kesehatan_SC.pdf.

Mutia Saroh, Arifah. *Proses Keperawatan Sebagai Metode dalam Memberikan Asuhan Keperawatan.*

Rachmatullah, R. (2017). *BAB 3 Metode Penelitian.*
<http://repository.unpas.ac.id/30446/4/BAB%20III%20Skripsi.pdf>.

Styaningtyas, R. (2019). *BAB 1 Pendahuluan Latar Belakang Tuberkulosis.*
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2219/2/BAB%20I.pdf>.

Styaningtyas, R. (2019). *BAB 2 Tinjauan Pustaka Pengertian Tuberkulosis.*
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2219/3/BAB%20II.pdf>.

[SUHAN%20KEPERAWATAN.pdf](#).

Teguh, S. *Profil Kesehatan Kabupaten Trenggalek Tahun 2017.*
<http://dkkb.trenggalekkab.go.id/wp-content/uploads/2018/07/profil-2017-depan-belakang.pdf>.

Wahyuningsih, E. (2014). *Kalsifikasi TB Paru.*

Wikipedia. (2018). *Tuberculosis.*
<https://translate.google.com/translate?u=https://en.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis&hl=id&sl=en&tl=id&client=srp&prev=search>.

Wulandari, S. (2019). *BAB 2 Pembahasan.*

Zainita, AP. (2019). *BAB 2 TB Paru.*
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1362/4/BAB%20II.pdf>.

Zainita, AP. (2019). *BAB 2 TB Paru.*
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1362/4/BAB%20II.pdf>

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

Nama saya Dimas Gama Praditya Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **"Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Salah Satu Anggota Menderita Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Durenan Trenggalek"** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda Tangan


SUDARTO

Lampiran 2

 Kemenkes Poltekkes Malang	Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan Politeknik Kesehatan Malang Jalan Besar Ijen 77C Malang Jawa Timur 65112 Telp. (0341) 566075 Email: info@ptkkes-malang.ac.id
Trenggalek, 15 Mei 2025	
Nomor : DP.04.03/F.XIII.15.5/227/2025	
Lamp. : 1 (satu) bendel	
Perihal : Surat Ijin Mencari Data dan Penelitian Bagi Mahasiswa	
K e p a d a :	
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan	
Keluarga Berencana Kabupaten Trenggalek	
di -	
TRENGGALEK	
Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :	
Nama	: DIMAS GAMA PRADITYA.
NIM	: P17240223041.
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Keluarga pada salah satu anggota keluarga mengalami Tuberculosis Paru Wilayah Puskesmas Durenan
Untuk mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja Saudara mulai 16 Mei s/d 31 Mei Tahun 2025 sesuai proposal terlampir.	
Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.	
Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,	
	
Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes	
TEMBUSAN disampaikan kepada :	
Yth. 1. Sdr. Kabid. P2PL	
2. Sdr. Kepala Puskesmas Durenan.	
3. Arsip.	
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara	



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
**DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN
PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA**

Jl. R. Ng. Ronggowarsito No. 2
Website : dinkes-ppkb.trenggalekkab.go.id & email: dinkestrenggalek@gmail.com
TRENGGALEK 66315

Trenggalek, 19 Mei 2025

Nomor : 000.9.2 /2845/406.010/2025
Sifat : Segera
Lampiran : - Lembar
Perihal : Penelitian

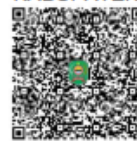
Yth. Kepala Puskesmas Durenan
di
TRENGGALEK

Menindaklanjuti surat dari Ketua Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang tanggal 15 Mei 2025, Nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/227/2025, Perihal : Surat Mencari Data dan Penelitian bagi Mahasiswa, maka diharap bantuan Saudara untuk memfasilitasi Mahasiswa berikut melaksanakan Penelitian dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir :

Nama : DIMAS GAMA PRADITYA
NIM : P17240223041
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Keluarga pada Salah Satu Anggota Keluarga Mengalami Tuberculosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Durenan
Tempat : Puskesmas Durenan
Lamanya : 19 Mei s.d 31 Mei 2025

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
KABUPATEN TRENGGALEK



dr. SUNARTO
Pembina Tk. I
NIP. 19740223 200604 1 011

TEMBUSAN : disampaikan kepada

- Yth. 1. Ketua Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Kepala Bidang UKM dan UKP Dinas Kesehatan PPKB Kab. Trenggalek
3. Sdr. DIMAS GAMA PRADITYA

Catatan :

- UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1
"Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah"
- Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan **Sertifikat Elektronik** yang diterbitkan **BSrE**



