

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. A DENGAN TB PARU
PADA NN. A DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LELES DI
KAMPUNG TARAJU RT 003 RW 004 DESA SALAMUNGGA
KECAMATAN LELES GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Di Ajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam
Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
DiSTIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
Zeni Aulia
KHGA22004



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT PROGRAM
STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2025

LEMBR PERSETUJUAN

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Tn.A
DENGAN TB PARU PADA Nn. A DI KAMPUNG TARAJU RT
003 RW 004 DESA SALAMUNGGAL KECAMATAN LELES
GARUT

PENYUSUN : ZENI AULIA

NIM : KHGA22004

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan di hadapan

Tim penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Tantri Puspita, S.Kep, Ners., M.N.S.

LEMBAR PENGESAHAN

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Tn.A
DENGAN TB PARU PADA Nn. A DI KAMPUNG TARAJU RT
003 RW 004 DESA SALAMUNGGAL KECAMATAN LELES
GARUT

PENYUSUN : ZENI AULIA

NIM : KHGA22004

Garut, Juli 2025

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan Dan Pertanggung Jawabkan Di
Hadapan Penguji

Menyetujui:

Penguji 1

Penguji 2

Dede Suharta, S.Kep., M.Pd.

Kartono, S.Kep., M.Si.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. A DENGAN TB PARU PADA NN. A DI KAMPUNG TARAJU RT 003 RW 004 DESA SALAMUNGGAL KECAMATAN LELES GARUT

Zeni Aulia 2025, Pembimbing Tantri Puspita, S.Kep, Ners., M.N.S.

Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

IV Bab, 96 Halaman, 1 Bagan, 10 Tabel, 4 Lampiran

Latar Belakang: Tuberkulosis (TB) paru masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia, termasuk di Kabupaten Garut. Penanganan TB paru dalam tatanan keluarga membutuhkan peran aktif keluarga dan tenaga kesehatan, khususnya perawat.

Tujuan: Tujuan karya tulis ini adalah untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada keluarga Tn. A dengan anggota keluarga Nn. A yang mengalami TB paru, mencakup aspek bio-psiko-sosial dan spiritual.

Metode: Penulisan dilakukan dengan metode deskriptif menggunakan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi pustaka. Asuhan keperawatan dilaksanakan dengan lima tahap proses keperawatan: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Kesimpulan: Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga sangat penting dalam meningkatkan kesadaran, kemandirian, dan kepatuhan pengobatan TB paru. Intervensi yang berkelanjutan dibutuhkan untuk mendukung perbaikan status kesehatan pasien dan lingkungan rumah yang sehat. Pemberian asuhan keperawatan keluarga secara menyeluruh mampu meningkatkan pengetahuan, kesadaran, serta kemandirian keluarga dalam mendukung anggota keluarga yang menderita TB paru. Dukungan keluarga yang baik berdampak positif terhadap kepatuhan pengobatan dan pencegahan penularan penyakit.

Kata kunci: TB paru

Daftar pustaka: 22 Buah (2015-2924)

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmatnya dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan tepat waktu. Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat akhir dalam menempuh akhir perkuliahan program studi Diploma III Keperawatan di STIKES KARSA HUSADA GARUT. Penulis mengambil judul:

**“ ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN.A PADA NN.A DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS LELES DI KP TARAJU DESA
SALAMUNGGAL RT 003 RE 004 KECAMATAN LELES
KABUPATEN GARUT TAHUN 2025 ”**

Dalam membuat karya tulis ilmiah ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak terutama kepada.

1. Bapak Dr. H. Hadiyat MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Tantri Puspita, S.Kep, Ners., M.N.S., selaku Pembimbing dalam
penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu banyak membantu dan memberikan bimbingan, petunjuk serta dorongan kepada penulis dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
6. Dede Suharta, S.Kep., M.Pd. Selaku Penguji 1 yang telah berkenan menguji penulis dan memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.
7. Karnoto, S.Kep., M.Si. Selaku Penguji 2 yang telah berkenan menguji penulis dan memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.
8. Seluruh Staff dan dosen, STIKes Karsa Husada Garut Khusus Prodi DIII Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Seluruh Staff dan karyawan Tata Usaha dan Perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
10. Bapak Asep Hidayat S. Kep., Ners selaku CI di Puskesmas Leles beserta para perawat Puskesmas Leles yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat.
11. Tn. A beserta keluarga, atas ketersediaannya bekerja sama dengan

penulis selama melakukan Asuhan Keperawatan.

12. Kepada Bapak Opan dan Mamah Dedah yang telah membesarkan penulis dengan kasih sayang, selaku motivator, mendidik, merawat dan memberikan do'a restu, dukungan, perhatian, pengertian dan serta pengorbanan yang tak ternilai harganya hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
13. Kepada Kakak perempuan Gina Sri Aisyah, yang selalu memberikan semangat, nasihat, dan contoh keteguhan dalam menghadapi berbagai tantangan. Terima kasih telah menjadi sosok yang selalu bisa kuandalkan.
14. Kepada Adik perempuan Ida Latifah, terima kasih atas keceriaan dan semangatmu yang selalu membuat hari-hari penulis lebih berwarna. Kehadiranmu menjadi pengingat untuk terus bersikap lembut namun tangguh.
15. Kepada keluarga besar penulis yang tidak bisa penulis sebutkan satu satu yang selalu mendo'akan dan mendukung kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
16. Terima kasih yang tak kalah penting saya sampaikan kepada sahabat- sahabat saya yang luar biasa kepada Yayang Henhen selaku teman baik semasa kuliah, kepada Mita Fuji dan Mely Sena. Terima kasih untuk tawa, dukungan, obrolan panjang. Kalian bukan hanya teman, tapi bagian dari perjalanan yang membuat

semuanya lebih bermakna. Terima kasih telah percaya, mendengarkan keluh kesah, dan mengingatkan bahwa saya tidak sendiri.

17. Kepada teman teman prodi DIII Keperawatan khususnya 3A, terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh teman-teman sekelas atas kebersamaan, kerja sama, dan semangat saling mendukung selama proses

belajar dan penyusunan karya tulis ini.

18. Untuk diri saya sendiri selaku penulis “Zeni Aulia” Terimakasih sudah bertahan dan mampu sampai pada titik ini, Terima kasih karena tidak berhenti, walau jalannya tak selalu terang. Terima kasih karena masih percaya bahwa setiap usaha, sekecil apapun, tetap berarti. Menuntaskan Karya Tulis Ilmiah ini bukan hal yang mudah bagi saya, tapi saya tahu saya telah berjuang dengan sungguh-sungguh, Apa pun hasilnya nanti, Terima kasih karena sudah bertahan sejauh ini. Semoga langkah-langkah selanjutnya bisa dijalani dengan lebih kuat, lebih tenang, dan lebih bijak.

Melalui kata pengantar ini penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang. Penulis juga berharap semoga karya tulis ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan bagi semua pihak khususnya bagi penulis dan umumnya bagi pembaca.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB 1.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulis	5
C. Metode penulisan.....	7
D. Sistematika penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	10
A. Konsep Dasar Keluarga	10
1. Pengertian keluarga	10
2. Tipe Keluarga	11
3. Tahapan Dan Tugas Perkembangan Keluarga	13
4. Tugas keluarga Dalam Kesehatan.....	16
5. Fungsi keluarga.....	17
6. Ciri-ciri keluarga.....	19
7. Struktur Keluarga	19
8. Tingkat kemandirian keluarga	20
9. Tujuan perawatan kesehatan.....	23
B. Konsep dasar Tuberkulosis paru.....	24
1. Pengertian Tuberkulosis paru	24
2. Etiologi	25
3. Patofisiologi	28
4. Manifestasi Klinis.....	28
5. Komplikasi Tuberkulosis paru.....	30
6. Patway	32

7. Konsep Pengendalian Penyakit Tuberkulosis Paru	
C. Konsep Asuhan Keperawatan	34
1. Pengkajian	34
2. Analisa data	37
3. Diagnosa keperawatan	37
4. Intervensi Kperawatan	40
5. Implementasi keperawatan	45
6. Evaluasi keperawatan	45
BAB III TINJAUAN KASUS PEMBAHASAN.....	46
A. Laporan kasus	46
1. Pengkajian	46
2. Analisa Data.....	51
3. Diagnosa keperawatan Berdasarkan Prioritas	72
B. Pembahasa	85
1. Pengkajian	85
2. Diagnosis Keperawatan	87
3. Tahap perencanaan	88
4. Tahap implementasi.....	89
5. Evaluasi keperawatan	90
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	92
A. Kesimpulan.....	92
B. Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	95

Daftar Tabel

Tabel 1.1 Distribusi frekuensi penyakit 10 besar di Puskesmas Leles.....	3
Tabel 2.2 Skala Prioritas Masalah.....	22
Tabel 2.3 Intervensi keperawatan.....	38
Tabel 3.1 Komposisi keluarga	46
Table 3.2 Pemeriksaan fisik	56
Table 3.3 Tingkat kemandirian keluarga	67
Table 3.4 Analisa data	68
Table 3.5 Skoring masalah 1	70
Table 3.6 Skoring masalah 2.....	71
Table 3.7 Skoring masalah 3.....	76
Table 3.8 Aktivitas sehari-hari	76
Table 3.11 Catatan Perkembangan.....	83

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patway.....	32
-----------------------	----

LEMBAR LAMPIRAN

Lampiran 1: SAP TB Paru

Lampiran 2: leaflet

Lampiran 3: Daftar Pustaka

Lampiran 4: SAP RUMAH SEHAT

Lampiran 5: riwayat hidup

BAB 1

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global, termasuk di Indonesia. Menurut laporan WHO tahun 2023, sekitar 10,6 juta orang di dunia menderita TBC dan 1,3 juta di antaranya meninggal dunia. Indonesia sendiri menempati peringkat kedua tertinggi kasus TBC di dunia dengan estimasi lebih dari satu juta kasus per tahun. Penyakit ini tidak hanya berdampak pada kesehatan individu, tetapi juga menimbulkan beban ekonomi dan sosial yang besar akibat lamanya masa pengobatan, potensi kecacatan, serta stigma masyarakat.

Di Indonesia TBC merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, dan merupakan salah satu Negara yang memiliki beban tuberkulosis tertinggi di dunia. Menurut kementrian kesehatan Republik Di Indonesia pada tahun 2020 jumlah kasus tuberkulosis paru yang di temukan sebanyak 351.936 kasus, menurun bila di bandingkan pada tahun 2019 yaitu sebesar 568.987 kasus tertinggi di laporkan dari 136 supit JIKMA Vol 3 No 2 (2024).

Tuberkulosis paru (TB paru) tetap menjadi tantangan kesehatan signifikan di Indonesia yang menempati peringkat kedua global dalam jumlah kasus (Ziyadatur Rizki, (2022), Fahdhienie & Ichwansyah, 2022) menyoroti faktor perilaku seperti merokok, rendahnya pengetahuan, dan

pendapatan, Kondisi lingkungan fisik rumah seperti ventilasi minim, kelembapan tinggi, pencahayaan buruk, kepadatan hunian, dan lantai Btidak layak dibuktikan signifikan meningkatkan risiko TB paru *RI et al.*, 2020). Faktor sosial ekonomi seperti gender laki-laki, pendidikan rendah, dan pendapatan kecil juga tercatat berkaitan erat dengan kejadian TB Pralambang & Setiawan, (2021)

Provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah, kasus tuberculosis di ketiga provinsi tersebut hampir mencapai setengah dari jumlah seluruh kasus tuberkulosisi di Indonesia (6%) (kemenkes 2020). Tuberkulosis adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia meskipun berbagai insiatif tersedia untuk kontrol dan pengobatan, kasusus tuberkulosis belum berkurang secara signifikan, terutama dalam pengaturan keluarga (Laporan WHO) telah dicatat sesuai dengan data terbaru dari kementrian republik Indonesia. Angka penderita Tuberkulosisi di Garut, Jawa Barat musim tinggi dan terus menerus meningkat setiap tahunnya. Dinas kesehatan (Dinkes) kabupaten Garut mencatat pada tahun 2021 ada 17.700 warga terduga TB dari sekitar 2,5 juta penduduk Garut. Kemudian ada 4.888 terduga TB yang tetdiagnosa dan diobati (Dinkes Garut, 2021).

Di kabupaten Garut salah satunya di wilayah kerja Puskesmas Leles, pihak Puskesmas bekerja sama dengan berbagai sektor terkait, berusaha untuk menekan tingginya angka penyakit Tuberkulosis Paru.

Hal ini tentu saja menjadi tanggung jawab dan tantangan bagi masyarakat Leles, pihak puskesmas dan pemerintah di Kecamatan Leles.

Selain faktor eksternal tersebut, pihak puskesmas Leles mengungkapkan bahwa masih rendahnya kesadaran masyarakat dalam memahami penyakit tuberkulosis paru. Hal ini bisa menjadi hal yang sulit. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas Puskesmas Leles dinyatakan bahwa pada satu tahun terakhir jumlah penderita tuberkulosis paru yang berkunjung dan berobat ke Puskesmas Leles masih cukup tinggi. Hal itu dapat dilihat pada tabel 1.1 di bawah ini:

Tabel 1.1

Kriteria 10 Besar Penyakit Di Wilayah Puskesmas Leles 2024

No	Jenis penyakit	Jumlah	Presesntase (%)
1.	Nasofaringitis akut	384	26%
2.	Dyspepsia	245	16%
3.	Demam tyhoid paratyphoid	243	16%
4.	Gangguan pulpa dan jaringan paripikal	134	9%
5.	Penyakit saluran nafas atas akut tidak terferifikasi	109	7%
6.	Ganggaung pada kulit dan jaringan subkutan tidak Terklasifikasi	100	7%
7.	Hipertensi	94	6%
8.	Gastroenteritis	65	4%
9.	Tuberkulosis paru	59	4%
10.	Typhoid	58	4%
	Jumlah	1488	100%

Sumber: Laporan Puskesmas Leles, 2025

Dari tabel di atas penyakit TBC menduduki peringkat 9 dari 10 penyakit tertinggi di Puskesmas Leles Garut. dengan jumlah 59 orang mengidap TBC di Puskesmas Leles Garut. Dengan presentase 4%, walaupun penyakit TB paru di urutan paling bawah yaitu 9 dari 10 terbanyak tetapi bukan berarti tidak memerlukan perhatian yang serius dalam penanganan penyakit TB paru mulai dari pengobatan dan pencegahan.

Meskipun TB paru bukan peringkat pertama dari 10 Penyakit tertinggi di puskesmas Leles, tetapi jika tidak di tangani dengan secara dini, kemungkinan akan mengalami peningkatan. kenaikan posisi penyakit TB paru, dan mencegah komplikasi diantaranya: kerusakan jaringan paru (fibrosis & kavitas) terjadi akibat peradangan kronis, menyebabkan paru kehilangan fungsinya, hemoptisis (batuk darah) bisa ringan atau berat (masif), berasal dari pembuluh darah di dinding kavitas, pneumotoraks masuknya udara ke rongga pleura akibat pecahnya kavitas ke pleura, masalah kelainan pada jantung, masalah pada ginjal, dan kelainan pada hati bahkan sampai mengakibatkan kematian. Oleh sebab itu penting di berikan asuhan keperawatan pada penderita TB paru sehingga penulis tertarik untuk mengangkat judul asuhan keperawatan dengan TB paru pada keluarga Tn.A dengan klien Nn.A Di Wilayah kerja Puskesmas Leles Di Kampung Taraju RT/RW 003/004 Desa Salamunggal Kecamatan Leles Kabupaten Garut.

Untuk mengatasi masalah ini diperlukan strategi promosi Kesehatan dengan menggunakan metode yang tepat sehingga informasi yang diterima dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang penyakit Tuberkulosis Paru. Pengetahuan menjadi salah satu hal yang penting untuk meningkatkan sikap keinginan mencegah penyakit TB paru sehingga bisa mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari. Kondisi ini menuntut kita untuk dapat melakukan berbagai upaya masyarakat yang mempunyai daya ungkit besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Nadirawati, 2018).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan tuberkulosis paru yaitu memberikan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit maupun sehat, mengamati masalah kebutuhan kesehatan, sebagai kordinator pelayanan kesehatan, pendidikan dan penyuluhan kesehatan yang memberikan petunjuk tentang asuhan keperawatan dasar terhadap keluarga.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulis karya tulis ilmiah ini agar penulis mampu mendapatkan pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Secara khusus penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian terhadap keluarga Tn.A dengan masalah TB paru pada Nn. A di Kp. Taraju RT 003 RW 004 Kec. Leles Kab,Garut wilayah Kerja Puskesmas Leles garut 2025.
- b. Mampu menegakan diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang timbul pada Nn.A dengan TB paru di Kp. Taraju RT 003 RW 004 Kec. Leles Kab,Garut wilayah Kerja Puskesmas Leles garut 2025.
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan masalah TB paru pada Nn. A di Kp. Taraju RT 003 RW 004 Kec. Leles Kab,Garut wilayah Kerja Puskesmas Leles garut 2025.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperwatan sesuai perencanaan yang telah disusun pada keluarga Tn. A dengan masalah TB paru pada Nn. A Kp. Taraju RT 003 RW 004 Kec. Leles Kab,Garut wilayah Kerja Puskesmas Leles garut 2025.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada keluarga Tn.A dengan masalah TB paru pada Nn. A di Kp. Taraju RT 003 RW 004 Kec. Leles Kab,Garut wilayah Kerja Puskesmas Leles garut 2025.
- f. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan maslah TB paru pada Nn. A di Kp. Taraju RT 003 RW 004 Kec. Leles Kab,Garut wilayah Kerja Puskesmas Leles garut 2025.

C. Metode penulisan

Untuk metode telahan yang digunakan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif studi kasus dengan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan secara langsung ke rumah keluarga Untuk Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan teknik pengumpulan data dianatara lain sebagai berikut:

1. Wawancara

Pada wawancara dilakukan dengan atanya jawab dengan keluarga terutama pada anggota keluarga penderita TB paru, tujuan dari wawancara ini untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan, serta untuk menambah kedekatan penulis dengan keluarga untuk mengemukakan masalah keluarga

2. Observasi

Penulis mengamati langsung pada keluarga Tn.A dan Ny.A, baik dalam lingkungan rumah, gaya hidup serta kehidupan sehari-hari mengenai keluarga.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan kesehatan mulai dari ujung kepala hingga ujung kaki atau sering dikenal sebagai *head to toe* meliputi inpeksi, palpasi, aukultasi, dan perkusi, untuk memeriksa kesehatan keluarga.

4. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan sumber-sumber dari buku, artikel, jurnal yang berasal dari internet untuk mendapatkan keterangan serta data data yang mendukung laporan peneliti Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Studi Dokumentasi

Penuli mengumpulkan data-data serta catatan atau laporan riwayat kesehatan dari puskesmas Leles mengenai hubungan dengan Karya Tulis Ilmih.

D. Sistematika penulisan

Dalam penulisan karya tulis ini, penulis menggunakan sistematik penulis sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan:

Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan

BAB II Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan:

Bab ini membahas tentang konsep dasar keluarga, meliputi pengertian keluarga resiko tinggi, penyebab resiko tinggi, dampak resiko tinggi pada fungsi keluarga, konsep penyakit Tuberkulosis paru, dan pendekatan proses keperawatan keluarga

BAB III Tinjauan Kasus Pembahasan:

Menjelaskan tinjauan kasus membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi sedangkan pembahasan berisi tentang kesenjangan yang ditemukan antara kasus yang nyata dengan teori yang ada. Mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi

Bab ini membahas tentang kesimpulan dan rekomendasi, penulis setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga dan rekomendasi untuk perbaikan untuk masa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan individu yang terhubung melalui hubungan darah atau pernikahan. Suatu hubungan pernikahan, kemudian memahami dan merasakan posisi sebagai suatu kelompok yang unik dan secara kolektif memperkuat kelompok tersebut untuk kebahagiaan, kesejateraan, dan ketenangan seluruh anggota yang berbeda di dalam keluarga itu (Safrudin, 2018).

Keluarga merupakan sekumpulan individu yang terhubung melalui hubungan pernikahan, kelahiran, serta adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, serta memperbaiki pertumbuhan fisik, mental, emosi dan sosial setiap keluarga. Berdasarkan sejumlah definisi keluarga yang telah disebutkan, dapat disimpulkan bahwa keluarga yang berfungsi sebagai suatu esensial. Sekumpulan dua orang atau lebih yang terhubung melalui darah, pernikahan atau adopsi yang tinggal satu rumah meliputi suami dan istri, ayah, ibu anak, saudara perempuan dan saudara laki-laki (Setiawan,2019).

Menurut Notoatmodjo, (2018), terdapat banyak elemen yang memengaruhi perilaku kesehatan, Antara lain: faktor internal (pengetahuan, status sosial, ekonomi), serta faktor eksternal (dukungan sosial terutama dari tenaga kesehatan). Notoatmodjo, (2018) mengemukakan bahwa strategi untuk mengubah perilaku adalah dengan memberikan data mengenai langkah-langkah pencegahan penyakit dan peningkatan wawasan masyarakat. Strategi atau metode yang diterapkan mencakup pendidikan kesehatan melalui komunitas verbal, psikomotor (partik), dan efektif untuk menilai tingkat kepatuhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada.

2. Tipe Keluarga

Menurut Ananda (2021), tipe keluarga dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Keluarga tradisional
 - 1) *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat
 - 2) *The dyad family* (keluarga dyad), suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu anda ketahui, keluarga ini belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak.
 - 3) *Single parent* (yaitu keluarga yang terdiri dari atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

- 4) *Single adult* yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
 - 5) *Extended family* yaitu keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia di daerah pedesaan.
 - 6) *Middle-aged or elderly couple* yaitu orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah
 - 7) *Kin-network family* yaitu beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi bersama.
- b. Tipe keluarga non tradisional
- 1) *Ummarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak tanpa menikah
 - 2) *Commune family* merupakan keluarga yang terdiri dari beberapa pasangan keluarga yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan aktivitas kelompok atau membersarkan anak bersama
 - 3) *The nonmarital heterosexual Cohabitng Family* merupakan keluarga yang hidup bersama dengan berganti ganti pasangan tanpa

melalui perkawinan

- 4) *Gay and lesbian family* merupakan keluarga terdiri dari orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan pernikahan karena beberapa alasan tertentu
- 5) *Foster Family* keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.
- 6) *Homeless Family* keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

3. Tahapan Dan Tugas Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan suatu proses perubahan sistem dari waktu ke waktu yang meliputi perubahan interaksi dan hubungan diantara keluarga.

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Menurut Duvvall & Miller (1985); carter & Mc Goldrick (1998) dalam (Fau&simutupang 2023) sebagai perawat sangat perlu memiliki suatu pengetahuan dan pendidikan tentang tahapan-tahapan dan tugas perkembangan suatu keluarga ,untuk lebih jelasnya ada beberapa tahap perkembangan keluarga dengan tugas perkembangan sebagai berikut:

- a. Tahap I-pasangan baru atau keluarga pemula
Tugas perkembangan untuk keluarga baru merupakan tahapan awal dimana mulanya membina hubungan terhadap sesama dengan cara kawin dan saling memuaskan satu sama lain. Serta menjalin hubungan yang baik dengan orang lain. Pada tahap ini pasangan membuat suatu perencanaan awal kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.
- b. Tahap-II keluarga sedang mengasuh anak (anak pertama berusia 30 bulan) dalam perkembangan tahap II adalah menciptakan keluarga baru yang menjaga ikatan pernikahan.
- c. Tahap III - Keluarga yang memiliki anak usia prasekolah (2-6 tahun) Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru, serta tetap memastikan kebutuhan anak lainnya terpenuhi. Menjaga hubungan yang baik, baik di dalam keluarga maupun dengan keluarga di luar.
- d. Tahap IV - Keluarga yang memiliki anak di usia sekolah Pada tahap ini, tanggung jawab keluarga meliputi pengembangan anak, sosialisasi, peningkatan prestasi, penguatan hubungan antar teman sebayanya, serta menjaga keharmonisan hubungan pernikahan.
- e. Tahap V - Keluarga yang memiliki anak remaja (anak tertua berusia 13- 20 tahun)
Tugas pertumbuhan keluarga di tahap ini adalah menyeimbangkan kemandirian dengan tanggung jawab saat mencapai

dewasa, mengutamakan hubungan pernikahan, berkomunikasi secara jujur antara orang tua dan anak, memberikan perhatian, serta memberi kebebasan dengan batasan tanggung jawab.

- f. Tahap VI - Keluarga yang melepaskan anak-anak dewasa muda Tugas perkembangan keluarga di tahap ini meliputi, memperluas siklus keluarga dengan menambahkan anggota keluarga dari pernikahan anak-anak, melakukan pernikahan baru, serta mendukung orang tua yang lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri.
- g. Tahap VII - Orang tua paruh baya Tanggung jawab keluarga pada fase perkembangan ini adalah menciptakan suasana yang mendukung Kesehatan, menjaga hubungan yang memuaskan dan berarti antara orang tua serta lansia, memperkuat ikatan pernikahan, mempertahankan keintiman, merencanakan aktivitas yang akan datang, memerhatikan Kesehatan masing-masing pasangan, serta terus berkomunikasi dengan anak-anak.
- h. Tahap VIII- Keluarga pada Waktu pensiun dan usia lanjut Tanggung jawab keluarga dalam fase perkembangan ini adalah menjaga pengaturan hidup yang memuaskan dan beradaptasi dengan penurunan pendapatan, menjaga hubungan perkawinan, beradaptasi dengan kehilangan pasangan, serta mempertahankan hubungan antar generasi dalam keluarga.

4. Tugas keluarga Dalam Kesehatan

Friedman (1986) dalam (Hutagalung, 2021) menyatakan bahwa tanggung

jawab kesehatan keluarga meliputi:

a. Memahami isu kesehatan keluarga

Kesehatan adalah kebutuhan keluarga yang harus diperhatikan, sebab tanpa kesehatan segalanya tidak akan bermakna. Keluarga harus memahami kondisi kesehatan dan perubahan yang dialami setiap anggotanya. Setiap perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga, akan menjadi perhatian bagi keluarga, dan jika ada perubahan, keluarga perlu mencatat kapan perubahan itu terjadi, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar dampaknya.

b. Memanggil keputusan yang sesuai

Proses pengambilan keputusan adalah usaha utama keluarga dalam mencari bantuan yang sesuai dengan situasi keluarga, dengan mempertimbangkan siapa di antara anggota keluarga yang memiliki kemampuan untuk menentukan suatu tindakan.

c. Merawat anggota keluarga yang sedang sakit

Setelah keluarga melakukan langkah yang tepat, namun jika mereka masih merasa terbatas, maka anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan perlu mendapatkan perawatan atau tindakan lanjutan agar masalah yang lebih serius tidak muncul. Perawatan bisa dilakukan di fasilitas kesehatan atau di rumah jika keluarga sudah memiliki keterampilan untuk memberikan pertolongan pertama.

- d. Menjaga atau menghasilkan rumah yang sehat
Adalah wadah untuk berlindung, berteduh, dan berinteraksi bagi setiap anggota keluarga. Dengan demikian, para anggota keluarga akan mendapatkan lebih banyak waktu untuk berinteraksi dengan lingkungan tempat tinggal. Dengan demikian, keadaan rumah bisa menjadi simbol ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat mendukung tingkat kesehatan bagi anggota keluarga.
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat Memanfaatkan layanan Kesehatan yang tersedia di komunitas. Jika menghadapi kesulitan atau isu yang berhubungan dengan Kesehatan keluarga, setiap anggota keluarga harus bisa memanfaatkan layanan Kesehatan yang tersedia di lingkungan sekitar. Keluarga bisa berkonsultasi atau meminta dukungan dari tenaga keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat terhindar dari berbagai jenis penyakit.

5. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2010) dalam (Enisah, 2024) menyebutkan bahwa fungsi keluarga merupakan apa yang bisa dikerjakan oleh keluarga, fungsi berfokus untuk mencapai segala tujuan.

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah tujuan keluarga berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan

dukungan psikososial bagi para anggotanya, keberhasilan fungsi afektif dapat dilihat melalui keluarga yang gembira dan bahagia, anggota keluarga mampu mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dimana merupakan sumber kasih sayang.

2) Fungsi Sosial

Fungsi sosial adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Fungsi Reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan kelangsungan keluarga.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

5) Fungsi Perawatan/pemeliharaan Kesehatan

Adanya fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga.

6. Ciri-ciri keluarga

Menurut Husnainyah (2022) ciri-ciri keluarga sebagai berikut:

- a. Keluarga terdiri dari individu-individu yang di satukan oleh ikatan pernikahan, darah dan adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup Bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menagnggap rumah tersebut sebagai rumah mereka.
- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial keluarga seperti suami, istri, ayah, ibu, anak laki- laki dan anak perempuan lain seainya.
- d. Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri sendiri.

7. Suktur Keluarga

Menurut Husnaniyah (2022), stuktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat. Stuktur keluarga terdiri dari bermacam- macam, di antaranya adalah:

a. Patrinal

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

b. Matrinal

Adalah keluarga sederhana yang terdiri dari anak saudara sedarah

dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun, melalui jalur garis ibu.

c. **Matrilokal**

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

d. **Patrilokal**

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

e. **Keluarga Kawin**

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa anak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

8. Tingkat kemandirian keluarga

Fadhilah (2021) menyatakan bahwa keberhasilan pengasuhan keperawatan keluarga oleh perawat keluarga dapat diukur melalui tingkat kemandirian keluarga, dengan memahami kriteria atau karakteristik yang menjadi dasar penilaian dari tingkat kemandirian I hingga tingkat kemandirian IV.

a. **Tingkat kemandirian I (keluarga mandiri level I/KM-1)**

- 1) Menghadapi petugas layanan kesehatan.
- 2) Mendapatkan layanan keperawatan yang disediakan sesuai menggunakan rencana perawatan

- b. Tingkat kemandirian II (keluarga mandiri level II/km-II 1) Menyambut tenaga kesehatan masyarakat.
 - 2) Mendapatkan pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana perawatan
 - 3) Melaksanakan tindakan perawatan kesehatan dasar sesuai dengan yang disarankan.
 - 4) Menggunakan layanan Kesehatan dengan aktif.
- c. Tingkat kemandirian III (KM-III/ keluarga mandiri level III menyambut petugas kesehatan masyarakat.
 - 1) Mendapatkan layanan keperawatan yang disediakan sesuai dengan rencana perawatan.
 - 2) Tahu dan dapat membongkar permasalahan Kesehatan dengan akurat.
 - 3) Melaksanakan tindakan perawatan kesehatan dasar sesuai dengan rekomendasi yang ada.
 - 4) Menggunakan layanan Kesehatan dengan aktif.
 - 5) Melakukan Langkah-Langkah pencegahan sesuai dengan saran.
- d. Tingkat kemandirian IV (keluarga mandiri Tingkat IV/KM-IV)
 - 1) Menerima staf layanan kesehatan masyarakat.
 - 2) Mendapatkan layanan keperawatan yang disalurkan sesuai dengan rencana perawatan.
 - 3) Tahu dan dapat menunjukan permasalahan kesehatan secara benar.

- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan kesehatan yang dasar sesuai dengan rekomendasi.

Tabel 2.1 Tingkat Kemandirian Keluarga

No	Kriteria	Tingkat kemandirian Keluarga			
		1	2	3	4
1	Menerima petugas	✓	✓	✓	✓
2	Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana kepeerawatan	✓	✓	✓	✓
3	Tau dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar		✓	✓	✓
4	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang di anjurkan		✓	✓	✓
5	Memfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif		✓	✓	✓
6	Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai Anjuran			✓	✓
7	Melakukan tindakan promotif secara aktif				✓

9. Tujuan perawatan kesehatan

Tujuan perawatan keluarga mencakup 3 tingkatan pencegahan menurut (Friedman,

Bowden dan Jones, 2010) dalam (Susanto, 2022) yang terdiri dari:

a. Pencegahan Primer

Ini mencakup usaha promosi kesehatan dan pencegahan penyakit agar individu terhindar dari penyakit atau cedera. Pencegahan primer dilaksanakan pada anggota keluarga atau keluarga yang sehat dan tidak menunjukkan tanda-tanda sakit. Contoh langkah pencegahan ini meliputi imunisasi dasar untuk balita, penyuluhan kesehatan kepada keluarga tentang gaya hidup sehat, informasi kesehatan mengenai pengasuhan dan perkembangan balita, dan sebagainya. Peran keluarga dalam pencegahan primer adalah sebagai sistem dukungan dan membantu anggota keluarga untuk menjalani gaya hidup sehat.

b. Pencegahan Sekunder

Upaya ini mencakup kegiatan skrining atau deteksi awal, diagnosis, dan terapi yang dilakukan terhadap keluarga atau anggota keluarga yang menunjukkan gejala penyakit. Peran perawat dalam pencegahan sekunder mencakup pelaksanaan skrining dan pengkajian anggota keluarga, termasuk pemeriksaan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan laboratorium, merujuk anggota keluarga ke layanan kesehatan, serta memberikan penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya skrining dan deteksi dini penyakit.

c. Pencegahan Tersier

Pencegahan ini meliputi kegiatan pemulihan penyakit dan rehabilitasi yang bertujuan untuk mengurangi disabilitas klien serta mengembalikan atau memulihkan fungsi fisik pada tingkat optimal yang dilaksanakan pada keluarga atau anggota keluarga setelah perawatan. Perawat berperan dalam pencegahan tersier dengan memberikan perawatan langsung, sebagai koordinator, manajer kasus, pendidik, dan konselor untuk klien/keluarga. Keluarga memerlukan dukungan dan bimbingan tentang perawatan mandiri serta perawatan yang memerlukan bantuan orang lain selama tahap rehabilitasi.

10. Konsep dasar Tuberkulosis paru

1. Pengertian Tuberkulosis paru

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang terutama menyerang paru-paru, tetapi juga dapat menyerang organ lain dalam tubuh. Penyakit ini ditularkan melalui droplet atau percikan dahak dari penderita aktif yang batuk atau bersin. Menurut (WHO, 2023), TBC masih menjadi salah satu penyebab kematian utama akibat penyakit menular di dunia, terutama di negara-negara berkembang.

Jurnal penelitian dari Singh et al. (2022) menyatakan bahwa TBC adalah penyakit yang bersifat kronis dengan masa inkubasi yang bervariasi, dan meskipun dapat diobati dengan antibiotik standar, resistensi obat menjadi tantangan Utama dalam pengendalian penyakit

ini. Studi tersebut juga menekankan pentingnya deteksi dini dan pengobatan yang konsisten untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas TBC.

Selain itu, riset yang dilakukan oleh Kim dan rekan (2021) menjelaskan bahwa faktor sosial ekonomi, seperti kemiskinan, kepadatan hunian, dan status gizi buruk, sangat berperan dalam penyebaran TBC. Hal ini menegaskan bahwa pengendalian TBC tidak hanya memerlukan intervensi medis, tetapi juga perbaikan kondisi sosial dan lingkungan.

Dalam jurnal yang dipublikasikan oleh Hartono et al. (2020), dijelaskan pula bahwa meskipun vaksin BCG telah digunakan secara luas, efektivitasnya terhadap TBC paru pada orang dewasa masih terbatas, sehingga pengembangan vaksin baru dan strategi pencegahan lain tetap menjadi fokus Utama penelitian TBC saat ini.

2. Etiologi

Terdapat berbagai jenis bakteri yang sangat berhubungan dengan infeksi tuberkulosis seperti *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium micoti*, dan *Mycobacterium cannetti*. *Mycobacterium tuberculosis* adalah bakteri yang paling umum dijumpai dan penyebab utama penyakit tuberkulosis menular antar manusia melalui udara dengan droplet nukleus (1-5 mikron) yang terlepas saat seseorang batuk, bersin atau berbicara (Pradipta et al., 2022).

Kelompok mycobacterium selain mycobacterium tuberculosis yang menyebabkan masalah pada saluran pernapasan dikenal sebagai MOTT (Mycobacterium other than Tuberculosis) yang terkadang menghambat penegakan diagnosis dan terapi tuberkulosis. Sifat kuman Mycobacterium tuberculosis menurut (Alhawaris & Tabri, 2020) adalah sebagai berikut:

- a. Bertekstur silinder, dengan Panjang 1-10 mikron dan lebar 0,2- 0,6 mikron
- b. Memiliki sifat tahan terhadap asam
- c. Tahan pada suhu 4°C-7°C.
- d. Sangat sensitif terhadap panas, sinar matahari, dan sinar ultraviolet. Pada dahak yang berada pada suhu 30-37°C akan mati dalam waktu sekitar 1 minggu.

Berdasarkan (Sikumbang et al., 2022) terdapat sejumlah faktor seperti pendukung/predisposisi dan faktor pencetus/presipitasi yang diuraikan sebagai berikut:

- a. Faktor prediposisi
 - 1) Jenis jenis kelamin Berdasarkan gender, jumlah kasus baru TB paru di tahun 2017 pada laki-laki adalah 1,4 kali lipat lebih tinggi dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh, sehingga tidak mengherankan jika perokok dan konsumen alkohol sering dianggap sebagai penyebab penyakit TB paru.

2) Umur

Usia merupakan salah satu penyebab peningkatan kasus TB. Hal ini disebabkan karena dengan bertambahnya usia, seseorang akan semakin rentan dan berisiko terinfeksi TB paru, karena sistem kekebalan tubuh seseorang akan menurun seiring bertambahnya umur. Seiring bertambahnya usia, berlangsunglah proses degenerasi, dan hal ini juga berlaku pada sistem imun tubuh yang rentan terhadap penyakit.

b. Faktor presipitasi

1. Merokok

Orang yang mempunyai kebiasaan merokok akan mengalami penurunan fungsi silia akibat zat beracun seperti karbon monoksida, nikotin, dan serta racun lainnya yang terhirup ke dalam sistem pertahanan tubuh, sehingga membuatnya menjadi lemah, yang memudahkan bakteri tuberkulosis untuk masuk dan menginfeksi saluran pernapasan.

2. lingkungan

Bakteri penyebab tuberkulosis paru dapat bertahan lama di ruangan yang gelap, lembab, sejuk, dan kurang ventilasi. Kondisi semacam ini menjadi habitat bagi bakteri, sehingga mempermudah terjadinya infeksi.

3. Orang dengan HIV positif dan penyakit imune lain

Orang yang positif HIV akan mengalami penurunan system kekebalan tubuh akibat berkurangnya CD4+, sehingga lebih rentan terhadap infeksi bakteri apapun, termasuk bakteri tuberkulosis

3. **Fatofisisologi**

Mar'iyah & Zulkarnain (2021) menjelaskan bahwa TBC dimulai Ketika *Mycobakterium tuberculosis* (MTB) masuk ke dalam alveolus melalui droplet yang terhirup. Sistem imun tubuh merespons dengan reaksi inflamasi, di mana fagosit menekan bakteri dan limfosit spesifik TBC menghancurkan bakteri dan jaringan normal. Proses ini menghasilkan penumpukan eksudat di dalam alveolus, yang dapat menyebabkan bronkopneumonia. Selanjutnya, terbentuk granuloma yang berubah menjadi fibrosa, dengan bagian sentralnya disebut Ghon tuberculosis, yang menjadi nekrotik dan membentuk massa seperti keju, serta membentuk jaringan kolagen, sehingga bakteri menjadi dorman.

Penularan tuberculosis dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, kebiasaan merokok, pekerjaan, status ekonomi dan lingkungan. Penderita tuberculosis umumnya akan mengalami gejala seperti batuk lebih dari dua minggu, sesak nafas, mudah Lelah, nafsu makan turun, dahak bercampur darah, demam, dan berat badan menurun. Mar'iyah & Zulkarnain (2021).

4. **Manifestasi Klinis**

Pada tahap awal penyakit TB Paru tidak menunjukkan tanda dan gejala yang jelas. Namun seiring perkembangan penyakit, jaringan paru- paru akan mengalami kerusakan yang dapat meningkatkan produksi sputum, yang terlihat dari frekuensi batuk klien sebagai bentuk kompensasi dalam pengeluaran dahak. Selain itu, klien dapat mengalami

kelelahan, lemas, berkeringat saat malam, dan mengalami penurunan berat badan. Secara mendetail, tanda dan gejala TB Paru dapat dikategorikan menjadi 2 kelompok, yaitu: gejala sistemik dan gejala respiratori.

a. Gejala sistemik

1) Demam

Demam adalah gejala awal dari TB Paru, biasanya muncul pada sore dan malam hari disertai keringat yang mirip dengan demam influenza yang cepat reda. Bergantung pada kekebalan tubuh dan virulensi bakteri, serangan demam bisa terjadi setelah 3 bulan, 6 bulan, dan 9 bulan. Demam mirip influenza ini muncul dan menghilang serta semakin lama semakin memperpanjang periode serangannya, sedangkan periode bebas serangan akan semakin pendek. Demam bisa mencapai suhu yang tinggi, yakni 40°- 41° C.

2) Keingot malam

Terjadi karena bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru* beraktivitas metabolisme di malam hari. Di samping itu, keringat malam pada penderita TB Paru muncul sebagai respons terhadap salah satu molekul sinyal peptida, yakni *Tumour Necrosis Factor Alpha*, yang dilepaskan oleh sel-sel sistem imun saat mereka bereaksi terhadap bakteri infeksius (*M. Tuberculosis Paru*). *Tumor Necrosis Factor Alpha* akan berpindah dari aliran darah ke kumpulan kuman *Mycobacterium Tuberculosis Paru* dan menjadi makrofag migrasi. Meskipun makrofag ini tidak mampu

menghilangkan bakteri secara total, namun pada makrofag yang imunokompeten dan sel-sel sitokin lainnya akan melingkari kompleks bakteri itu untuk menghindari penyebaran bakteri lebih jauh ke jaringan sekitarnya. Faktor Tumor Nekrosis Alpha yang diproduksi secara berlebihan sebagai reaksi imun ini akan menyebabkan demam dan keringat malam.

Berdasarkan (Hasan et al., 2023) Tuberkulosis paru secara tradisional diklasifikasikan menjadi:

- a. Tuberkulosis primer, adalah infeksi yang terjadi pada individu yang sebelumnya belum terpapar mycobakterium Tuberkulosis paru.
- b. Tuberkulosis sekunder, adalah infeksi yang berulang pada individu yang sebelumnya telah terpapar mycobakterium Tuberkulosis paru. Hal ini disebabkan oleh kurangnya sistem imun, seperti akibat malnutrisi, konsumsi alkohol, penyakit ganas, diabetes, HIV/AIDS, dan gagal ginjal.

5. Komplikasi Tuberkulosis paru

b. Bronkopneumonia

Bronchopneumonia Fagosit (makrofag dan neutrofil) menelan banyak bakteri, limpospesifik-tuberkulosis melisis (menghancurkan) basil serta jaringan yang normal. Reaksi jaringan ini menyebabkan akumulasi eksudat di dalam alveoli, yang mengarah pada bronkopneumonia (Ida, 2020).

c. Efusi Pleura

Antigen MT yang masuk ke dalam rongga pleura berinteraksi dengan sel T, dan segera teraktivasi oleh MT tersebut. Ini mengakibatkan reaksi hipersensitivitas tipe lambat serta penumpukan cairan.

d. Malnutrisi

Malnutrisi pada TB disebabkan oleh perubahan metabolisme dan fluktuasi kadar leptin dalam darah. Perubahan metabolisme yang terjadi meliputi blok anabolik, penurunan selera makan, malabsorpsi nutrisi, dan malabsorpsi mikronutrisi.

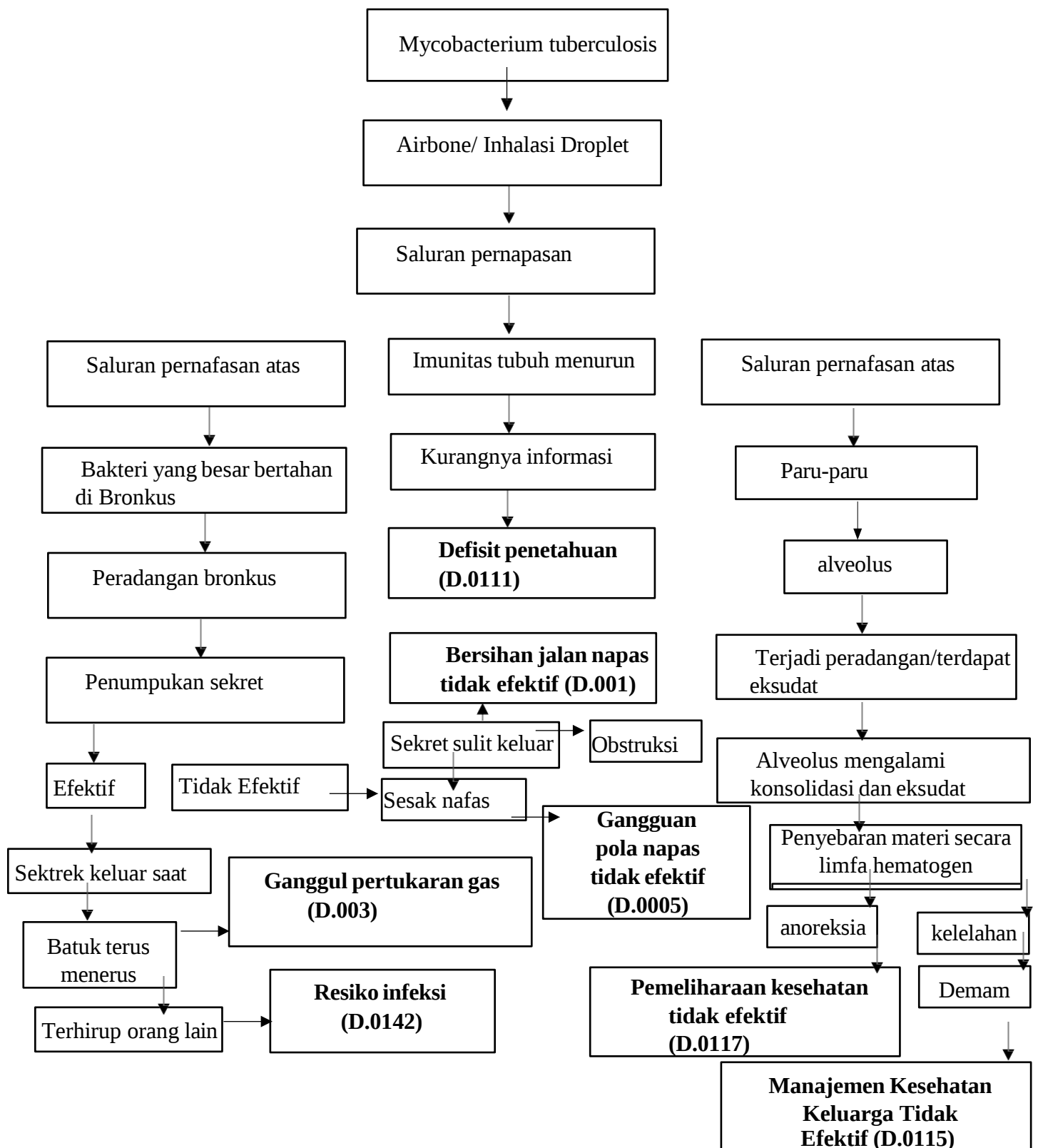
e. Anemia

Bakteri TB yang semakin banyak dalam aliran darah akan merusak parenkim paru, sehingga produksi sputum terus bertambah dan dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah serta memunculkan gejala hemopteo. (Tomastola et al., 2022)

6. Patway

Patway Tuberkulosis paru Sumber

(Listia, 2019)



7. Konsep Pengendalian Penyakit Tuberkulosis Paru

Meningkatnya jumlah kasus TBC yang terus bertambah menjadi tantangan bagi pemerintah dalam penanganan TBC di Indonesia. Salah satu kendala yang cukup signifikan dalam penanganan TBC adalah kurangnya kualitas layanan organisasi TBC dan terapi. Kasus. Fasilitas kesehatan yang menyediakan pengobatan sulit dijangkau oleh masyarakat yang bermukim di daerah terpencil atau pinggiran kota. Selain itu, pengetahuan masyarakat yang minim dan pendidikan yang kurang efektif menjadi hambatan dalam penanganan TBC. (Sembiring, 2019).

Program penanggulangan TBC dimulai dengan penemuan dan pengobatan pasien agar dapat segera mengurangi angka kesakitan dan kematian. Identifikasi pasien dapat dilakukan dengan melibatkan masyarakat, baik secara individu maupun kelompok, dalam usaha peningkatan mutu. kehidupan, kemandirian, dan kesejahteraannya. Indikator kemandirian komunitas mencakup pengetahuan, keyakinan, dan keterampilan. Kemandirian ini akan menghambat dan mengurangi penyebaran penyakit TBC di kalangan masyarakat. Masyarakat akan secara otomatis pergi ke tenaga kesehatan jika mengalami gejala TBC dan memahami cara berinteraksi dengan lingkungan sekitar (Alviana, 2020). Bentuk kegiatan pengabdian kepada masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Sosialisasi adalah kegiatan untuk memperkenalkan penyakit TBC, yang mencakup pemahaman, gejala, penyebab, cara penularan, pengobatan, dan komplikasinya
2. Skirining sangat penting untuk memperbaiki penemuan dan pengobatan kasus penyakit TBC. Diperlukan kolaborasi dan koordinasi antara pengambil kebijakan dan fasilitas kesehatan untuk mengatasi isu TBC.
3. Demonstrasi adalah kegiatan pelaksanaan prosedur tindakan yang dilakukan secara teratur. Demonstrasi yang dilakukan dalam program pengabdian adalah batuk yang efektif. Batuk yang efektif merupakan metode batuk yang tepat sehingga memudahkan pengeluaran lendir atau cairan dari paru-paru atau saluran pernapasan, (Listiana, 2020) sehingga demonstrasi ini dilakukan agar pasien atau individu yang mengalami tanda-tanda TBC dapat mengeluarkan dahak dengan mudah.

8. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Wilkinson et al. (2016) menyatakan bahwa pengkajian keperawatan adalah proses yang terstruktur dalam mengumpulkan, memvalidasi, dan menganalisis informasi yang berkaitan dengan keadaan kesehatan klien. Prosedur ini bertujuan untuk mengenali masalah kesehatan pasien secara lengkap, meliputi aspek fisik, psikososial, kultural, spiritual, dan gaya hidup pasien. Potter et al. (2021) menyoroti kebutuhan akan penilaian

menyeluruh yang dilakukan melalui wawancara yang fokus pada pasien, guna mengumpulkan data secara menyeluruh dalam rangka merumuskan rencana.

Selain itu, Yosst & Crawford (2020) mengklasifikasikan empat tipe pengkajian yang dilakukan perawat berdasarkan situasi dan kondisi saat interaksi antara perawat dan pasien, yaitu pengkajian menyeluruh, pengkajian khusus, pengkajian ulang, dan pengkajian lanjut. Metode- metode ini menekankan kebutuhan akan pengumpulan data yang komprehensif dan terus-menerus untuk merancang intervensi yang sesuai dan efisien dalam perawatan keperawatan.

Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik:

- a. Data umum
 - 1) Identitas kepala keluarga
 - 2) Komponen anggota keluarga
 - 3) Genogram
 - 4) Tipe keluarga
 - 5) Suku bangsa
 - 6) Agama
 - 7) Status sosial ekonomi
 - 8) Aktivitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap Perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- 3) Riwayat kesehatan keluarga
- 4) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya.

c. Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunikasi tempat tinggal
- 3) Mobilitas geografis keluarga
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
- 5) Sistem pendukung keluarga

d. Stuktur pendukung keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga
- 2) Stuktur kekuatan keluarga
- 3) Stuktur peran keluarga
- 4) Nilai dan norma keluarga

e. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi efektif
- 2) Fungsi sosial

- 3) Fungsi peran perawat

f. Stress/penyebab masalah dan koping yang dilakukan keluarga

- 1) Stresor jangka panjang dan stresor jangka pendek
- 2) Respon keluarga terhadap stress

- 3) Strategi koping yang digunakan
- 4) Strategi adaptasi yang difungsionalkan

g. Pemeriksaan fisik

Dalam keluarga khususnya pemeriksaan fisik, perlu di perhatikan hal- hal sebagai berikut:

- e. Perlu dicantumkan tanggal pemeriksaan fisik, dilakukan, sesuai dengan format yang ada.
- f. Pemeriksaan fisik Kesehatan dilakukan pada seluruh anggota kelauraga.
- g. Aspek pemeriksaan fisik mulai dari vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah sistem genetalia
- h. Kesimpulan dan hasil pemeriksaan Fisik.

2. Analisa data

Setelah pengkajian, Langkah selanjutnya adalah menganalisis data untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Menurut Buku Ajar Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis (2022), diagnosis keperawatan memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, komponen diagnose keperawatan meliputi:

- a. Problem atau masalah
 - b. Etiologi atau penyebab
- masalah Tanda sign dan Gejala (symptom)
- a. Mengenal masalah
 - b. Mengambil keputusan yang tepat
 - c. Merawat anggota keluarga
 - d. Memelihara/memodifikasi lingkungan
 - e. Memanfaatkan fasilitas kesehatan

Setelah menentukan diasnosis yang sesuai selanjutnya menetapkan prioritas masalah/dianosis keperawatan keluarga yang yang menggunakan kala untuk menyusun prioritas dari masalah tersebut.

Tabel 2.2

No	Kriteria	Skor	bobot
1	• Aktual • Resiko • Potensial	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	• Dengan mudah • Hanya sebagian • Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk di cegah		

	• Tinggi • Cukup • Rendah	3 2 1	1
4	Menonjol masalah		
	• Masalah berat, harus segera ditangani\ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani • Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Skoring Prioritas Masalah

- Tentukan skor untuk setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot. Skor x bobot angkat tertinggi

Jumlahkan skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah

S: sama dengan bobot.

Jenis-jenis Diagnosa keperawatan

- Diagnosa Aktual, menunjukkan keadaan yang nyata dan sudah terjadi saat pengkajian keluarga.
- Diagnosa Resiko / Resiko Tinggi, merupakan masalah yang belum terjadi pada saat pengkajian, namun dapat terjadi masalah actual jika tidak dilakukan tindakan pencegahan dengan cepat.
- Potensial Wellness, merupakan proses pencapaian tingkat fungsi yang lebih tinggi, atau suatu keadaan sejahtera dari keluarga Ketika keluarga

telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang Kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan.

Masalah keperawatan keluarga yang sering muncul pada diagnosa medis Tuberkulosis Paru adalah:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- b. Gangguan pertukaran gas karena proses penyakit TB Paru berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- c. Gangguan pola napas tidak efektif
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- e. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan komplikasi program perawatan/pengobatan
- f. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- g. Resiko infeksi pada orang lain berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara/memodifikasi lingkungan.

4. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh

perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.3
Intervensi keperawatan dengan menggunakan SLKI
dan SIKI

No	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Bersihkan jalan nafas tidak Efektif (D.001) berhubunga dengan ketidak mampuan dalm: 1. menganal masalah 2. mengambil keputusan 3. merawat anggota keluarga 4. memelihara lingkungan 5. menggunakan fasilitas	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan keluarga mengerti tentang gangguan pertukaran gas yang timbul karena proses penyakit TB kriteria: keluarga paham tenang proses pertukaran gas pada penyakit	Observasi 1.monitor pola napas tambahan (frekuensi, kedalaman, usaha napa) 2.monitor bunyi nafas tambahan mis, gurgling,mengi, wheezing, ronkhi kering) 3.monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1.pertahankan kepatenan jalan napas frngan head-till dan <i>chin-lift</i> (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2.posisikan <i>semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i> 3.berikan minum hangat 4.lakukan fisioterapi dada <i>jika perlu</i> 5.lakukan penghisapan lenir

			kurang dari 15 detil 6. berikan oksigen jika perlu Edukas 1. anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, jika perlu
2	Gangguan pertukaran gas karena proses penyakit (D.003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. pola napas membaik 2. gelisah menurun 3. bunyi napas tambahan menurun	Pemantauan respirasi Observasi 1. monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 2. monitor pola napas 3. monitor kemampuan batuk efektif 4. monitor adanya sumbatan jalan nafas Terapeutik 1. atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	Pola napas tidak efektif (D.005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Pernapasan cuping hidung menurun 2. Ekskusi dada membaik 3. Ventilasi semenit	Manajemen jalan napas Observasi 1. Monitor area stoma trakeostomi (mis, kemerahan, drainase, pendarahan) Terapeutik 1. Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan 2. Lakukan dengan perawatan

		Meningkat	mulut (mis, dengan sikat gigi, pelembap bibir Kolaborasi 1. Kolaborasi intubasi ulang jika terbentuk <i>mucous plug</i> yang tidak dapat dilakukan pernghisapan
4.	Defisit pengetahuan (D.001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 2. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun Verbalisasi minat dalam belajar meningkat	Edukasi kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan tingkat fungsi fisik, kognitif dan kebiasaan identifikasi bahaya keamanan di lingkungan (mis, fisik, biologi, dan kimia) Terapeutik 1. Sediakan materi dan pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan 2. Anjurkan melakukan program skrining lingkungan (mis, timah, radon) Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan pihak lain untuk meningkatkan keamanan lingkungan
5.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pemeliharaan kesehatan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat 2. Kemampuan	Edukasi kesehatan Observasi 3. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 4. Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan tingkat fungsi fisik, kognitif dan kebiasaan identifikasi bahaya keamanan di lingkungan (mis, fisik, biologi, dan kimia)

		menjalankan perilaku sehat meningkat 3. Meningkatkan perilaku sehat meningkat	Terapeutik 4. Sediakan materi dan pendidikan kesehatan 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 3. Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan 4. Anjurkan melakukan program skrining lingkungan (mis, timah, radon) Kolaborasi Kolaborasi dengan pihak lain untuk meningkatkan keamanan lingkungan
6.	Manajemen kesehatan tidak efektif (9d.017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan kesehatan yang dialami meningkat 2. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang di tetapkan menurun 3. Gejala penyakit anggota keluarga menurun	Dukungan coping keluarga Observasi 1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi tentang pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang Terapeutik 1. Dengarkan masalah perasaan, dan pertanyaan keluarga 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara tidak menghakimi 3. Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai 4. Berikan kesempatan berkunjungan bagi anggota keluarga Edukasi 1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 2. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia Kolaborasi 1. Rujuk untuk terapi keluarga jika perlu
7.	Resiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat	Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala

		infeksi meningkat dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kebersihan tangan meningkat 3. Kebersihan badan meningkat Nafsu makan meningkat	infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara cuci tangan yang benar 3. Ajarkan etika batuk Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi <i>jika perlu</i>
--	--	---	---

5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tugas yang bersinggungan langsung dengan pasien. Proses ini merupakan inti dari tugas perawat kepada pasien. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Implementasi ini untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan (PPNI, AIPNI dan AIPDiKI, 2019) (Potter & perry 2022).

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan Antara hasil implementasi dengan kriteris dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional (sugiyanto, 2016)

BAB III

TINJAUAN KASUS PEMBAHASAN

A. Laporan kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

- 1) Data kepala keluarga : Tn.A
- Usia : 48 Tahun
- Agama : Islam
- Pendidikan : SMP
- Pekerjaan : SMP
- Suku Bangsa : Sunda
- Alamat : Kp. Taraju RT/RW 03/04

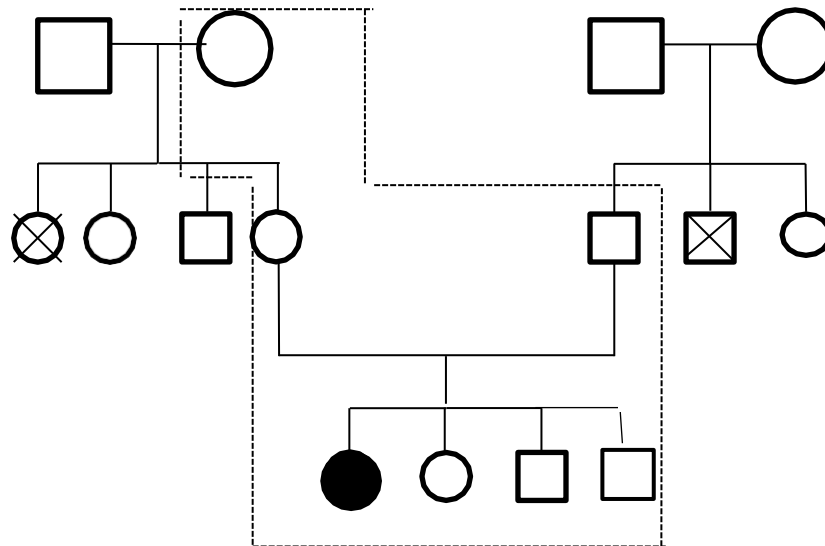
2) Komposisi keluarga dengan Genogram

Tabel 3.1

Komposisi keluarga

No.	Nama anggota keluarga	Umur	L/P	Hub dg KK	Pendidikan	Agama	Status kesehatan	Ket
1.	Ny.A	45	P	Istri	SMP	Islam	Sehat	Menikah
2.	Nn.A	20	P	Anak	SMA	Islam	Sehat	Belum menikah
3.	Ny.Y	76	P	Nenek	SD	Islam	Sehat	Menikah
4.	An. G	14	P	Anak	SMP	Islam	Sehat	Pelajar
5.	An. M	13	L	Anak	SMP	Islam	Sehat	Pelajar
5.	An. M	3	L	Anak	-	Islam	Sehat	Anak

a) Genogram



Keterangan



: Laki –laki



: Perempuan



: Laki -laki meninggal



: Perempuan meninggal



: Klien

3) Tipe Keluarga

Tipe keluarga Tn.A adalah tipe Extended Family keluarga Tn.A terdiri dari istri, anak kandung, dan bersama nenek nya.

4) Suku bangsa

Keluarga Tn.A mengatakan bahwa keluarga bersal dari suku Sunda. Bahasa yang di gunakan adalah Bahasa Sunda, keyakinan yang berhubungan dengan kesehatan keluarga adalah membiarkan dulu dan mengobatinya semampunya, jika belum sembuh juga kan pergi kesarana kesehatan terdekat.

5) Agama

Seluruh anggota keluarga Tn.A beragama Isalam. Agama dijadikan sebagai dasar keyakinan oleh keluarga Tn.A dan Ny.A dalam membina hubungan baik dengan sesama.

6) Status sosial ekonomi dan keluarga

Tn. A merupakan seorang kepala rumah tangga yang bekerja sebagai kuli bangunan yang bekerja setiap hari mulai Pukul 06.00-15.00 dan mendapat penghasilan Perhari 120.000 yang digunakan untuk keperluan keluarga dan sehari-hari dan hasil observasi kebutuhan yang diperlukan yaitu biaya sekolah anak, makan, bayar listrik, dan kebutuhan lain adapun pendapatan Ny. A sebanyak 80.000- 100.000 perhari digunakan untuk sehari- hari adapun pengeluaran setiap bulannya yaitu 1.500.000/bulan.

7) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi digunakan untuk mengisi kekosongan Waktu dengan menonton TV Bersama dirumah, sedangkan rekreasi diluar rumah kadang bermain ditempat wisata.

2. Riwayat tahap perkembangan keluarga

i. Tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga Tn. A adalah keluarga dengan anak dewasa dan Pra sekolah, Tugas dalam tahap ini yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosialisasi dengan lingkungan di sekitarnya, berbagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga, pandai membagi waktu untuk diri sendiri, pasangan dan anak.

ii. Tahap perkembangan keluarga

Keluarga Tn.A mengatakan Nn.A ingin melanjutkan ke perguruan tinggi tapi keluarga Tn.A belum sanggup untuk membiaya.

iii. Riwayat kesehatan kelaurga

- 1) Tn.A mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau menular dari keluarganya dan merasakan baik-baik saja dalam kesehatannya.
- 2) Ny.A mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau menular dari keluarganya dan merasakan baik-baik saja dalam kesehatannya.

- 3) Nn.A mengatakan BB sebelum sakit 55 kg TB:157, BB saat ini 45 kg, sedang menjalani pengobatan TBC Nn.A mengeluh Tidak Nafsu makan, pengobatan sekarang menjalani pada bulan ke 4. An.G dan An.M Tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau menular dari keluarga, Nn.A dan keluarga sering bertanya tentang penularan penyakit ini Nn.A mengatakan mengeluh batuk kurang lebih 2 bulan

iv. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

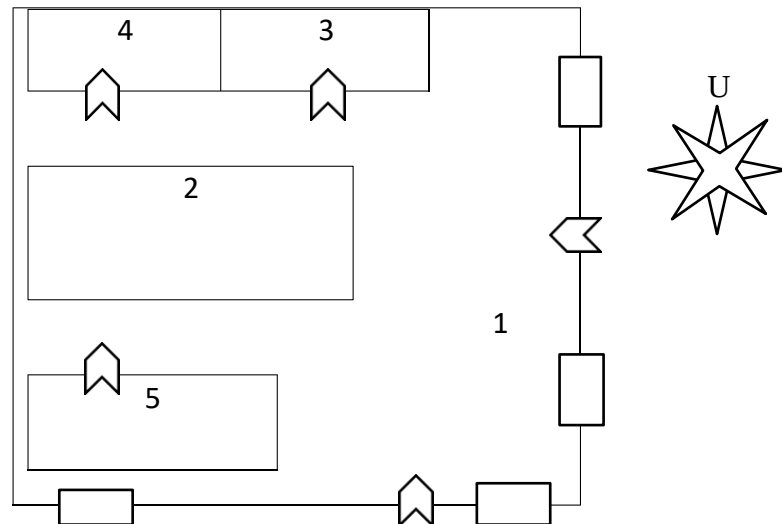
Dari hasil didapatkan bahwa Nn.A tidak perlu mengalami penyakit TB paru, saat ini Nn.A rajin mengkonsumsi obat selama 4 bulan teratur setelah di diagnosis TB paru.

3. Lingkungan

a. Karakteristik rumah

Rumah yang di tepati keluarga Tn.A adalah rumah pribadi, terdiri dari 6 ruangan yaitu ruang tamu, satu kamar mandi, dan dapur, dua kamar tidur, terdapat 2 jendela diruangan tamu, namun tidak bias di buka, satu jendela kamar tidur yang tidak biasa di buka, satu jendela kamar tidur yang tidak bias di buka, pencahayan dan ventilasi rumah kurang, dingdingnay berjenis permanenm dan lantainya menggunakan semen.

b. Kebiasaan kebersihan

Denah Rumah Keluarga Tn.A**Keterangan**

1: Ruang tamu

2; Kamar mandi

3: Ruang keluarga

4: Dapur

5: Kamar Tidur

6: WC

Pintu: Jendela: 

3) Karakteristik Tetangga dan Komunitas

Hubungan Keluarga Tn. A dengan tetangga sangat baik, keluarga Tn. A juga suka bermain sore ke rumah tetangga nya dan suka ikut aktif dalam kegiatan pengajian, kegiatan lingkungan, sedangkan anak-anak nya juga bersosialisasi dengan teman-teman di sekitar rumah dengan baik.

4) Mobilitas Keluarga

Keluarga Tn. A sudah lama tinggal di lingkungan komunitas dan Tn. A paling sering keluar rumah saat bekerja dari pagi jam 06.00 sudah berangkat dan pulang jam 15.00 sore.

5) Pola Keluarga dan Interaksi masyarakat

Keluarga Tn. A aktif berinteraksi dengan masyarakat di sekitar dan Ny.A juga ikut serta dalam kegiatan pengajian seminggu 1 kali, keluarga juga aktif berkumpul dengan keluarga besar setahun sekali ketika lebaran Idul Fitri.

a. System pendukung keluarga

Ketika salah satu keluarga Tn.A ada yang sakit anggota keluarga yang lain selalu membantu untuk berobat agar cepat sembuh.

b. Pola komunikasi keluarga

Keluarga Tn. S komunikasinya menggunakan Bahasa sunda, komunikasi antar keluarga baik, komunikasi berlangsung setiap hari.

c. Stuktur peran

Masing-masing anggota keluarga melaksanakan perannya masing masing Tn. A dan Ny.A. bekerja dan Ny. A dirumah

d. Nilai dan Norma keluarga

Keluarga Tn. A masih memegang adat istiadat sunda dan Tn. A juga mengatakan kepada anggota keluarganya sikap saling menghormati dan menyayangi antara anggota keluarga maupun orang lain.

e. Stuktur kekuatan Keluarga

Dalam keluarga Tn. A yang berperan dalam mengambil keputusan. Setiap keputusan yang di ambil oleh Tn. A sebagai kepala keluarga selalu di musyawarahkan dengan Ny. S dan anggota keluarga lainnya.

c. Fungsi keluarga

1) Fungsi Afektif

Keluarga Tn. A berusaha memelihara hubungan dengan baik antara keluarganya, saling menyayangi, menghormati dan peduli terhadap orang lain.

2) Fungsi Sosialisasi

Keluarga Tn. A berinteraksi dengan anggota keluarganya berjalan dengan baik, karena anggota keluarganya berusaha memenuhi aturan yang ada di keluarga dan mengikuti norma yang ada di masyarakat.

3) Fungsi perawatan kesehatan

a) Kemampuan keluarga mengenal masalah

Kemampuan keluarga mengenal masalah Keluarga Tn. A mengaku kurang mengetahui penyakit yang di derita oleh Nn.A, dan Nn.A mengatakan belum paham jelas dengan masalah penyakit Tb paru yang sering ia rasakan, Nn.A mengatakan hanya mengetahui pantangan makanannya. Saat di kaji Nn. A tampak kebingungan dan menjawab hanya sepengetahuannya saja

- b) Kemampuan mengambil Ketika ada anggota keluarga yang sakit tidak langsung di bawa ke puskesmas untuk berobat, nanti kalau tidak sembuh baru di bawa ke puskesmas.
 - c) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit Dalam merawat Nn. A anggota keluarga hanya memberikan obat yang di beli di warung.
 - d) Kemampuan memelihara/memodifikasi lingkungan Keluarga jarang membersihkan rumahnya, jendela berdebu, pakaian ada yang di gantung di dinding rumah.
 - e) Kemampuan menggunakan fasilitas Kesehatan Keluarga klien menggunakan fasilitas Kesehatan seperti puskesmas ataupun puskesmas pembantu, walaupun Jarak puskesmas dengan rumah tidak terlalu jauh ± 1 km.
- 4) Fngsi reproduksi
- Ny. A saat ini berusia 45 tahun, dan suaminya 48 tahun dan mempunyai anak 3 diantaranya 1 laki-laki dan 2 perempuan Ny. A mengikuti program KB
- 5) Fungsi ekonomi
- Penghasilan yang didapat Keluarga Tn. A berasal dari kerja kerasnya Tn.
- A. bekerja sebagai kuli bangunan, pendapatannya 3.600.000 perbulan
- d. Stress dan Koping Keluarga
 - 1) Stressor
 - a) Stressor jangka pendek

Keluarga saat ini memiliki masalah kesehatan yang terjadi dalam

keluarga yaitu Nn. A

b) Stressor jangka panjang

Keluarga Tn. A terutama Ny. A mengatakan cemas dengan penyakit yang di derita Nn.A

2) Kemampuan Keluarga berespon terhadap stressor

Keluarga memberikan dorongan dan semangat pada anggota keluarga yang memiliki masalah dan membantu memecahkan masalah dengan musyawarah.

3) Stressor koping yang di gunakan

Anggota keluarga selalu bermusyawarah bila ada masalah.

e. Pemeriksaan fisik

Tabel 3.2

Pemeriksaan Fisik

N O	Peneriksaa n fisik	Tn. A	Ny.A	Nn.A	An.G	An.M	An.M
1	Keadaan umum	Baik, kesadaran composm etis	Baik, kesadaran composmetis	Baik, kesadaran composmetis	Baik, kesadaran composmeti s	Baik, kesadaran composmetis	Baik, kesadaran composmetis
2	TTV	TD : 120/80 mmHg N : 83x/meni t S :36,5 °C R : 22x/menit	TD : 120/90 mmHg N : 80x/menit S :36,9 °C R : 20x/menit	TD : 120/100 mmHg N : 83x/menit S :36,5 °C R : 22x/menit	TD : 110/90 mmHg N : 85x/menit S :36,5 °C. R : 22x/menit	TD :100/85mm Hg N : 80x/menit S :36 °C. R : 20x/menit	N : 75x/menit S :36 °C R : 22x/menit
3	Kepala	Warna rambut hitam, rambut bersih, tidak rontok, tidak terdapat ketombe,tidak ada benjolan/lesi, tidak ada nyeri	Warna rambut hitam, rambut bersih, tidak rontok, tidak terdapat ketombe,tidak ada benjolan/lesi, tidak ada nyeri tekan.	Warna rambut hitam, rambut bersih, tidak rontok, tidak terdapat ketombe,tidak ada benjolan/lesi, tidak ada nyeri tekan.	Warna rambut hitam, rambut bersih, tidak rontok, tidak terdapat ketombe,tidak ada benjolan/lesi, tidak ada nyeri tekan.	Warna rambut hitam, rambut bersih, tidak rontok, tidak terdapat ketombe,tidak ada benjolan/lesi, tidak adaknyeri	Warna rambut hitam, rambut bersih, tidak rontok, tidak terdapat

		tekan.				tekan.	ketombe, tidak ada benjolan/lesi, tidak ada nyeri tekan.
4	Telinga	Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.	Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.	Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran telinga kiri kurang mendengar	Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.	Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.	Kedua telinga simetris, telinga bersih tidak ada serumen, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi/benjolan, pendengaran baik.

4	Mata	Mata simetris antara kanan dan kiri, sclera putih, tidak anemis, replek pupil normal, kelopak mata dapat membuka spontan, lapang pandang normal, penglihatan baik	Mata simetris antara kanan dan kiri, sclera putih, tidak anemis, replek pupil normal, kelopak mata dapat membuka spontan, lapang pandang sedikit buram, penglihatan baik	Mata simetris antara kanan dan kiri, sclera putih, tidak anemis, replek pupil normal, kelopak mata dapat membuka spontan, lapang pandang normal, penglihatan normal	Mata simetris antara kanan dan kiri, sclera putih, tidak anemis, replek pupil normal, kelopak mata dapat membuka spontan, lapang pandang normal, penglihatan baik	Mata simetris antara kanan dan kiri, sclera putih, tidak anemis, replek pupil normal, kelopak mata dapat membuka spontan, lapang pandang normal,	Mata simetris antara kanan dan kiri, sclera putih, tidak anemis, replek pupil normal, kelopak mata dapat membuka spontan, lapang pandang normal,
---	------	---	--	---	---	--	--

						penglihatan baik	penglihatan baik
6	Hidung	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau kayu putih dan parfum	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau kayu putih dan parfum	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau kayu putih dan parfum	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau kayu putih dan parfum	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau kayu putih dan parfum	Lubang hidung simetris, hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau kayu putih dan parfum
7	Mulut	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, tidak Ada lesi pada,mulut, gigi tidak ada	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, tidak Ada lesi pada,mulut, gigi tidak ada	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, tidak Ada lesi pada,mulut, gigi tidak ada	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, tidak Ada lesi pada,mulut, gigi tidak ada	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, Tidak ada lesi	Mukosa bibir lembab, mulut bersih, Tidak ada lesi

		karies, warna gigi kekuningan, terdapat pencabutan gigi geraham satu, fungsi pengecapan dan pengunyahan baik	karies, warna gigi kekuningan, terdapat pencabutan gigi geraham satu, fungsi pengecapan dan pengunyahan baik	karies, warna gigi kekuningan, terdapat pencabutan gigi geraham satu, fungsi pengecapan dan pengunyahan baik	karies, warna gigi kekuningan, fungsi pengecapan dan pengunyahan baik	pada,mulut, gigi tidak ada karies, warna gigi kekuninga, fungsi pengecapan dan pengunyahan baik	pada,mulut, gigi sedang tumbuh, fungsi pengecapan dan pengunyahan baik
8	Leher	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan JPV, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan JPV, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan JPV, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan JPV, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pergerakan leher normal, tidak tampak pembengkakan

						JPV, tidak ada nyer tekan	JPV, tidak ada nyer tekan
9	Dada paru paru jantung	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, bunyi nafas normal vasikuler, frekuensi nafas 22x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal, paru- paru tidak ada bunyi tambahan	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, bunyi nafas normal vasikuler, frekuensi nafas 22x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal, paru- paru tidak ada bunyi tambahan	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, bunyi nafas normal vasikuler, frekuensi nafas 21x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal, paru- paru tidak ada bunyi tambahan	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, bunyi nafas normal vasikuler, frekuensi nafas 23x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal, paru- paru tidak ada bunyi tambahan	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, bunyi nafas normal vasikuler, frekuensi nafas 20x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal,	Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, bunyi nafas normal vasikuler, frekuensi nafas 25x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak oedema, bunyi detak jantung normal,

						paru-paru tidak ada bunyi tambahan	paru-paru tidak ada bunyi tambahan
10	Ginjal	Tidak ada nyeri pinggang, tidak ada nyeri tekan, BAK normal 5-6x sehari , warna khas urine, tidak ada kesulitan dalam buang air kecil(bak)	Tidak ada nyeri pinggang, tidak ada nyeri tekan, BAK normal 5-6x sehari , warna khas urine, tidak ada kesulitan dalam buang air kecil(bak)	Tidak ada nyeri pinggang, tidak ada nyeri tekan, BAK normal 5-6x sehari , warna khas urine, tidak ada kesulitan dalam buang air kecil(bak)	Tidak ada nyeri pinggang, tidak ada nyeri tekan, BAK normal 5-6x sehari , warna khas urine, tidak ada kesulitan dalam buang air k ecil(bak)	Tidak ada nyeri pinggang, tidak ada nyeri tekan, BAK normal 5-6x sehari , warna khas urine, tidak ada kesulitan dalam buang air k ecil(bak)	Tidak ada nyeri pinggang, tidak ada nyeri tekan, BAK normal 5-6x sehari , warna khas urine, tidak ada kesulitan dalam buang air kecil(bak)
11	Abdomen	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising 10x menit	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising 10x menit	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising 10x menit	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising 10x menit	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising 10x menit	Bentuk datar, tidak ada nyeri tekan, bising 10x menit

12	Ekstemitas atas	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, Tidak ada oedema, capillary Refill Time <2 detik, tidak ada patahan	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, capillary Refill Time <2 detik, tidak ada patahan	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, capillary Refill Time <2 detik, tidak ada patahan	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, capillary Refill Time <2 detik, tidak ada patahan	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, capillary Refill Time <2 detik, tidak ada patahan	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, capillary Refill Time <2 detik, tidak ada patahan
13	Ekstremitas Bawah	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada	Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada	Simetris antara kanan dan	Simetris antara kanan dan

		varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan	varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan	varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan	varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan	kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, turgor kulit <2 detik, tidak ada patahan	kiri, tidak ada varises, lesi, tidak ada oedema, turgorkulit <2 detik, tidak ada patahan
1 3	Kulit	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada Kulit kepala Tidak ada benjolan	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit kepala tidak ada benjolan	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit kepala tidak ada benjolan	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit kepala tidak ada benjolan	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit kepala tidak ada benjolan	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik, pada kulit kepala tidak ada benjolan
1 4	Reproduksi	Klien mengatakan tidak ada kelainan diarea genetalia	Mempunyai anak 4 dan sekarang menggunakan KB	Anak pertama	Anak kedua	Anak ketiga	Anak keempat

1 5	Genetalia	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersihkan genetalia.	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersihkan genetalia	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersihkan genetalia	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersihkan genetalia	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersih kan genetalia	Tidak ada kelainan, setelah BAK selalu membersih kan genetalia
--------	-----------	---	--	--	--	--	--

f. Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan

Keluarga Tn. A mengharapkan petugas kesehatan lebih sering mengadakan penyuluhan tentang kesehatan masyarakat seperti rumah sehat penyakit – penyakit yang sering timbul di masyarakat seperti TB paru, hipertensi, demam berdarah dan penyakit lainnya oleh petugas kesehatan.

Tabel 3. 3

Tingkat kemandirian keluarga

N o.	Kriteria	Tingkat Kemandiria n			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas	√			
2.	Menerima pelayanan sesuai rencana keperawatan	√			
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar				
4.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran				
5.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran				
6.	Melakukan tindakan pencegahan				
7.	Melakukan tindakan promotive secara aktif				

Berdasarkan tabel di atas, maka tahap kemandirian keluarga Tn. A berada pada keluarag mandiri tingkat satu (KM-1) karena keluarga hanya bisa menerima petugas perawatan kesehatan komunikasi dan menerima pelayananan keperawatan.

2. Analisa data

Tabel 3.4

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: -Nn.A mengatakan hanya tau penyakit apa, tetapi tidak tau secara rinci DO: - Nn.A dan keluarga sering bertanya tentang penularan penyakit ini - jarang menjemur bantal dan guling di bawah sinar matahari - cahaya jarang masuk dalam rumah, ventilasi kurang - TD : 120/70 mmhg - N : 80 x/menit - R: 20 x/menit - S : 36,5°C	Ketidak mampuan keluarga Tn.A khususnya Nn.A dalam menegnal masalah kesehatan	Defisit pengetahuan
2.	DS: - Ny.A mengatakan membersihkan rumah satu kali sehari	Ketidak mampuan keluarga	Manajemen kesehatan keluarga tidak

	- Ny.A mengatakan jika kamar tidur dan ruangan tamu hanya memiliki 2 jendela yang tidak bisa di buka. - pencahayaan dan ventilasi rumah kurang.	berhubungan dengan komplikasi program perawatan/pengobatan	efetif
3	DS: - Nn.A mengatakan mengeluh batuk kurang lebih 2 bulan namun sekarang sudah mendingan - Nn.A mengatakan cahaya jarang masuk ke dalam rumah DO: - Nn.A dan keluarga sering bertanya tentang pemeliharaan penyakit ini - jarang menejemur bantal dan guling di bawah sinar matahari - cahaya jarang ke rumah ventilasi kurang.	Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Tabel 3.5
Skoring Masalah 1

- a) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai penyakit.

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah Aktual : 2	1	2/3x1	2/3	Ancaman kesehatan yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat untuk menghindari bahaya lebih lanjut
2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah Sulit : 2	2	2/2x2	2	Dengan mudah sumber dan tindakan untuk memecahkan masalah dapat dijangkau oleh keluarga, kesadaran dan motivasi dari keluarga sudah cukup kuat
3.	Potensial masalah untuk di cegah : Tinggi : 3	1	3/3x1	1	Potensial masalah dapat dicegah dengan pemberian pendidikan kesehatan konsep tentang penyakit tuberkulosis paru
4.	Menonjolnya masalah : Harus segera di atasi : 2	1	2/2x1	1	Masalah berat harus ditangani keluarga menyadari dan perlu segera metasi masalah keehatan.
	Total			4 2/3	

- b) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan komplikasi program perawatan/pengobatan.

Tabel 3.6
Skoring Masalah 2

NO	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah Aktual : 2	1	$2/3 \times 1$	2/3	Masalah merupakan anacam kesehatan dan memerlukan tindakan yang teppat untuk mengatsinya.
2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah Sulit : 1	2	$1/2 \times 2$	1	Keluarga sudah mampu untuk merubah namun karena kesibukan dan kesehatan yang tidak memungkinkan sehingga belum bias dilakukan.
3.	Potensi masalah untuk di cegah : rendah 1	1	$1/3 \times 1$	1/3	Masalah dapat di cegah dengan cara memeberikan pendidikan kesehatan tentng syarat-syarat rumah sehat.
4.	Menjolnya masalah: Tidak disarankan:	1	$0/2 \times 1$	0	Adanya masalah pada lingkungan rumah perlu ditangani segera
	Total			2	

- c) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

Tabel 3.7

Skoring Masalah 3

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah Resiko :	1	2/3x1	2/3	Ancaman kesehatan yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat untuk menyadari bahaya lebih lanjut.
2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah Mudah :	2	2/2x2	2	Dengan mudah sumber dan tindakan untuk Memecahkan masalah dapat dijangkau oleh keluarga, kesadaran dan motivasi dari keluarga sudah cukup kuat
3.	Potensial masalah untuk di cegah :	1	2/3x1	2/3	Potensial masalah dapat dicegah dengan memberikan pendidikan kesehatan diet tinggi kalori protein
4.	Menonjolnya masalah : Harus segera di atasi :	1	2/2x1	1	Masalah berat harus ditangani keluarga menyadari dan perlu segera mengatasi masalah tersebut
Total				4 1/3	

3. Diagnosa keperawatan Berdasarkan Prioritas

- 1) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai penyakit di buktikan dengan:

DS:

- a. Nn.A tidak mengetahui sepenuhnya tentang penyakit Tuberkulosis paru yang di deritanya
- b. Keluarga Tn.A mengatakan tidak mengetahui tentang penyebab tanda dan gejala, dan komplikasi tuberkulosis paru

DO:

- a. Nn.A dan keluarga tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit Tuberkulosis paru

- 2) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan komplikasi program perawatan/pengobatan dibuktikan dengan:

DS:

- a. Nn.A mengatakan memebersihkan rumah 1 kali dalam sehari
- b. Tn.A dan keluarga mengatakan rumah dan kamar tidur hanya memiliki 2 jendela dan susah terbuka
- c. Tn.A mengatakan tidak mengetahui sepenuhnya mengenai

rumah yang sehat.

- d. Tn.A dan keluarga mengatakan tidak mengetahui syarat-syarat rumah sehat

DO:

- a. Keadaan rumah tampak kotor
 - b. Ventilasi rumah Tn.A kurang
 - c. Jendela hanya ada 2 dan tidak bisa di buka
 - d. Tn.A dan keluarga mengatakan tidak mengetahui syarat-syarat rumah yang sehat tampak gelap dan pengap
- 3) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

DS:

- a. Nn.A mengatakan hanya tau ini penyakit apa tidak mengetahui secara rinci penyakit yang di deritanya
- b. Nn.A mengatakan penyakit yang di deritanya menular melalui udara

DO:

- a. Nn.A mengatakan mengeluh batuk kurang lebih dari 2 bulan
namun sekarang sudah mendingan
 - b. Jarang menjemur bantal dan guling di bawah sinar matahari
 - c. Cahaya jarang masuk ke dalam rumah, ventilasi kurang
- g. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.8 Skoring Masalah 3**Aktivitas sehari-hari**

No.	Aktivitas	Tn. A	Ny. A	Nn. A	Nn. G	An. M	An. M
1.	Pola nutrisi 1) Makan • Frekuensi • Porsi • Jenis 2) Minum • Frekuensi • Jenis	2-3 x/hari 1 porsi Nasi dan lauk pauk	2-3x/hari 1 porsi Nasi dan lauk pauk	2-3x/hari 1 porsi Nasi dan lauk pauk	2-3x/hari 1 porsi Nasi dan lauk pauk	2-3x/hari 1 porsi nasi dan lauk pauk ± 8 gelas/hari Air putih	2-3x/hari 1 porsi nasi dan lauk pauk ± 6 gelas/hari Air putih dan ASI
2.	Pola Eliminasi 1) BAK • Frekuensi • Warna • Bau 2) BAB • Frekuensi • Warna • Konsistensi • Bau	4-5x/hari Kuning Khas urine	4-5x/hari Kuning Khas urine	5-6x/hari Kuning Khas urine	4-5x/hari Kuning Khas urine	4-5x/hari Kuning Khas urine	4-5x/hari Kuning Khas urine
		1x/hari Kuning Padat Khas feses	1x/hari Kuning Padat Khas feses	1x/hari Kuning Padat Khas feses	1x/hari Kuning Padat Khas feses	1x/hari Kuning Padat Khas feses	2x/hari Kuning Padat Khas feses

Tabel 3. 9
Intervensi keperawatan

N O	Diagnosa keperawatan Keluarga	TUJUAN		Intervensi	Rasional
		Umum	Khusus		
1	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai penyakit	Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x kunjungan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan TB paru	Setelah dilakukan kunjungan selama 1x30 menit diharapkan keluarga dapat memahami : 1. Memahami pengertian TB paru 2. Penyebab TB paru 3. Tanda dan gejala TB paru 4. Penanganan Tb paru	1. Identifikasi kesiapan kemampuan keluarga menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan pendidikan kesehatan TB paru 4. Berikan kesempatan untuk klien dan keluarga bertanya 5. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan klien	1. Untuk mengetahui apakah klien dan keluarga mau menerima dan siap untuk menerima informasi yang akan didapatkan 2. Memudahkan dalam mendapatkan informasi mengenai kesehatan 3. Untuk memudahkan klien dan keluarga tentang penyakit yang dideritanya 4. Memberikan kesempatan bila ada yang tidak dimengerti dapat ditanyakan dalam artian memberikan waktu untuk diskusi 5. Menjelaskan masalah kesehatan yang terjadi menggunakan Bahasa yang sederhana

2.	Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah	Stelah dilakukan kunjungan rumah 3x di harapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat 2. Aktivitas keluarga mengenai masalah kesehatan tepat meningkat	setelah dilakukan 1x30 menit keluarga mampu mengetahui cara melakukan modifikasi lingkungan rumah	1. Identifikasi perilaku kesehatan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah 2. Jelaskan pentingnya memiliki rumah yang sehat 3. Ajarkan keluarga mengenai rumah sehat 4. Libatkan keluarga dalam proses modifikasi lingkungan	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan informasi 2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan
----	---	--	--	--	---

		3. Partisipasi dalam program kesehatan meningkat			kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
3.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan	Setelah dilakukan kunjungan selama 3x diharapkan keluarga mampu	Setelah kunjungan dilakukan rumah selama 1x30 menit diharapkan keluarga mampu: 1. Memodifikasi lingkungan sesuai dengan yang dianjurkan 2. Mematuhi anjuran yang diberikan	1. Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup dan sehat 2. Jelaskan pentingnya memiliki rumah yang bersih dan sehat 3. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 4. Libatkan keluarga dalam proses modifikasi lingkungan	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan informasi Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya

					Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	--	--	--

Tabel 3.10
Implementasi keperawatan dan Evaluasi

NO	TANGGAL	DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Rabu 30 April 2025	1	1. Mengidentifikasi kesiapan kemampuan keluarga menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Memberikan kesehatan tentang TBO paru 4. Memberikan kesempatan untuk klien untuk bertanya 5. Menjelaskan faktor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan klien	S: -keluarga mengatakan mengerti mengenai pengertian, penyebab, tanda gejala penanganan tuberculosis paru O: -keluarga tampak memperhatikan saat diberi penyuluhan -Nn.A dan keluarga mengerti dan menjawab saat diberi pertanyaan -keluarga dapat menjelaskan kembali apa yang mengenai pendidikan kesehatan yang diberikan A: -masalah teratasi sebagian P:-kunjungan rumah di lanjutkan
2.	Kamis 01 Mei 2025	2	1. Mengidentifikasi perilaku kesehatan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah R: Nn.A mengatakan merasa	S: -Nn.A dan keluarga mengatakan akan memodifikasi lingkungan secara bertahap

			termotivasi bila diberikan penyuluhan 2. Menjelaskan pentingnya memiliki rumah yang sehat R: Nn.A keluarga menyadari pentingnya bila memiliki rumah yang sehat 3. Menjelaskan keluarg mengenai rumah sehat R: Nn.A dan keluarga tampak mengerti 4. Melibatkan keluarga dalam proses modifikasi lingkungan R:Nn.A dan keluarga dapat mendapatkan bekerja sama untuk memodifikasi lingkungan	-Nn.A mengatakan akan menerapkan perilaku hidup bersih da sehat O: -Nn.A dan keluarga tampak mengikuti anjuran yang diberikan A: -masalah tewratasi sebagian P: -Kunjungan rumah dilanjutkan
--	--	--	--	--

Tabel 3.11

Catatan perkembangan			
Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
02 Mei 2025 Jam 09.00 WIB		S: -Nn.A mengatakan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai TB paru, pengetahuan menjadi luas O: -Ny.A tampak meningkatkan kesehatan mengenai pendidikan kesehatan yang di berikan R: 20x/menit S: 36°C A: Masalah teratasi sebagian P: Kunjungan rumah di lanjutkan	Zeni Aulia
2	02 Mei 2025 Jam 10.00 WIB	S: Nn.Adan keluarga mengatakan sudah menerapkan perilaku hidup sehat Nn.A mengatakan mengikuti perintah yang dianjurkan	Zeni Aulia

		O: Nn.A dan keluarga tampak mengikuti anjuran yang diberikan A: Masalah teratasi sebagian P: Hentikan intervensi	
--	--	---	--

A. Pembahasa

Setelah dilakukan penerapan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan salah satu anggota keluarga Ny. A yaitu Nn. A dengan tuberkulosis paru Kp. Taraju Rt. 03 Rw 04 Desa salamunggal Kecamatan Leles Kabupaten Garut pada tanggal 24 april sampai dengan 08 maret 2025 selama 4 kali kunjungan sehari, maka pada bab pembahasan penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian dan kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

B. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam asuhan keperawatan, Dimana data dikumpulkan melakuakn penilaian dan pengenalan dari berbagai referensi kondisi kesehatan (Tampubolon, 2020). Penulis melakukan pengkajian dengan berinteraksi dengan klien untuk mendapatkan informasi akurat dan sesuai dengan kenyataan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan merencanakan tindakan keperawatan. Selama melakukan tahap pengkajian, penulis tidak mengalami hambatan atau kesulitan. Klien beserta keluarga yang terlibat dalam proses wawancara bersikap kooperatif dan terbuka. Ditemukan beberapa perbedaan antara teori dengan hasil pengkajian yaitu pada teori dijelaskan bahwa tanda TB Paru yaitu:

a. Gejala Respiratorik

- 8) Batuk
- 9) Batuk darah
- 10) Sesak nafas
- 11) Nyeri dada

b. Gejala sistemik

- 1) Demam
- 2) Keringat malam

Namun saat pengkajian klien mengatakan hanya ada gejala sebagai berikut:

a. Batuk

Klien mengatakan bahwa gejala awal yang dirasakan yaitu mengalami batuk selama 3 minggu, akan tetapi saat dilakukan pengkajian batuk klien sudah mulai menghilang dan sudah tidak merasakan batuk berdahak dari 2 minggu kebelakang. Batuk terjadi karena adanya iritasi karena bronkus, batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar.

b. Demam

Lalu klien mengatakan selain batuk, gejala awal yang dialami oleh klien adalah demam, saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami demam, bahkan suhu tubuh klien normal yaitu 37.2°C, biasanya subferil menyerupai demam influenza, keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi bakteri tuberculosis yang masuk.

c. Sesak nafas dan nyeri dada

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan saat gejala awal tidak merasakan adanya sesak nafas maupun nyeri dada. Akan tetapi ada satu hal yang menjadi masalah saat pengkajian yaitu klien belum mengetahui secara rinci mengenai penyakit yang diderita selain klien juga belum mampu menciptakan lingkungan sehat bagi dirinya dan keluarga.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada saat melakukan asuhan keperawatan di lapangan ada tiga diagnosa sedangkan di dalam teori ada 6 diagnosa, sehingga dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan dalam menentukan diagnosa keperawatan karena sesuai dengan teori, diagnosa keperawatan yang di dapatkan di lapangan yaitu: defisit pengetahuan, manajemen kesehatan, pemeliharaan kesehatan tidak efektif. Selain itu, penulis dapat melakukan analisis masalah, merumuskan masalah, Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada penderita tuberkulosis paru adalah sebagai berikut:

- a. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam mengenal masalah.
- b. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan komplikasi program perawatan/pengobatan.
- c. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.

C. Tahap perencanaan

Pada tahap perencanaan, penulis menemukan kesulitan dan hambatan. Hal ini dikarenakan diagnosis keperawatan yang ada pada teori tidak muncul pada kasus, sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada teori tidak bisa semuanya direncanakan pada asus yang terdapat dilapangan, karena apabila perencanaan tidak sesuai dengan masalah pada pasien, maka rencana tersebut tidak akan memperbaiki keadaan kondisi pasien secara optimal. Oleh karena itu, perencanaan yang penulis rumuskan disesuaikan dengan diagnosis yang didapatkan pada kasus dilapangan. Dalam tahap perencanaan Tindakan yang dilakukan sesuai dengan masalah yang terjadi pada Nn.A penulis menyesuaikan perencanaan dengan sumber daya dan faktor penunjang lainnya menurut buku SDKI,SLKI,SIKI.

- a. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai penyakit, **Tingkat pengetahuan, edukasi proses penyakit.**
 - 1) Jelaskan penyebab dan faktor penyakit Tuberkulosis paru
 - 2) Jelaskan tanda gejala yang ditimbulkan oleh penyakit TB paru
 - 3) Jelaskan kemungkinan terjadi komplikasi
 - 4) Ajarkan meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan informasi kondisi pasien saat ini.
- b. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan komplikasi program perawatan/pengobatan **Status kesehatan keluarga dukungan pemeliharaan rumah.**

- 1) Identifikasi faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pemeliharaan
 - 2) Dukungan anggota keluarga dalam menetapkan tujuan yang dapat dipercayai terkait pemeliharaan rumah
 - 3) Anjurkan strategi menciptakan lingkungan rumah yang sama bersih. Anjurkan memodifikasi pengobatan rumah agar lebih mudah dicapai.
- c. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan keluarga dalam memodifikasi lingkungan. **Pemeliharaan kesehatan** menjelaskan pentingnya memiliki rumah yang sehat, mengajarkan keluarga mengenal rumah sehat, melibatkan keluarga dalam proses memodifikasi lingkungan.
- d. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- 1) Anjurkan batuk efektif
 - 2) Anjurkan konsumsi cairan cukup kurang lebih 2000 ml/hari
 - 3) Lakukan fisioterapi jika perlu
 - 4) Ajarkan posisi sem Fowler
- e. Gangguan pertukaran gas karena proses penyakit TB paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga
- 1) Observasi saturasi oksigen secara berkala
 - 2) Ajarkan teknik batuk efektif
 - 3) Anjurkan ventilasi ruangan yang baik
 - 4) Kolaborasi pemberian oksigen jika perlu
- f. Gangguan pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan

kekuatan otot pernapasan

- 1) Monitor tanda-tanda vital
 - 2) Anjurkan posisi semmi fowler
 - 3) Kolaborasi pemberian oksigen jika perlu
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 1) Meningkatkan perilaku sehat
 - 2) Kemampuan menjalankan perilaku sehat

D. Tahap implementasi

Pada tahap pelaksanaan, secara keseluruhan dari tahap perencanaan telah dilaksanakan oleh penulis kepada pasien dengan sesuai perencanaan.

Adapun kegiatan atau pelaksanaan yang dilakukankan penulisan selama 3 hari pada pasien adalah:

- 1) Hari pertama penulis melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada diagnosa I

- 2) Hari kedua penulis melanjutkan Tindakan asuhan keperawatan pada diagnose II
- 3) Hari ketiga, penulis melanjutkan Tindakan keperawatan yang dibutuhkan, dan melihat kondisi pasien serta melakukan perencanaan yang belum tercapai sebelumnya.

Pada tahap ini penulis mendapatkan faktor pendukung penghambat dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang meliputi:

a. Faktor pendukung

Pasien dan keluarga dapat bekerja sama dalam setiap tindakan keperawatan yang dilakukan penyusunan dengan rencana asuhan keperawatan yang di berikan untuk pasien

b. Faktor penghambat

Pada saat melakukan tindakan penulisan menemukan sedikit hambatan yaitu tidak semua anggota keluarga hadir dikarenakan kesibukan, adapun anggota keluarga yang dapat melaksanakan tindakan bersama penulis keluarga Ny.A dan Nn. A untuk mengatakan masalah tersebut penulis membuat leaflet yang berisi tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan Antara lain, penyuluhan tentang penyakit TB paru, cara pencegahan, perawatan, rumah sehat.

E. Evaluasi keperawatan

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak atau belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan

mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan keadaan keluarga (Juandi, 2020).

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai kemajuan kondisi pasien, yang menentukan keberhasilan rencana keperawatan dalam membuat, memecahkan masalah yang ada pada keluarga berdasarkan tujuan yang dibuat, masalah-masalah yang muncul pada keluarga Tn . A dengan tuberkulosis paru pada Nn.A dapat teratasi semua, berkat adanya kerjasama Antara keluarga dan tim kesehatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN.A DENGAN TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LEL DI KAMPUNG TARAJU RT/RW 003/004 DESA SALAMUNGGAL KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT", maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada keluarga Tn. A dengan Tuberkulosis Paru pada Nn. A, sehingga didapatkan hasil berikut: Keluarga Tn. A mengatakan tidak mengetahui secara rinci mengenai pengertian, tanda dan gejala serta penanganan pada TB paru. Selain itu juga dari hasil pengkajian didapatkan keluarga Tn.A kurang pengetahuan mengenai penyakit TB Paru dan kurang efektif dalam memelihara kesehatan rumah dan memodifikasi lingkungan.
2. Penulis mampu menentukan diagnosis masalah pada keluarga Tn. A dengan Tuberkulosis Paru pada Nn.A ternyata selain timbul dari penyakit, masalah juga timbul dari ketidaktahuan keluarga Tn.A mengenai TB Paru dan perilaku

kesehatan cenderung beresiko dalam memelihara kesehatan dan memodifikasi lingkungan rumah.

3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan Tuberkulosis Paru pada Nn.A, diantaranya adalah dengan melakukan penyuluhan, demonstrasi, pendidikan kesehatan, motivasi serta anjuran.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada keluarga Tn. H dengan Tuberkulosis Paru pada Nn.A yang dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditentukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan tersebut diantaranya adalah dengan melakukan penyuluhan, demonstrasi, pendidikan kesehatan, motivasi serta anjuran.
5. Penulis mampu mengevaluasi hasil pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil pada keluarga Tn. A dengan Tuberkulosis Paru pada Nn.A
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan kepada Nn.A dengan hipertensi dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah yang disusun secara sistematis dan komprehensif

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis berusaha mengemukakan saran yang dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapun saran tersebut adalah:

7. Penulis

Hasil asuhan keperawatan keluarga ini diharapkan dapat menjadi gambaran dan menambah wawasan bagi penulis khususnya dalam Penatalaksanaan pada klien dengan penyakit Tuberkulosis Paru

2. Pembaca

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menjadi gambaran dan bahan masukan dalam pembuatan asuhan keperawatan keluarga yang serupa.

3. Puskesmas

Puskesmas diharapkan dapat melanjutkan pembinaan terhadap keluarga yang telah dibina, sehingga pembinaan berkesinambungan sampai menjadi keluarga mandiri dan dapat mengenang, mengetahui, mengerti serta mampu memecahkan masalah.

4. Lembaga pendidikan

Untuk metode ujian praktek yang digunakan sudah cukup baik, akan tetapi untuk sumber referensi yang disediakan oleh lembaga masih sangat kurang

DAFTAR PUSTAKA

- Alhawaris, A., & Tabri, F. (2020). *Dasar-dasar Mikrobiologi untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Mitra Cendikia Press.
- Alviana, R. (2020). Strategi Sosialisasi dalam Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 112–118.
- Ananda, R. (2021). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Bandung: Refika Aditama.
- Appulembang, T., & Mallongi, A. (2020). Peran Keluarga dalam Meningkatkan Kesehatan Komunitas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 45–52.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1998). *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Ekasari, D. (2018). Keluarga sebagai Unit Layanan Kesehatan Utama. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 6(1), 56–63.
- Enisah. (2024). Fungsi Keluarga dalam Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Nusantara*, 2(1), 21–30.
- Fadhilah, L. (2021). Tingkat Kemandirian Keluarga dalam Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 9(2), 89–96.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Gabriella, C. L., Telew, A., & Supit, A. (2024). Epidemiologi TBC di Indonesia. *JIKMA (Jurnal Ilmiah Kesehatan Manado)*, 3(2), 112–118.
- Hasan, M. A., Yusuf, M., & Syahrizal. (2023). Klasifikasi Tuberkulosis Paru dan Komplikasinya. *Jurnal Respirologi Indonesia*, 43(3), 255–263.
- Hartono, B., et al. (2020). Efektivitas Vaksin BCG dalam Pencegahan TB Paru. *Jurnal Vaksinasi dan Imunologi*, 7(1), 34–42.
- Husnainyah, R. (2022). Struktur dan Fungsi Keluarga dalam Konteks Sosial. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*, 10(2), 75–84.
- Hutagalung, A. (2021). Peran Keluarga dalam Menjaga Kesehatan Anggota Keluarga. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 5(1), 13–20.
- Kim, D. J., et al. (2021). Socioeconomic Factors and TB Prevalence. *Global Public Health Journal*, 18(3), 310–319.

- Listia, A. (2019). *Pathway Tuberkulosis Paru*. Buku Ajar Patofisiologi Klinis, Jakarta: Trans Info Medika.
- Listiana, E. (2020). Demonstrasi Batuk Efektif untuk Pencegahan Penularan TB. *Jurnal pendidikan Kesehatan*, 4(2), 80–88.
- Mar'iyah, K., & Zulkarnain. (2021). Mekanisme Infeksi TB Paru. *Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 2(1), 45–51.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2022). *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Pradipta, I. S., et al. (2022). Karakteristik *Mycobacterium tuberculosis*. *Jurnal Mikrobiologi Klinik*, 12(1), 65–73.
- Safrudin, A. (2018). Konsep Dasar Keluarga dalam Keperawatan. *Jurnal Keluarga Sehat*, 3(1), 22–29.
- Sembiring, M. (2019). Kendala Penanganan TB di Indonesia. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, 9(2), 144–150.
- Setiawan, A. (2019). Definisi Keluarga dan Dinamikanya. *Jurnal Psikologi Keluarga*, 2(1), 15–22.
- Sikumbang, A., et al. (2022). Faktor Predisposisi TB Paru. *Jurnal Respiratori*, 6(2), 122–129.
- Singh, A., Kumar, R., & Tiwari, V. (2022). Management and Resistance of Tuberculosis. *International Journal of Infectious Diseases*, 125, 52–59.
- Sugiyanto. (2016). Evaluasi Asuhan Keperawatan dengan SOAP. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 4(2), 61–69.
- Susanto, T. (2022). Tujuan Asuhan Keperawatan Keluarga. *Keperawatan Masyarakat Indonesia*, 6(1), 19–25.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

- Wilkinson, J. M., Treas, L. S., Barnett, K. L., & Smith, M. H. (2016). Fundamentals of Nursing: Theory, Concepts and Applications. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- World Health Organization. (2023). Global Tuberculosis Report 2023. Geneva: WHO Press.
- Yosst, J. A., & Crawford, L. H. (2020). Concept-Based Nursing Care. St. Louis: Elsevier.

Lampiran 1:

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Penyskit TB paru
Sub Pokok Bahasan	: Mengenal TB paru
Sasaran	: Keluarga Tn, A
Waktu	: 20 Menit
Tempat	: Kp.Taraju

A. Tujuan penyuluhan/kegiatan**1. Tujuan umum**

Setelah mengikuti penyuluhan ini, keluarga Tn.A diharapkan mengerti dan memahami tentang rumah sehat

2. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang rumah sehat selama 30 menit diharapkan:

- a) Mengetahui pengertian TB paru
- b) Mengetahui penyebab TB paru
- c) Mengetahui tanda dan gejala TB paru
- d) Mengetahui akibat TB paru bila tidak rutin meminum obat
- e) Mengetahui cara mengeluarkan dahak

3. Materi

- a) Pengertian TB paru
- b) Penyebab TB paru
- c) Tanda dan gejala TB paru
- d) Akibat TB paru bila tidak rutin minum obat
- e) Cara pengeluaran dahak

4. Metode

a) penyuluhan

5. Media

a) leaflet

6. Proses kegiatan penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1.	5 menit	Pembukaan a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan topik dan tujuan penyuluhan c. Menyebutkan materi/pokok Bahasa yang akan di sampaikan	Menjawab salam, mendengarkan dan memperhatikan
2.	10 menit	Pelaksanaan: a. Kegiatan penyuluhan secara berturut turut b. Memberikan kesempatan pada	Mendengarkan, memperhatikan dan bertanya

		klien untuk bertanya c. Menjawab pertanyaan	
3.	5 menit	Penutup a. Menyimpulkan materi yang telah di sampaikan b. Melakukan evaluasi c. Menutup penyuluhan	Mendengarkn, memperhatikan dan menjawab

7. Evaluasi

1. Evaluasi stuktur

- a) Menyiapkan SAP
- b) Menyiapkan media
- c) Menyiapkan tempat
- d) Kontrak waktu dengan sasaran

2. Evaluasi proses

- a) Kegiatan penyuluhan di lakukan sesuai jadwal yang telah di rencanakan
- b) Peserta penyuluhan kooperatif dan aktif berpartisipasi selama proses penyuluhan

3. Evaluasi hasil

- a) Keluarga mampu menyebutkan pengertian TB paru
- b) Keluarga mampu menyebutkan penyebab TB paru
- c) Keluarga mampu menyebutkan tanda dan gejala TB paru
- d) Keluarga mampu menyebutkan akibat TB paru apabila tidak rutin dalam minum obat

SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN KARSA
HUSADA GARUT



PROGRAM STUDI
DIPLOMA III
KEPERAWATAN
2024/2025

APA ITU TUBERKULOSIS ?

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini dapat menyerang semua bagian tubuh dan yang paling sering diserang adalah paru-paru

GEJALA TUBERKULOSIS

1. Batuk berdahak terus menerus 2 minggu
2. Nafsu makan berkurang
3. Berkeringat di malam hari
4. Berat badan menurun
5. Sesak napas dan nyeri dada
6. Menggigil

MENCEGAH PENULARAN

1. Minum obat teratur
2. Menerapkan etika batuk dan bersin
3. tidak membuang dahak sembarangan (uang dahak ke lubang WC)
4. Ventilasi udara yang baik

GAYA HIDUP SEHAT DAN PENCEGAHAN TBC



Olahraga rutin dan tidak merokok



Rumah mendapatkan sinar matahari yang cukup dan mempunyai sirkulasi udara



Banyak minum air putih dan hindari mengonsumsi alkohol



Secepatnya membawa bayi berusia dibawah 3 bulan untuk mendapatkan vaksin BCG

DAPFTAR PUSTAKA

PPNI, AIPNI, & AIPDIKI. (2019). Pedoman Nasional Praktik Klinik Keperawatan (PNPK): Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Sugiyanto. (2016). Evaluasi dalam Asuhan Keperawatan. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press.

Lampiran 2 :

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Syarat rumah sehat
Sasaran	: Keluarga Tn. A
Hari/tanggal	: 02 Mei 2025
Pukul	: 10.00 WIB
Waktu	: 20 Menit
Tempat	: Kp.Taraju

A. Tujuan instruksional umu

Setelahh dilakukan pendidikan kesehatan selama 1x20 menit di
harapkan klien dan keluarga mampu memahami tentang rumah sehat.

B. Tujuan instruksional Khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan/pendidikan kesehatan selama
1x20 ment Nn.A dan keluarga mampu:

1. Memahami syarat rumah sehat

C. Materi

1. Pengertian rumah sehat
2. Syarat rumah sehat

D. Metode

Penyuluhan

E. Media

1. Leaflet

F. Kegiatan penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1.	5 menit	Pembukaan a. Mengucapkan salam dan memperhatikan diri b. Menjelaskan topik dan tujuan penyuluhan c. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan di sampaikan	Menjawab salam mendengarkan dan memperhatikan
2.	10 menit	Pelaksanaan a. Kegiatan penyuluhan secara berurutan dan teratur b. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya c. Menjawab pertanyaan	Mendengarkan memperhatikan dan bertanya
3.	5 menit	Penutup: a. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan b. Melakukan evaluasi c. Menutup penyuluhan d. Memberikan salam	Mendengarkan, memperhatikan, menjawab salam

G. Evaluasi

1. Evaluasi stuktur

- a. Menyiapkan SAP
- b. Menyiapkan Media
- c. Menyediakan tempat
- d. Kontrak waktu dengan sasaran

2. Evaluasi proses

- a. Kegiatan penyuluhan dilakukan sesuai jadwal yang telah direncanakan
- b. Peserta penyuluhan dan aktif berpartisipasi proses penyuluhan

3. Evaluasi hasil

- a. Keluarga dapat menjelaskan tentang syarat rumah sehat
- b. Keluarga dapat menyebutkan syarat rumah sehat

TIDAK BISING

MAKANAN DAN MINUMAN TERLINDUNGI DARI PENCEMARAN

MEMILIKI HALAMAN RUMAH DENGAN KEBUN GIZI DAN TOGA

CUKUP PENCAHAYAAN

LANTAI DAN DINDING TIDAK LEMBAB

MEMILIKI SUMBER AIR BERSIH

MEMILIKI HALAMAN RUMAH

MEMILIKI TEMPAT SAMPAH



MEMILIKI VENTILASI DAN JENDELA

BANGUNAN KUAT

MEMILIKI MCK (MANDI, CUCI, KAKUS)

MEMILIKI SEPTIC TANK DAN TEMPAT PEMBUANGAN LIMBAH

RUMAH SEHAT
KELUARGA SEJAHTERA

RUMAH SEHAT ADALAH RUMAH YANG MEMUNGKINKAN PARA PENGHUNINYA DAPAT MENGEMBANGKAN DAN MEMBINA FISIK DAN MENTAL SERTA KESEJAHTERAAN SOSIAL.

Kriteria Rumah Sehat



01. HARUS DAPAT MENGHINDARKAN TERJADINYA KECELAKAAN

02. HARUS MEMENUHI KEBUTUHAN FISOLOGIS

03. HARUS MEMENUHI KEBUTUHAN PSIKOLOGIS

04. HARUS DAPAT MENGHINDARKAN TERJADINYA PENYAKIT

Pemeliharaan Rumah Sehat

MENTAPU HALAMAN

MENTAPU RUMAH

MENGPEL RUMAH DENGAN DISINFECTAN

MEMBUKA JENDELA DI PAGI HARI

MEMBUANG SAMPAH PADA TEMPATNYA

MENUTUP TEMPAT PENAMPUNGAN AIR

MENCUCI PIRING KOTOR

MENGUBAS BAK MANDI

MENCUCI PAKAIAN KOTOR

DAFTAR PUSTAKA

Intervensi Keperawatan) Potter, P. A., & Perry, A. G. (2022). Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice (10th ed). Elsevier.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta: DPP PPNI.

Dokumentasi



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Zeni Aulia

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat tanggal lahir : Garut, 01 Desember 2004

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Kp. Kiarajanggot, RT/RW 001/004 Ds.
Dangiang Kec. Cilawu Kb. Garut

2. Riwayat pendidikan

1. SD Dangiang 02
2. SMP 5 Cilawu
3. SMA 8 Garut
4. STikes Karsa Husada Garut