

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Tn. K DENGAN
TUBERKULOSIS PARU PADA Ny.R DI Kp. NANGKALEAH RT 03 RW
01 DESA MARGALUYU KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

NURUL KHOIRIN NISA

KHGA. 19118



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2022**

ABSTRAK

IV BAB, 100 Halaman , 11 Tabel, 3 Gambar dan 4 Lampiran

Pembuatan karya tulis ilmiah ini dilatarbelakangi oleh tingginya angka kejadian Tuberkulosis Paru. Menurut data nasional, insidensi tuberkulosis di Indonesia mencapai 316 per 100.000 penduduk. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan ada di provinsi dengan jumlah penduduk besar, yakni Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Pada tahun 2020, jumlah kasus TBC di tiga provinsi tersebut mencapai 46% dari total seluruh kasus TBC di Indonesia. Di Puskesmas Leles Garut, kasus Tuberkulosis Paru masuk kedalam daftar 10 besar penyakit, yang dikhawatirkan apabila dibiarkan memperburuk keadaan dan mengganggu aktivitas dari penderita Tuberkulosis Paru. Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kampung Nangkaleah RT 01 RW 03 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut yang dilaksanakan pada tanggal 29 November 2021 – 4 Desember 2021 secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual dan kultural melalui proses keperawatan. Dalam penyusunan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta – fakta sesuai dengan data yang didapat. Beberapa masalah yang muncul pada keluarga Tn. K yaitu Defisit pengetahuan dan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Masalah – masalah tersebut teratasi dengan beberapa kali kunjungan dan terapi. Adapun kesimpulan dalam karya tulis ilmiah ini adalah penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dari mulai pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan tindakan, melaksanakan implementasi dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 15 buah (2013 – 2021)

Kata Kunci :Tuberkulosis Paru

ABSTRACT

IV Chapter, 100 Pages, 11 Tables, 3 Figures and 4 Appendices

The background of making this scientific paper is the high incidence of pulmonary tuberculosis. According to national data, the incidence of tuberculosis in Indonesia reaches 316 per 100,000 population. The highest number of cases was reported in provinces with large populations, namely West Java, East Java and Central Java. In 2020, the number of TB cases in the three provinces reached 46% of the total TB cases in Indonesia. At the Leles Garut Health Center, cases of pulmonary tuberculosis are included in the list of the top 10 diseases, which are feared if they are allowed to worsen the situation and interfere with the activities of pulmonary tuberculosis sufferers. The general purpose of writing this scientific paper is to provide nursing care to Mr.'s family. K with Pulmonary Tuberculosis in Ny. R in Kampung Nangkaleah RT 01 RW 03 Margaluyu Village, Leles District, Garut Regency which will be held on 29 November 2021 – 4 December 2021 directly and comprehensively covering bio-psycho-social-spiritual and cultural aspects through the nursing process. In the preparation of this paper using a descriptive method, namely by revealing the facts in accordance with the data obtained. Some of the problems that arose in Mr.'s family. K stands for knowledge deficit and risk of infection. These problems were resolved with several visits and therapy. The conclusion in this scientific paper is that the author can carry out nursing care for clients from the start of assessment, formulating diagnoses, planning actions, carrying out nursing implementation and evaluation and documenting the results of nursing care.

Bibliography : 7 pieces (2013 – 2021)

Keyword: Pulmonary Tuberculosis

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan tepat waktu. Sholawat beserta salam mudah-mudahan tercurah limpahkan pada baginda Rasulullah SAW. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat akhir dalam menempuh akhir Perkuliahan Program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Penulis mengambil judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. K DENGAN TUBERKULOSIS PARU PADA NY. R DI KP. NANGKALEAH RT 03 RW 01 DESA MARGALUYU KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT**

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

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M. A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saefudin, S. Sos, M. Kes 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 DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Aceng Ali Awaludin, S. Kep. Ners., M. Hkes selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ini yang senantiasa memberikan arahan dan saran yang baik dengan penuh kesabaran.
6. Seluruh staff dosen Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Bapak H. Asep Hidayat, S. Kep. Ners selaku pembimbing di Puskesmas Leles yang telah memberikan arahan dan saran yang baik.
8. Keluarga Tn. K yang telah bersedia memberikan informasi dan kerja sama yang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Orang tua tersayang yang telah membesarkan dan mengasuh penulis dengan penuh kasih sayang, memberikan bantuan moril maupun materil serta do'a yang tak pernah putus. Semoga tetes keringat dan air mata kalian dibalas dengan kebahagiaan dari Allah SWT, Aamiin.
10. Adikku satu-satunya serta sanak saudara lainnya yang senantiasa memberikan dukungan dan do'a bagi penulis.
11. Guru-guruku di Pondok Pesantren Al-Mu'awanah Sarohan yang senantiasa memberikan perhatian dan do'a bagi penulis. Semoga diberikan kesehatan serta keberkahan oleh Allah SWT.
12. Sahabat *fillah* dan adik-adik terdekat penulis di Asrama Putri PP. Al-Muawanah yang senantiasa menemani hampir di setiap peristiwa suka maupun duka, menjadi teman curhat dan penghibur yang selalu ada.

13. Teman-teman 2ND yang telah kebersamai sejak awal maba hingga sekarang yang menjadi partner belajar, ghibah, *bestie deeptalk* dan *ke-random-an* lainnya. Terimakasih selalu saling menyemangati dan mengingatkan satu sama lain.

14. Rekan-rekan kelas 3C DIII Keperawatan yang tak bisa disebutkan namanya satu persatu, terimakasih telah menorehkan kisah yang penuh kesan dan pesan selama tiga tahun ini.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis sangat menyadari masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun serta bermanfaat guna perbaikan pada karya tulis ilmiah ini. Semoga segala bentuk bantuan dan amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan yang berlipatganda dari Allah SWT. Akhir kata penulis berharap bahwa semoga karya tulis ini dapat diterima dan bermanfaat bagi semua pihak.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Garut, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PERSETUJUAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI ii

DAFTAR TABEL iii

DAFTAR GAMBAR iv

DAFTAR LAMPIRAN v

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang 1

B. Tujuan Penulisan 5

C. Metode Penulisan 6

D. Sistematika Penulisan..... 8

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar

1. Konsep dasar keluarga 9

2. Pengertian Keluarga 9

3. Tipe – Tipe Keluarga 11

4. Tahap Perkembangan Keluarga 16

5. Struktur Keluarga 20

6. Fungsi Keluarga 23

7. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan 27

8. Tingkat Kemandirian Keluarga.....29

B. Konsep Keluarga Resiko Tinggi

1. Pengertian Keluarga Resiko Tinggi 31

2. Kelompok Keluarga Resiko Tinggi 31

3. Penyebab Resiko Tinggi Tuberkulosis Paru32

4. Dampak Penyakit Tuberkulosis Paru pada Fungsi Keluarga ...	33
5. Keluarga Resiko Tinggi Rheumatoid Arthritis	25
C. Konsep Penyakit	
1. Pengertian	35
2. Anatomi Fisiologi.....	36
3. Etiologi	36
4. Patofisiologi	37
5. Manifestasi Klinis	38
6. Penatalaksanaan	31
7. Klasifikasi	39
8. Komplikasi	43
9. Pemeriksaan Diagnostik.....	44
10. Penatalaksanaan	47
11. Dampak Tuberkulosis Paru	48
D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Tuberkulosis Paru	
1. Pengkajian	53
2. Diagnosa Keperawatan	58
3. Perencanaan	59
4. Implementasi Keperawatan	61
5. Evaluasi.....	61

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus	
1. Pengkajian	62
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas	82
3. Rencana Keperawatan	85
4. Implementasi Keperawatan	88
5. Evaluasi Keperawatan	90
B. Pembahasan	93

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan	95
B. Saran	97

DAFTAR PUSTAKA	99
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 10 Penyakit Tertinggi di Puskesmas Leles	3
Tabel 2.1 Jenis Pemeriksaan Diagnostik TBC Paru	44
Tabel 2.2 Skala prioritas	60
Tabel 3.1 Komposisi Keluarga.....	63
Tabel 3.2 Hasil Pemerksaan Fisik keluarga Tn. K.....	75
Tabel 3.3 Analisa data.....	78
Tabel 3.4 Skoring defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah	81
Tabel 3.5 Skoring resiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan	82
Tabel 3.6 Intervensi keperawatan	85
Tabel 3.7 Implementasi keperawatan.....	88
Tabel 3.8 Evaluasi keperawatan.....	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Tuberculosis Paru dan paru-paru normal	35
Gambar 3.2 Genogram Keluarga Tn. K	61
Gambar 3.3 Denah Rumah keluarga Tn. K.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan (SAP) *Tuberculosis Paru*

Lampiran 2 satuan acara penyuluhan (SAP) PHBS

Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Syarat Rumah Sehat

Lampiran 3 Riwayat Hidup

Lampiran 4 Format Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini Indonesia dihadapkan pada masalah kesehatan yang sangat kompleks, baik penyakit infeksi maupun degeneratif secara bersama-sama muncul di masyarakat. Sementara itu, keinginan untuk mencapai Indonesia Sehat melalui pendekatan keluarga melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 39 Tahun 2016 telah dicanangkan (SDKI, 2012). Hal yang menjadi masalah salah diantaranya karena penyakit-penyakit seperti HIV/AIDS juga penyakit-penyakit menular, TBC dan DHF meningkat kembali di Indonesia.

Pada tahun 2020, ada sekitar 10 juta orang di dunia menderita tuberculosis (TBC) dan menyebabkan 1,2 juta orang meninggal setiap tahunnya. Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban tertinggi di dunia dengan perkiraan jumlah orang yang jatuh sakit akibat TBC mencapai 845.000 dengan angka kematian sebanyak 98.000 atau setara dengan kematian 11 kematian/jam (WHO, 2020).

Dari jumlah kasus tersebut, baru 67% yang ditemukan dan diobati. Sehingga terdapat 283.000 pasien TBC yang belum diobati dan berisiko menjadi sumber penularan bagi orang disekitarnya. Hal ini tentu menjadi tantangan yang cukup besar bagi pemerintah Indonesia (Kemenkes RI, 2020).

Menurut data nasional, insidensi tuberkulosis di Indonesia mencapai 316 per 100.000 penduduk. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan ada di provinsi dengan jumlah penduduk besar, yakni Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Pada tahun 2020, jumlah kasus TBC di tiga provinsi tersebut mencapai 46% dari total seluruh kasus TBC di Indonesia (Kemenkes RI, 2020).

Keadaan ini semakin dipersulit dengan terbatasnya jumlah sumber daya manusia di Puskesmas, baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya. Selain itu juga masih minimnya pemahaman perawat Puskesmas tentang Perkesmas (Perawatan Kesehatan Masyarakat) yang dimulai sejak permulaan konsep Puskesmas diperkenalkan sebagai intitusasi pelayanan kesehatan profesional terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Nadirawati, 2018).

Angka penderita Tuberkulosis di Garut, Jawa Barat masih 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 4.788 terduga TB yang terdiagnosa 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

Prevalensi Penyakit Tertinggi di Puskesmas Leles Tahun 2021

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1	Nasofaringitis akut	2860
2	Tuberkulosis paru	1893
3	Penyakit saluran pernafasan atas akut tidak spesifik	1834
4	Hipertensi	1344
5	Myalgia	1047
6	Gangguan pada kulit dan jaringan subkutan tidak terklasifikasikan	935
7	Diare dan gastroenteritis	896
8	Gangguan pulkpa dan jaringan periapikal	667
9	Gangguan gigi dan jaringan penunjang lainnya	718
10	Demam yang tidak diketahui sebabnya	217

(Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Leles, 2021).

Berdasarkan data tersebut, 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 tuberkulosis paru sehingga bisa mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari. Kondisi ini menuntut kita untuk dapat melakukan berbagai upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Nadirawati, 2018).

Upaya pencapaian peningkatan derajat kesehatan haruslah dilaksanakan dengan mendayagunakan segenap potensi yang ada baik dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota maupun masyarakat. Hal ini bisa dilakukan dengan memulainya dari unit terkecil yaitu keluarga. Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga Tn. K pada Ny. R dengan Tuberkulosis Paru yang dilaksanakan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Tn. K DENGAN TUBERKULOSIS PARU PADA Ny. R DI KAMPUNG NANGKALEAH RT 03 RW 02 DESA MARGALUYU KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT”**.

B. Tujuan Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis bermaksud agar setelah karya tulis ini dibaca, pembaca dapat memahami cara penanganan dan perawatan pada keluarga dengan klien yang terdiagnosa Tuberkulosis Paru. Adapun tujuannya adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada Keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles dengan menggunakan pendekatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Biologis, Psikologis, Sosial dan Spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan karya tulis ini adalah penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang timbul pada Keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny.

R di Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah sesuai perencanaan pada Keluarga Tn.K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut.
- e. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah ditetapkan pada Keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut.

C. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Pengamatan atau Observasi Langsung

Mengamati keadaan masing-masing anggota keluarga khususnya keadaan klien tentang perilaku dan respon terhadap penyakitnya. Hal ini dilakukan untuk memperoleh data objektif mengenai masalah klien.

2. Wawancara

Pengumpulan data diperoleh dari hasil tanya jawab langsung dengan klien, keluarga klien serta tenaga kesehatan terkait untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas, riwayat kesehatan, data psikologi, sosial dan spiritual serta data penunjang lainnya.

3. Pemeriksaan Fisik

Mendapatkan data objektif dengan menggunakan metode Head To Toe melalui cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi yang dilakukan pada anggota keluarga Tn. K dan difokuskan pada klien.

4. Partisipasi Aktif

Melibatkan secara langsung klien dan keluarga klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Studi Dokumentasi

Mempelajari tentang status kesehatan klien dengan mempelajari buku catatan medik di Puskesmas Leles serta menggunakan hasil pemeriksaan yang ada.

6. Studi Kepustakaan

Membaca dan mempelajari data dengan menggunakan buku-buku, jurnal sumber literatur dan internet yang berhubungan dengan kasus serta mengumpulkannya sebagai dasar acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

1. **BAB I Pendahuluan:** Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan umum serta tujuan khusus, metode penulisan dan sistematika penulisan.
2. **BAB II Tinjauan Teoritis:** 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 asuhan keperawatan keluarga.
3. **BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan:** Bab ini membahas tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn. K dengan tuberkulosis paru pada Ny. R yang meliputi: Pengkajian, analisa data, skoring, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan, evaluasi dan catatan perkembangan serta berisikan tentang ulasan naratif dari setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan.
4. **BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi:** Bab ini membahas tentang kesimpulan selama pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi kepada pihak-pihak yang bersangkutan untuk menunjang karya tulis ilmiah ini.
5. **DAFTAR PUSTAKA**
6. **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR KELUARGA

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga sebagai sebuah sistem sosial kecil yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang dipengaruhi oleh struktur internal maupun eksternalnya (Friedman, 2010). Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dari perawatan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan *entry point* dalam upaya mencapai kesehatan masyarakat secara optimal. Keluarga disebut juga sebagai sistem sosial karena terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam hal ini, keluarga mempunyai anggota yang terdiri dari ayah, ibu dan anak atau sesama individu yang tinggal di rumah tangga tersebut (Andarmoyo, 2012).

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas, anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi maupun perkawinan (Stuart, 2014).

Dari beberapa istilah di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil pada masyarakat terdiri dari dua individu atau lebih yang disatukan karena hubungan darah, ikatan perkawinan, atau pengangkatan (adopsi) yang saling berinteraksi dan ketergantungan satu sama lain.

2. Karakteristik Keluarga

Ada beberapa karakteristik keluarga yaitu:

- a. Terdiri dari dua anggota atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
- b. Anggota keluarga hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial : suami, istri, anak, kakak dan adik.
- d. Mempunyai tujuan yaitu menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota.

3. Tipe Keluarga

Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka kita perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

a. Tradisional

1) Keluarga Inti (*The Nuclear Family*)

Keluarga terbentuk karena pernikahan, peran sebagai orang tua atau kelahiran. Keluarga inti terdiri dari suami, istri dan anak, baik dari sebab biologis maupun adopsi. Tipe keluarga inti diantaranya sebagai berikut :

a) Keluarga Tanpa Anak (*The Dyad Family*)

Keluarga ini terdiri dari suami dan istri tanpa anak yang hidup bersama dalam satu rumah.

b) *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena keterlambatan menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan mengejar karier/pendidikan yang terjadi pada wanita.

c) Keluarga Adopsi

Keluarga adopsi adalah keluarga yang mengambil tanggung jawab secara sah dari orangtua kandung ke keluarga yang menginginkan anak.

2) *The Extended Family*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, seperti nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek-nenek), keponakan dan lain-lain.

3) *The Single-Parent Family* (Keluarga Orang Tua Tunggal)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak. Hal ini biasanya terjadi melalui proses perceraian, kematian, atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).

4) *Commuter Family*

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat “weekends” atau pada waktu-waktu tertentu.

5) *Multigenerational Family*

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

6) *Kin-Network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contoh: Dapur, kamar mandi, televisi, telepon dan lain-lain.

7) *Blended Family* (Keluarga Campuran)

Duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.

8) Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi) seperti perceraian atau ditinggal mati.

9) *Foster Family*

Keluarga ini merujuk pada pelayanan yang diberikan kepada suatu keluarga dimana anak ditempatkan di rumah terpisah dari orang tua aslinya. Anak-anak biasanya ditempatkan di “Foster Home” jika orang tuanya dinyatakan tidak bisa merawat anak-anak mereka dengan baik karena sesuatu hal. Pada kebanyakan kasus, penempatan anak di rumah penampungan bersifat sementara dan jika dinyatakan orang tua sudah mampu merawat anak-anaknya maka anak-anak tersebut akan dikembalikan kepada orang tuanya.

10) Keluarga Binuklir

Keluarga binuklir merujuk pada bentuk keluarga setelah cerai dimana anak menjadi anggota dari suatu sistem yang terdiri dari dua rumah tangga inti, ibu dan ayah dengan berbagai

macam kerja sama antar keduanya serta waktu yang digunakan dalam setiap rumah tangga.

b. Non Tradisional

Bentuk keluarga non tradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain. Bentuk keluarga non tradisional yang paling umum saat ini adalah:

1) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) *The Step Parent Family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

3) *Commune Family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktifitas kelompok/ membesarkan anak bersama.

4) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family* (Keluarga Kumpul Kebo Heteroseksual)

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5) *Gay and Lesbian Families*

Seseorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin hidup bersama sebagaimana 'marital partners'.

6) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang saling merasa menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.

8) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

9) *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.

10) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

11) *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal kehidupannya.

4. Tahap 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

Tahap perkembangan ini ditentukan oleh anak tertua atau dilihat dari delapan tahap kehidupan keluarga menurut Duvall (1985), yaitu:

1) Pasangan pemula atau pasangan baru menikah

Tahapan ini dimulai saat dua insan dewasa mengikat janji melalui pernikahan dengan landasan cinta dan kasih sayang.

Tugas tahapan perkembangan keluarga ini antara lain:

- a) Saling memuaskan antar pasangan.
- b) Beradaptasi dengan keluarga besar dari masing-masing pihak.

- c) Merencanakan dengan matang jumlah anak.
- d) Memperjelas masing-masing peran pasangan.

2) Keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing*)

Tahapan ini dimulai saat ibu hamil sampai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama usia 3 tahun.

Tugas keluarga tahap ini antara lain:

- a) Mempersiapkan biaya persalinan, mempersiapkan mental calon orang tua.

- b) Mempersiapkan berbagai kebutuhan anak. Apabila anak sudah lahir maka tugas keluarga antara lain:

- (1) Memberikan ASI sebagai kebutuhan utama bayi, memberikan kasih sayang.

- (2) Mulai mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan, pasangan kembali melakukan adaptasi karena kehadiran anggota keluarga termasuk siklus hubungan seks.

- (3) Mempertahankan hubungan dalam rangka memuaskan pasangan.

3) Keluarga dengan anak pra sekolah

Dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat usia 5 tahun. Tugas yang dimiliki keluarga dengan anak pra sekolah diantaranya:

- a) Menanamkan nilai-nilai dan norma-norma kehidupan.

- b) Mulai menanamkan keyakinan beragama.
- c) Mengenalkan kultur keluarga.
- d) Memenuhi kebutuhan bermain anak.
- e) Membantu anak dalam bersosialisasi dengan lingkaran sosial.
- f) Menanamkan tanggung jawab dalam lingkup kecil.
- g) Memperhatikan stimulasi bagi pertumbuhan dan perkembangan anak pra sekolah.

4) Keluarga dengan anak sekolah

Dimulai saat anak pertama berusia 6 tahun dan berakhir saat anak berusia 12 tahun. Tugas yang dimiliki keluarga dengan anak sekolah antara lain:

- a) Memenuhi kebutuhan sekolah anak, baik alat-alat sekolah maupun biaya sekolah.
- b) Membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas-tugas sekolah.
- c) Memberikan pengertian pada anak bahwa pendidikan sangat penting bagi masa depan anak.
- d) Membantu anak dalam bersosialisasi lebih luas dalam lingkungan sekitar.

5) Keluarga dengan anak remaja

Dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir saat anak berusia 19-20 tahun. Keluarga dengan anak remaja berada

dalam posisi dilematis, mengingat anak sudah menurun perhatiannya terhadap orang tua dibandingkan teman sebayanya. Tugas keluarga pada tahap ini antara lain:

- a) Memberikan perhatian lebih pada keluarga
 - b) Bersama-sama mendiskusikan tentang rencana sekolah ataupun kegiatan di luar sekolah.
 - c) Memberikan kebebasan dalam batas tanggung jawab.
 - d) Mempertahankan komunikasi dua arah.
- 6) Keluarga dengan melepas anak ke masyarakat

Remaja yang akan beranjak dewasa harus sudah siap meninggalkan kedua orang tuanya untuk memulai hidup baru, bekerja, berkeluarga, sehingga tugas keluarga pada tahap ini antara lain:

- a) Mempertahankan keintiman pasangan.
 - b) Membantu anak untuk mandiri.
 - c) Mempertahankan komunikasi.
 - d) Memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu.
 - e) Menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak-anaknya.
- 7) Keluarga dengan tahapan berdua kembali

Tugas bagi keluarga setelah ditinggal anak-anaknya untuk memulai kehidupan baru antara lain:

- a) Menjaga keintiman pasangan.
 - b) Merencanakan kegiatan yang akan datang.
 - c) Tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak dan cucu.
 - d) Mempertahankan kesehatan masing-masing pasangan.
- 8) Keluarga dengan tahapan masa tua
- Masa tua dihindangi perasaan kesepian, tidak berdaya, sehingga tugas keluarga pada tahap ini adalah:
- a) Saling memberikan perhatian yang menyenangkan antara pasangan.
 - b) Memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan.
 - c) Merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti dengan berolahraga, berkebun dan mengasuh cucu.

5. Struktur Keluarga

Salah satu pendekatan dalam keluarga adalah pendekatan struktural fungsional. Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Beberapa ahli meletakkan struktur pada bentuk/tipe keluarga, namun ada juga yang menggambarkan subsistem-subsistemnya sebagai dimensi struktural.

Struktur keluarga menurut Wahyuni (2015) adalah sebagai berikut:

a. Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian

dalam keluarga. Komunikasi dalam keluarga bagi pengiriman yakni mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminat dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid.

Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi ketika dilakukan tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal dan selalu mengulang isu/pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, otensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi dan kurang valid.

b. Struktur Peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi yang diberikan. Peran ini lahir dari hasil interaksi sosial. Peran biasanya menyangkut posisi dan mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam sistem sosial tertentu. Jadi, peran biasanya bisa bersifat formal atau informal.

1) Peran-peran formal dalam keluarga

- a) Ayah sebagai pemimpin keluarga memiliki peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman bagi seluruh anggota keluarganya dan sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu.

- b) Ibu berperan sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidikan anak, pelindung keluarga, sebagai pencari nafkah tambahan keluarga serta sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu.
- c) Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

2) Peran informal keluarga

Peran informal keluarga atau peran tertutrup biasanya bersifat implisit, tidak tampak ke permukaan dan dimainkan untuk memenuhi kebuttuahn emosional dan untuk menjaga keseimbangan keluarga.

c. Struktur Kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, mempengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, hak (*legitimate power*), ditiru (*referen power*), keahlian (*expert power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*) dan *affective power*.

d. Struktur Nilai dan Norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu

lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga (Mubarak, 2012).

6. Fungsi Keluarga

Friedman (2010) menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut Friedman:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi 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 dan merupakan sumber kasih sayang.

Menurut Wahyuni (2015) ada beberapa komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk fungsi afektif antara lain:

1) Memelihara saling asuh

Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan saling menerima dan saling mendukung antar anggota. Setiap anggota yang mendapat kasih sayang dan dukungan dari anggota lain, maka kemampuan untuk memberi akan meningkat sehingga tercipta hubungan yang hangat dan mendukung. Syarat untuk mencapai

keadaan saling asuh adalah komitmen dari individu masing-masing dan hubungan yang terjaga dengan baik di dalam keluarga.

2) Keseimbangan saling menghargai

Adanya sikap saling menghargai dengan mempertahankan suasana yang positif dimana setiap anggota keluarga diakui serta dihargai keberadaan dan haknya masing-masing sehingga fungsi afektif akan tercapai. Tujuan utama dari pendekatan ini adalah keluarga harus menjaga suasana dimana harga diri dan hak masing-masing anggota keluarga dijunjung tinggi. Keseimbangan saling menghargai dapat tercapai apabila setiap anggota keluarga menghargai hak, kebutuhan dan tanggung jawab anggota keluarga lain.

3) Pertalian dan identifikasi

Kekuatan yang besar dibalik persepsi dan kepuasan dari kebutuhan individu dalam keluarga adalah pertalian (bonding) atau kasih sayang (attachment) yang digunakan secara bergantian. kasih sayang antara ibu dan bayi baru lahir sangatlah penting karena interaksi dari keduanya akan mempengaruhi sifat dan kualitas hubungan kasih sayang selanjutnya, hubungan ini mempengaruhi perkembangan psikososial dan kognitif. Oleh karena itu, perlu diciptakan

proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

4) Keterpisahan dan keterpaduan

Salah satu masalah psikologis yang sangat menonjol dalam kehidupan keluarga adalah cara keluarga memenuhi kebutuhan psikologis, mempengaruhi identitas diri dan harga diri individu. Selama masa awal sosialisasi, keluarga membentuk tingkah laku seorang anak sehingga hal tersebut dapat membentuk rasa memiliki identitas. Untuk merasakan memenuhi keterpaduan (connectednes) yang memuaskan. Setiap keluarga menghadapi isu-isu keterpisahan dan kebersamaan dengan cara yang unik, beberapa keluarga telah memberikan penekanan pada satu sisi daripada sisi lain.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial. Dalam hal ini, keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap dan mekanisme koping, memberikan feedback dan memberikan petunjuk dalam penyelesaian masalah.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga. Dalam hal ini keluarga bisa melahirkan anak.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan. Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat.

e. Fungsi Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Keluarga memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat juga penyembuhan dari sakit. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga (Harnilawati, 2013).

Dalam fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga ini, terdapat lima aspek kemampuan yang harus dimiliki keluarga, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Kemampuan keluarga mengenal masalah
- 2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

- 3) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Kemampuan memelihara lingkungan keluarga yang sehat
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

7. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Ada 5 pokok tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Dion & Betan (2013) adalah sebagai berikut:

a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Keluarga perlu mengetahui masalah keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua dan keluarga. Sejah mana keluarga itu mengetahui dan mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab yang memengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Membuat keputusan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini:

- 1) Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya).
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
- 3) Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan.
- 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan dan finansial, fasilitas fisik dan psikososial).
- 5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sumber sumber yang dimiliki oleh keluarga
- 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan kesehatan
- 3) Pentingnya hygiene sanitasi.
- 4) Upaya pencegahan penyakit.
- 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap penyakit.
- 6) Kekompakan antar anggota keluarga.

e. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di

masyarakat ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut:

- 1) Keberadaan fasilitas keluarga.
- 2) Keuntungan-keuntungan yang diperoleh oleh fasilitas kesehatan.
- 3) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
- 4) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

8. Tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat kemandirian Keluarga Mandiri dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu Keluarga Mandiri tingkat I yang paling rendah sampai Keluarga Mandiri tingkat IV yang paling tinggi, (Setiawan, 2016).

a. Keluarga Mandiri Pertama (KM-I) dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

b. Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM-II)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- 4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- 5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

c. Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM-III)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.

- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
 - 4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
 - 5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - 6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- d. Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM-IV)
- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
 - 4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
 - 5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - 6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
 - 7) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

B. KONSEP KELUARGA RESIKO TINGGI

1. Pengertian Keluarga Resiko Tinggi

Keluarga resiko tinggi / keluarga rawan adalah keluarga yang rentan terhadap kemungkinan timbulnya masalah kesehatan dan keluarga yang mempunyai individu bermasalah (Depkes RI, 2017).

2. Kelompok Keluarga Resiko Tinggi

Kegiatan utama dalam memberikan asuhan keperawatan adalah penyuluhan kesehatan dan asuhan keperawatan kesehatan dasar atau perawatan di rumah diutamakan terhadap keluarga yang termasuk resiko tinggi, keluarga-keluarga yang tergolong resiko tinggi dalam bidang kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia antara lain sebagai berikut:

- a. Keluarga dengan anggota keluarga dalam masa usia subur dengan masalah sebagai berikut:
 - 1) Tingkat sosial ekonomi yang rendah
 - 2) Keluarga kurang tahu atau tidak mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri.
 - 3) Keluarga dengan keturunan yang kurang baik atau keluarga dengan penyakit keturunan.
- b. Keluarga dengan ibu beresiko tinggi kebidanan yaitu:
 - 1) Umur ibu (16 tahun/lebih dari 35 tahun).
 - 2) Menderita kekurangan gizi (anemia).
 - 3) Menderita hipertensi.

- 4) Primipara dan multipara.
- 5) Riwayat persalinan atau komplikasi.
- c. Keluarga dalam anak menjadi resiko tinggi karena:
 - 1) Lahir prematur (BBLR).
 - 2) Berat badan sukar naik.
 - 3) Lahir dengan cacat bawaan.
 - 4) ASI ibu kurang sehingga tidak mencukupi kebutuhan bayi.
 - 5) Ibu menderita penyakit menular yang dapat mengancam anaknya.
 - 6) Keluarga mempunyai masalah hubungan antara anggota keluarga.
 - 7) Anak yang tidak pernah dikehendaki pernah mencoba digugurkan.
 - 8) Tidak ada kesesuaian pendapat antara anggota keluarga dan sering timbul kecekcokan.
 - 9) Ada anggota keluarga yang sering sakit.
 - 10) Salah satu anggota (suami atau istri) meninggal, cerai atau lari meninggalkan rumah.

3. Penyebab Resiko Tinggi Tuberkulosis Paru

Terdapat 13 faktor penyebab resiko tinggi TBC menurut Achmadi (2015) antara lain sebagai berikut:

- a. Faktor umur
- b. Faktor jenis kelamin

- c. Kondisi rumah
- d. Kontak dengan penderita
- e. Status gizi
- f. Faktor sosial ekonomi
- g. Tingkat pendidikan
- h. Pekerjaan
- i. Kebiasaan merokok
- j. Kepadatan hunian kamar tidur
- k. Pencahayaan
- l. Ventilasi
- m. Perilaku

4. Dampak Penyakit Tuberkulosis Paru pada Fungsi Keluarga

Penyakit TBC paru dapat berdampak pada fungsi keluarga, diantaranya :

a. Fungsi afektif

Anggota yang sakit membutuhkan perhatian yang lebih terutama dalam memenuhi kebutuhannya sehingga perhatian keluarga terhadap anggota keluarga lainnya berkurang. Keluarga cenderung merasa cemas terhadap keadaan anggota keluarga yang sakit (Jhonson, 2013).

b. Fungsi sosialisasi

Penderita TB Paru mengalami mudah tersinggung, marah, putus asa dikarenakan batuk terus yang terus menerus sehingga timbul

rendah diri pada klien, selalu mengisolasi diri karena malu (Efendi, 2013).

c. Fungsi ekonomi

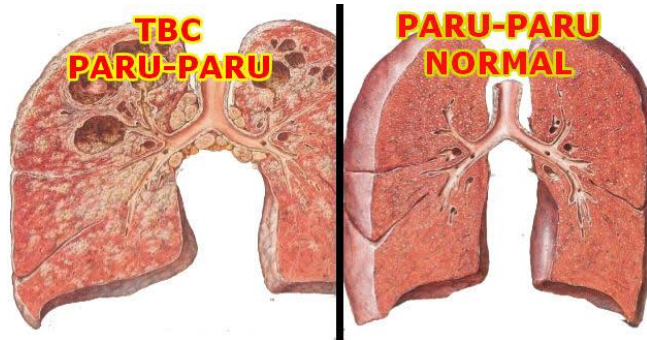
Fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga sehari-hari menjadi berkurang, karena banyak dilakukan untuk biaya pengobatan dan perawatan, terutama bila mengenai kepala keluarga yang berperan sebagai pencari nafkah (Jhonson, 2013).

C. KONSEP PENYAKIT

1. Pengertian Penyakit Tuberkulosis Paru

Gambar 2.1

Gambar tuberculosis paru dan paru-paru normal



(Sumber: kabarjabar.id)

Tuberkulosis Paru adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini merupakan bakteri basil yang sangat kuat sehingga memerlukan waktu lama untuk mengobatinya. Bakteri tersebut lebih sering menginfeksi organ paru-paru dibandingkan bagian lain tubuh manusia (Eri, 2010).

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *mycobacterium Tuberculosis*. Penyakit ini menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil tuberkulosis (Kemenkes RI, 2014).

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa tuberkulosis paru merupakan infeksi penyakit kronik yang menyerang organ paru-paru dan bisa menular disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*.

2. Anatomi Fisiologi

Peran sistem pernafasan adalah untuk mengelola pertukaran oksigen dan karbondioksida antara udara dan darah. Paru-paru terletak pada rongga dada dengan dasarnya menghadap ke tengah rongga dada. Pada bagian tengah terdapat hilus dan mediastinum depan terdapat jantung. Paru-paru dibungkus oleh pleura. Pleura dibagi menjadi dua bagian yaitu viserale dan parietale.

Paru-paru merupakan organ yang elastis berbentuk kerucut yang terdiri dari gelombang gas atau alveoli. Gelembung alveoli terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Pada lapisan ini terjadi pertukaran O₂ masuk ke dalam darah dan CO₂ dikeluarkan dari darah dan jaringan. Ada tiga proses dalam respirasi yaitu ventilasi, perfusi dan difusi.

Ventilasi adalah keluar masuknya udara melalui trakhea brankheal sehingga oksigen sampai ke alveoli dan karbondioksida dibuang. Perfusi adalah O₂ dan CO₂ yang keluar masuk aliran darah dalam kapiler paru atau jaringan. Difusi adalah pertukaran O₂ dan CO₂ antara alveolus dan kapiler paru. Medulla oblongata mengatur tekanan CO₂ tekanan O₂ dan keasaman daerah arteriol, sedangkan pons bertanggung jawab dalam memeliharanya (Sylvia, 2015).

3. Etiologi

Penyakit infeksi yang menyebar dengan rute naik di udara. Infeksi disebabkan oleh penghisapan air liur yang berisi bakteri tuberkulosis (*mycobacterium tuberculosis*). Seseorang yang terkena infeksi dapat

menyebarkan partikel kecil melalui batuk, bersin dan berbicara. Berhubungan dekat dengan mereka yang terinfeksi meningkatkan kesempatan untuk transmisi. Begitu terhisap, organisme secara khas diam di dalam paru-paru, tetapi dapat menginfeksi organ tubuh lainnya. Organisme mempunyai kapsul sebelah luar (Digiulio, 2014).

4. Patofisiologi

Patofisiologi individu terinfeksi melalui droplet dari pasien tuberkulosis paru ketika pasien batuk, bersin, tertawa dan berbicara. Droplet ini mengandung basil tuberkulosis dan ukurannya kurang dari 5 mikron dan akan melayang-layang di udara. Saat *Mycobacterium tuberculosis* berhasil menginfeksi paru-paru maka dengan segera akan tumbuh koloni bakteri yang berbentuk globular. Biasanya melalui serangkaian reaksi imunologis bakteri tuberkulosis ini akan berusaha dihambat melalui pembentukan dinding di sekeliling bakteri itu oleh sel-sel paru. Mekanisme pembentukan dinding itu membuat jaringan disekitarnya menjadi jaringan parut dan bakteri tuberkulosis paru akan menjadi dormant (istirahat).

Bentuk-bentuk dormant inilah yang sebenarnya terlihat tuberkel pada pemeriksaan rontgen. Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri, limpospesifik-tuberkulosis melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli, menyebabkan

bronkopneumonia dan infeksi awal terjadi dalam 2-10 minggu setelah pemajanan. Massa jaringan paru yang disebut granulomas merupakan gumpalan basil yang masih hidup. Granulomas diubah menjadi massa jaringan fibrosa, bagian sentral dari massa fibrosa ini disebut tuberkel ghon dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Setelah pemajanan dari infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadkuat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman (Devi, 2017).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Wijaya dan Putri (2013) dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu, gejala respiratorik dan gejala sistemik.

a. Gejala respiratorik

- 1) Batuk
- 2) Batuk berdarah
- 3) Sesak nafas
- 4) Nyeri dada

b. Gejala sistemik

- 1) Demam
- 2) Keringat malam
- 3) Anoreksia
- 4) Penurunan berat badan

6. Klasifikasi Tuberkulosis

a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh (anatomical site) yang terkena:

1) Tuberkulosis milier adalah tuberkulosis yang berlokasi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TBC dianggap sebagai tuberkulosis karena adanya lesi pada jaringan paru. Pasien yang menderita tuberkulosis dan sekaligus juga menderita tuberkulosis ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien tuberkulosis.

2) Tuberkulosis ekstraparu adalah tuberkulosis yang terjadi pada organ selain paru, misalnya pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Limfadenitis TBC di rongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung tuberkulosis pada paru. Diagnosis tuberkulosis ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis tuberkulosis ekstraparu harus diupayakan secara bakteriologis dengan ditemukannya *Mycobacterium tuberculosis* (Permenkes, 2016).

b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, yaitu pada tuberkulosis :

1) Tuberkulosis BTA positif

- a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thoraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TBC positif.
- d) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT.

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TBC BTA positif.

Kriterianya harus meliputi:

- a) Minimal 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
- b) Foto thoraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT.
- d) Ditentukan oleh dokter untuk diberi pengobatan (Depkes RI, 2011).

c. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit

- 1) Tuberkulosis BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat apabila gambaran foto toraks

memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses “*far advanced*”) dan atau keadaan umum pasien buruk.

2) Tuberkulosis ekstra paru dibagi berdasarkan tingkat keparahannya yaitu:

a) Tuberkulosis ekstra paru ringan, misalnya: TBC, kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.

b) Tuberkulosis ekstra paru berat, misalnya :*meningitis, milier, perikarditis peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, tuberkulosis tulang belakang, tuberkulosis usus, tuberkulosis saluran kemih dan tuberkulosis alat kelamin.*

d. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien, yaitu:

1) Kasus baru adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

2) Kasus kambuh (*relaps*) adalah pasien TBC yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan Tbc dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

3) Kasus putus berobat (*default/drop out/do*) adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat selama 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

- 4) Kasus gagal (*Failure*) adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
- 5) Kasus pindahan (*transfer in*) adalah pasien yang dipindahkan dari UPK (Unit Pengelolaan Kegiatan) yang memiliki register TBC lain untuk melanjutkan pengobatannya.
- 6) Kasus lain adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas. Dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

Catatan : TB paru BTA negatif dan TB ekstra paru, dapat juga mengalami kambuh, gagal, default maupun menjadi kasus kronik. Meskipun sangat jarang, harus dibuktikan secara patologi, bakteriologi (biakan), radiologi dan pertimbangan spesialisasi (Depkes RI, 2014).

e. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat.

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

- 1) Mono resisten (TB MR): *Mycobacterium tuberculosis* resisten terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja.

- 2) *Poli resistan* (TB PR): *Micobacterium tuberculosis* resistan terhadap lebih dari salah satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) DAN Rifampicin (R) secara bersamaan.
- 3) *Multi drug resistan* (TB MDR): *Micobacterium tuberculosis* resistan terhadap Isoniazid (I) dan Rifampicin (R) secara bersamaan, dengan atau tanpa diikuti resisten OAT lini pertama lainnya.
- 4) *Extensive drug resistan* (TB XDR): *Mycobacterium tuberculosis* resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin).
- 5) *Resistan Rifampisin* (TB RR): *Mycobacterium tuberculosis* resisten terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat molekuler) atau metode fenotip (convensional) (Permenkes, 2016).

7. Komplikasi

Komplikasi menurut Basiroh (2014) dengan penanganan pada penderita tuberculosis yang tidak benar akan menimbulkan komplikasi sebagai berikut:

- a. Komplikasi dini
 - 1) *Empisema*
 - 2) *Efusi pleura*

3) *Laringitis*

4) Menjalar ke organ lain seperti usus, tulang, otak dan lain-lain.

b. Komplikasi lanjut

1) Sindrom Obstruksi Pasca Tuberculosis

2) Obstruksi jalan nafas

3) Kerusakan parenkim berat

4) Karsinoma paru

5) Fibrosis paru

6) Sindrom gagal nafas dewasa

8. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 2.1

Jenis pemeriksaan diagnostik TBC Paru

No	Jenis pemeriksaan	Interpretasi hasil
1	Sputum	
	a. Kultur	Mycobacterium tuberculosis positif pada tahap aktif, penting untuk menetapkan diagnosa pasti dan melakukan uji kepekaan terhadap obat.
	b. <i>Ziehl-Neelsen</i> (Pewarnaan terhadap sputum)	BTA positif

2	Skin test (Mantoux)	<p>a. Indurasi 0-5 mm (diameternya) maka mantoux negative atau hasil negatif</p> <p>b. Indurasi 6-9 mm (diameternya) maka hasil meragukan</p> <p>c. Indurasi 10-15 mm yang artinya hasil mantoux positif.</p> <p>d. Reaksi timbul 48-72 jam setelah injeksi antigen intrakutan berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrasi limfosit yakni persenyawaan antara antibody dan antigen tuberculin.</p>
3	Foto thorak	Menunjukkan adanya infiltrasi lesi pada paru-paru bagian atas, timbunan kalsium dari lesi primer atau penumpukan cairan. Perubahan yang menunjukkan perkembangan tuberkulosis meliputi adanya kavitas dan area fibrosa.

4	histology/ kultur jaringan (termasuk bilasan lambung, urine, cairan serebrospinal, biopsy kulit).	Hasil positif dapat menunjukkan serangan ekstrapulmonal
5	Biopsi jarum pada jaringan paru.	Positif untuk granuloma TB, adanya <i>giant cell</i> , menunjukkan nekrosis.
6	<p>Darah</p> <p>a. LED (Laju Endap Darah)</p> <p>b. Limfosit</p> <p>c. Elektrolit</p> <p>d. Analisa Gas Darah</p>	<p>a. Indikator stabilitas biologik penderita, respon terhadap pengobatan, prediksi tingkat penyembuhan. Sering meningkat pada proses aktif.</p> <p>b. Menggambarkan status imunitas penderita (normal atau supresi).</p> <p>c. Hiponatremia dapat terjadi akibat retensi cairan pada TBC kronis luas.</p> <p>d. Hasil bervariasi tergantung lokasi dan beratnya kerusakan paru.</p>
7	Tes faal paru	Penurunan kapasitas vital,

		peningkatan ruang mati, peningkatan rasio udara residu dan kapasitas paru total, penurunan saturasi oksigen, sebagai akibat dari infiltrasi parenkim/fibrosis, kehilangan jaringan paru dan penyakit pleural.
--	--	---

(Sumber: Wijaya dan Putri, 2013)

9. Penatalaksanaan

Penyakit TBC dapat disembuhkan dan pengobatannya membutuhkan waktu yang panjang. Masa penyembuhan TBC berbeda-beda pada setiap penderitanya, hal ini bergantung pada kondisi kesehatan penderita. Pasien yang sudah dipastikan menderita sakit TBC minimal harus minum obat selama 6 bulan. Pada bulan pertama, umumnya pasien penderita TBC harus minum obat sebanyak 4 macam. Obat yang sering digunakan sebagai pengobatan pertama antara lain Rifampisin, Isoniazid, Pirazinamid dan Etambutol (Eri, 2010).

Pengobatan TB paru menurut Widiyono (2011) adalah menggunakan obat anti tuberkulosis (OAT) dengan metode Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) dengan beberapa kategori yaitu:

- a. Kategori I (2 HRZE/4H3R3) untuk pasien TBC baru

- b. Kategori II (2 HRZES/ HRZE/ 5 H3R3E3) untuk pasien ulangan (pasien yang pengobatan kategori-I nya gagal atau pasien yang kambuh).
- c. Kategori III (2 HRZ/4 H3R3) untuk pasien baru dengan BTA (-), Ro (+).
- d. Sispan (HRZE) digunakan sebagai tambahan bila pada pemeriksaan akhir tahap intensif dari pengobatan dengan kategori I atau kategori II ditemukan BTA (+). Obat diminum sekaligus satu jam sebelum makan pagi.

Panduan OAT kategori-I dan kategori-II disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Panduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien. Paket Kombipak adalah paket paket obat lepas yang terdiri dari Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister. Panduan OAT ini disediakan program untuk digunakan dalam pengobatan pasien yang mengalami efek samping OAT KDT (Depkes, 2011).

10. Dampak Tuberkulosis Paru

Penyakit tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit yang sangat mempengaruhi kehidupan individu. Dampak tuberkulosis paru anatara lain :

a. Terhadap individu

1) Biologis

Adanya kelemahan fisik secara umum, baik yang terus menerus, sesak napas, nyeri dada, nafsu makan menurun, berat badan menurun, keringat pada malam hari dan kadang-kadang panas yang tinggi.

2) Psikologis

Biasanya klien mudah tersinggung. Marah, putus asa karena batuk yang terus menerus sehingga keadaan sehari-hari yang kurang menyenangkan.

3) Sosial

Adanya perasaan rendah diri oleh karena malu dengan keadaan penyakitnya sehingga klien selalu mengisolasi dirinya.

4) Spiritual

Adanya distress spiritual yang menyalahkan Tuhan karena penyakitnya yang tidak sembuh-sembuh juga menganggap penyakitnya yang menakutkan.

5) Produktifitas menurun oleh karena kelemahan fisik

b. Terhadap keluarga

- 1) Terjadinya penularan terhadap anggota keluarga yang lain karena kurang pengetahuan dari keluarga terhadap penyakit TBC serta kurang pengetahuan penatalaksanaan pengobatan dan upaya pencegahan penularan penyakit.

- 2) Produktivitas menurun terutama bila mengenai kepala keluarga yang berperan aktif dalam pemenuhan kebutuhan keluarga, maka akan menghambat biaya hidup sehari-hari terutama untuk biaya pengobatan.
- 3) Psikologis peran keluarga akan berubah dan diganti oleh keluarga yang lain.
- 4) Sosial keluarga merasa malu dan mengisolasi diri karena sebagian besar masyarakat belum tahu pasti tentang penyakit TBC.

c. Terhadap masyarakat

- 1) Apabila penemuan kasus baru TBC tidak secara dini serta pengobatan penderita TBC positif tidak teratur atau drop out pengobatan maka resiko penularan penyakit pada masyarakat luas akan terjadi oleh karena penularannya.
- 2) Lima langkah strategi DOTS adalah dukungan dari semua kalangan, semua orang yang batuk dalam 3 minggu harus diperiksa dahaknya, harus ada obat yang disiapkan oleh pemerintah, pengobatan harus dipantau selama 6 bulan oleh Pengawas Minum Obat (PMO) dan ada sistem pencatatan dan pelaporan.

D. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN TUBERKULOSIS PARU

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan keluarga adalah suatu tahapan dimana perawat mengambil informasi dengan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisis. Metode yang dapat digunakan perawat dalam melakukan pengkajian keluarga diantaranya wawancara, observasi fasilitas dan keadaan rumah, pemeriksaan fisik dari anggota keluarga, juga bisa didapatkan dari data sekunder misalnya hasil lab, ronsen dan sebagainya (Nadirawati, 2018).

Hal yang perlu dikaji dalam keluarga adalah (model Friedman) dikutip dalam buku (Abi Muhlisin, 2012) antara lain:

a. Data umum keluarga

Identitas diri Kepala Keluarga

Meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, pekerjaan dan tingkat pendidikan.

b. Komposisi keluarga

Komposisi keluarga terdiri dari nama anggota keluarga, umur, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, pendidikan, pekerjaan, agama, status pernikahan dan keterangan.

c. Genogram

Pohon keluarga yang menggambarkan faktor biopsikososial individu dalam tiga generasi.

d. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.

e. Keluhan utama

Tuberculosis sering dijuluki sebagai *the great imitator*, yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah klien, gejala timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang *asimtomatik*. Keluhan yang sering menyebabkan klien dengan TBC meminta pertolongan kesehatan dari kesehatan dapat dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

f. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan batuk paling awal dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan, mula-mula non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah terjadi kerusakan jaringan. Batuk akan timbul apabila proses penyakit telah melibatkan *bronchus*, dimana terjadi iritasi selanjutnya mengakibatkan peradangan pada *bronchus*, batuk akan menjadi produktif yang berguna untuk membuang produk ekskresi peradangan dengan sputum yang bersifat mukoid dan purulen.

Tanyakan selama keluhan batuk muncul, apakah ada keluhan lain seperti demam, keringat malam atau menggigil yang mirip dengan influenza karena keluhan demam dan batuk merupakan gejala awal

dari tuberkulosis paru. Tanyakan apakah batuk disertai sputum yang kental atau tidak, serta apakah klien mampu melakukan batuk efektif untuk mengeluarkan sekret yang menempel pada jalan nafas. Apabila keluhan utama adalah batuk darah, maka perlu ditanyakan kembali berapa banyak darah yang keluar. Saat melakukan anamnesis, perawat perlu meyakinkan pada klien tentang perbedaan antara batuk darah dan muntah darah karena pada keadaan klinis, hal ini sering menjadi racun. Agar mempermudah perawat mengkaji keluhan sesak napas, maka dapat dibedakan sesuai tingkat klasifikasi sesak.

g. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita tuberkulosis, keluhan batuk lama pada masa kecil, tuberkulosis pada organ lain, pembesaran getah bening dan penyakit lain yang memperberat tuberkulosis paru seperti diabetes mellitus. Tanyakan mengenai obat-obatan yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan, obat-obat ini meliputi obat OAT dan antitusif.

Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Adanya alergi obat juga harus ditanyakan serta reaksi obat yang timbul. Seringkali klien mengacaukan suatu alergi dengan efek samping obat. Kaji lebih dalam tentang seberapa jauh penurunan berat badan dalam enam bulan terakhir. Penurunan tuberkulosis paru

berhubungan erat dengan proses penyembuhan penyakit serta adanya anoreksia dan mual yang sering disebabkan karena meminum OAT (Muttaqin, 2012).

h. Riwayat penyakit keluarga

Secara patologi tuberkulosis tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah (Muttaqin, 2012).

i. Riwayat pengobatan sebelumnya

Kapan klien mendapatkan pengobatan sehubungan dengan sakitnya
Jenis, warna dan dosis obat yang diminum.

Berapa lama pasien menjalani pengobatan sehubungan dengan penyakitnya.

Kapan pasien mendapatkan pengobatan terakhir.

j. Pengkajian Psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan data hasil pemeriksaan awal klien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini. Data ini penting untuk menentukan tingkat perlunya pengkajian psiko-sosio-spiritual yang seksama (Muttaqin, 2012).

k. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada Tuberkulosis Paru menurut Andarmoyo (2012) adalah sebagai berikut:

1. Mata: konjungtiva pucat (karena anemia), konjungtiva sianosis (karena hipoksemia).
2. Hidung: adanya pernapasan cuping hidung (mengap-mengap dispnea).
3. Mulut dan bibir: membran mukosa sianosis (karena penurunan oksigen), bernapas dengan mengerutkan mulut (dikaitkan dengan penyakit paru kronik), tidak ada stomatitis.
4. Telinga: simetris, tidak ada serumen, tidak ada alat bantu pendengaran.
5. Leher: tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, warna kulit merata.
6. Sistem pernapasan: ronchi basah, kasar dan nyaring terjadi akibat adanya peningkatan produksi secret pada saluran pernapasan. Hipersonor/timpani bila terdapat kavitas yang cukup pada auskultasi memberikan suara sedikit bergemuruh (umforik).
7. Abdomen: tidak ada lesi, bersih.

8. Kulit: sianosis perifer karena menurunnya aliran darah perifer. Terjadi penurunan turgor kulit karena dehidrasi.

1. Pemeriksaan diagnostik

Diagnosis dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik saja, tetapi kadang-kadang sulit juga, sehingga perlu pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan:

1. Kultur sputum positif untuk tuberkulosis aktif.
2. Zhiel nelsen positif untuk basil asam cepat.
3. Tes tuberkulin reaksi positif menunjukkan penyakit aktif.
4. Foto thorak dapat menunjukkan infiltrasi lesi awal pada area paru atas. Pada foto thoraks lateral, gambaran foto yang menunjang diagnosis adalah bayangan lesi terletak pada lapangan atas paru atau segmen apical lobus bawah, bayangan berawan atau bercak, adanya kavitas tunggal atau ganda, bayangan menetap pada foto ulang beberapa minggu, pada awal penyakit berupa bercak-bercak seperti awan dengan batas yang tidak tegas, pada yang lebih lanjut bercak-bercak seperti awan menjadi lebih tegas.

5. Kultur jaringan : (termasuk bilas lambung, urine dan biopsi kulit) positif untuk *mycobacterium tuberculosis*.
6. Pemeriksaan darah Leukositosis dan LED meningkat.

Sumber : (Somantri, 2014).

m. Analisa Data

Pada analisa data, kegiatan yang dilakukan yaitu menetapkan masalah kesehatan keluarga yang diangkat dari lima tugas keluarga menurut Gusti (2013) yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Setelah dianalisa dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga dibuat dengan proses skoring. Proses skoring

menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Suprajitno (2012) yaitu dengan cara :

- a. Tentukan skornya sesuai dengan kriteria yang dibuat.
- b. Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.
- c. Jumlah skor untuk semua kriteria skor maksimum sama dengan jumlah bobot.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya (Nadirawati, 2018).

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian dengan komponen sebagai berikut:

- a. Problem atau masalah.
- b. Etiologi atau penyebab masalah.
- c. Tanda dan gejala.

Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis berdasarkan hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, dan coping keluarga baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan

bertanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga. Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan tingkat reaksi keluarga terhadap stressor yang ada. Stresor-stresor tersebut akan memengaruhi tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan coping keluarga. Tipologi atau sifat dari diagnosis keperawatan keluarga adalah aktual, resiko dan sejahtera.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap ketiga dalam sebuah proses keperawatan keluarga. Tahap ini merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau menurunkan masalah-masalah yang ada pada keluarga.

Dalam perencanaan keperawatan keluarga ada beberapa hal yang harus dilakukan yaitu menyusun tujuan, mengidentifikasi sumber-sumber, mendefinisikan pendekatan alternatif, memilih intervensi perawatan, sehingga dalam menentukan perencanaan perawatan keluarga memerlukan berbagai hal diantaranya:

a. Menetapkan prioritas masalah keperawatan

Menetapkan prioritas masalah/diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya, 2009 :

No	Kriteria	Skor	Bobot	Pembenaran
1.	Sifat masalah Skala : Aktual Risiko Keadaan sejahtera/ diagnosis sehat	 3 2 1	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat	 2 1 0	2	
3	Potensi masalah untuk dicegah Skala : Tinggi Cukup Rendah	 3 2 1	1	
4	Menonjolnya masalah Skala : Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	 2	1	

	Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1		
	Masalah dapat dirasakan	0		

Skoring :

- 1) Tetentukan skor untuk setiap kriteria
 - 2) Skore dibagi dengan makna tertinggi dan kalikan dengan bobot
 - 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
 - 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga.
- b. Menentukan tujuan keperawatan
 - c. Menyusun rencana tindakan keperawatan keluarga

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun perawat beserta keluarga. Tujuannya adalah untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2008).

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian tindakan keperawatan. Penilaian ini dilaksanakan berdasarkan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis dan Planning).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Data Umum

1) Identitas Kepala Keluarga

Nama	: Tn. K
Umur	: 35 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	:Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Buruh Harian Lepas
Pendidikan	: SMP
Suku Bangsa	: Sunda
Tanggal Pengkajian	: 30 November 2021
Pukul	: 09.00 WIB

2) Komposisi Keluarga

Tabel 3.1

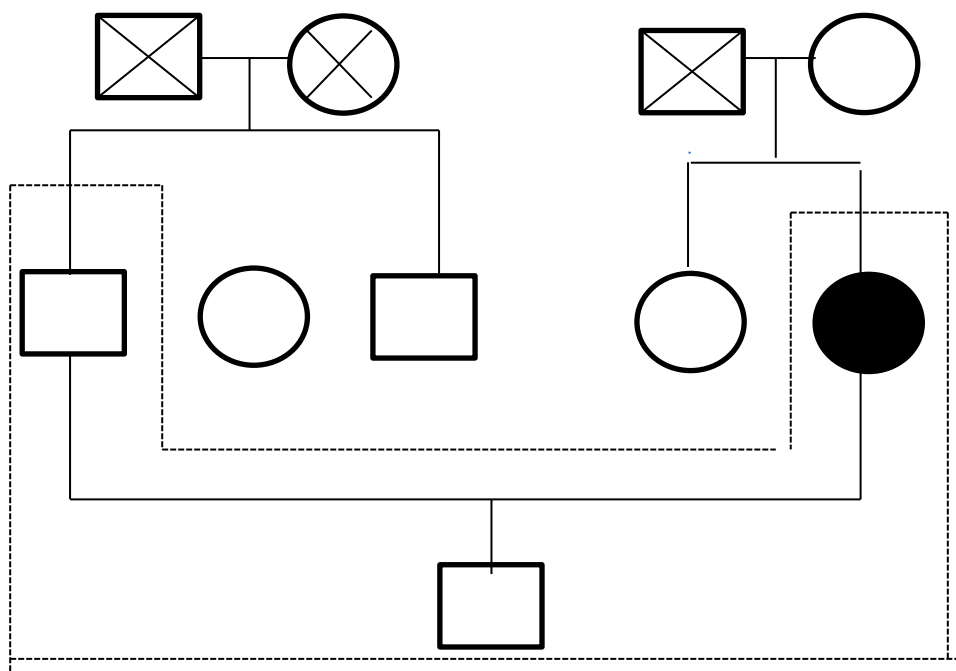
Komposisi Keluarga Tn. K

No	Nama	L/P	Hubungan dengan KK	Usia	Pend.	Pekerjaan	Status Kesehatan
1	Ny. R	P	Istri	30 tahun	SMA	Ibu Rumah Tangga	Sakit
2	An. C	L	Anak	6 tahun	TK	Pelajar	Sehat

3) Genogram

Gambar 3.1

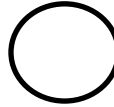
Genogram Keluarga Tn. K



Keterangan :



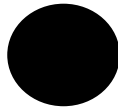
= Laki-laki



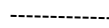
= Perempuan



= Meninggal



= Klien



= Tinggal serumah

4) Tipe Keluarga

Keluarga Inti yang terdiri dari Ayah, Ibu dan Anak yang tinggal dalam satu rumah.

5) Suku bangsa

Tn. K mengatakan bahwa keluarganya berasal dari suku Sunda. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa sunda. Keyakinan yang berhubungan dengan kesehatan keluarga adalah membiarkan dahulu dan mengobati semampunya dengan bantuan obat-obat yang dapat dibeli di warung, jika belum sembuh juga akan pergi ke sarana kesehatan terdekat.

6) Agama

Tn. K mengatakan kepercayaan agama yang dianutnya adalah Islam. Menurut Tn. K, biasanya melakukan ibadah di rumah saja jarang pergi ke Mesjid. Ny. R sering mengikuti pengajian di kampung tersebut.

7) Status sosial dan ekonomi

Tn. K bekerja sebagai tukang ojeg dengan penghasilan yang tidak menentu setiap harinya. Ny. S sebelumnya bekerja sebagai buruh pabrik, namun karena kondisi kesehatannya menurun ia hanya sebagai ibu rumah tangga. Keluarga Tn. K memiliki tambahan penghasilan dari berjualan ikan cupang dan memelihara ternak ayam dan domba.

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Apabila ada waktu luang, keluarga Tn. K berekreasi ke taman rekreasi terdekat. Namun pada sehari-harinya Tn. K selalu berkumpul dengan keluarganya menghabiskan waktu luang di rumah.

b. Riwayat Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga

Pada saat ini keluarga Tn. K berada pada tahapan perkembangan keluarga dengan anak prasekolah (families with preschoolers) dimana tahapan ini berlangsung saat anak pertama berusia 6 tahun hingga 12 tahun.

Adapun tugas perkembangan yang ditempuh keluarga adalah:

a) Membantu anak untuk bersosialisasi

Ny. R sudah mampu untuk membantu anak bersosialisasi.

An. C biasa diajak main ke rumah tetangganya, atau teman-temannya yang berkumpul untuk bermain di rumahnya.

Hasil observasi menunjukkan bahwa An. C tampak ceria ketika diajak bicara dan mampu merespon dengan baik.

- b) Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga

Ny. R mengatakan orang tua nya sudah meninggal, tetapi ia masih menjalin hubungan baik dengan bibinya yang tinggal di depan rumahnya. Di lingkungan sekitarnya, ada tetangga yang baik dan kurang baik namun Ny. R menghadapinya dengan sabar.

- c) Pembagian waktu individu, pasangan dan anak

Tn. K mengatakan meskipun ia bekerja dari pagi hingga sore, ia selalu menyempatkan diwaktu-waktu tertentu untuk pulang ke rumah karena jarak dari rumah ke tempat bekerjanya tidak terlalu jauh. Tn. K juga mengoptimalkan waktu malam untuk berkumpul bersama istri dan anaknya.

- d) Pembagian tanggung jawab dan peran

Tn. K mengkhususkan dirinya untuk bekerja sedangkan istrinya diam di rumah mengurus anak dan kebutuhan rumah tangganya.

- e) Kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh kembang anak

Ny. R mengatakan setiap hari anaknya pergi ke sekolah TK yang jaraknya cukup dekat dengan rumah.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Dari pengkajian yang didapat, adanya masalah yaitu An. C masih tidur dengan Ny. R dan Tn. K sehingga belum ada privasi bagi An. C. Tn. K sendiri belum mampu memenuhi kebutuhan tempat tinggal privasi dan rasa aman.

3) Riwayat Kesehatan keluarga saat ini.

a) Riwayat kesehatan Tn. K

Tn. K berusia 35 tahun, BB : 60 Kg, TB : 160 cm, hal ini membuktikan bahwa keadaan fisiknya Tn. K baik. Menurut penuturannya, satu tahun terakhir ini sehat dan tidak pernah sakit.

b) Riwayat Kesehatan Ny. R

Ny. R berusia 30 tahun, TB : 150 cm, BB : 50 kg (sebelum sakit) dan BB : 40 kg (saat sakit). Saat ini Ny. R sedang menjalani pengobatan TBC. Ny. R sering mengeluh tidak nafsu makan. Pengobatannya dilanjutkan kembali setelah 5 bulan yang lalu terhenti. Kini Ny. R menjalani pengobatan pada bulan ke-3.

c) Riwayat An. C

An. C berusia 6 tahun dengan BB : 25 kg, TB : 130 cm. Hal ini menunjukkan keadaan fisiknya sehat, selama satu tahun ini tidak mengalami sakit apapun.

c. Data lingkungan

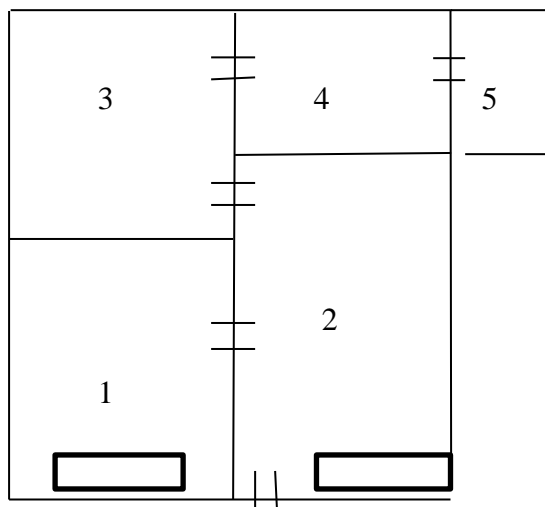
1) Karakteristik lingkungan rumah

Rumah yang ditempati keluarga Tn. K adalah rumah pribadi dengan ukuran 6x8 m². Terdiri dari 4 ruangan yaitu ruang tamu, satu kamar tidur, dapur dan kamar mandi. Terdapat 2 jendela di ruang tamu namun tidak bisa dibuka, satu jendela di kamar tidur yang juga tidak bisa dibuka. Pencahayaan dan ventilasi rumahnya kurang. Dindingnya berjenis permanen. Lantai menggunakan semen. Di dalam dapur terdapat beberapa aquarium ikan cupang. Di pinggir rumah terdapat kandang domba dan ayam yang jaraknya berdekatan dengan rumah.

2) Denah Rumah

Gambar 3.2

Denah rumah keluarga Tn. K



Keterangan :

1. Kamar tidur
2. Ruang tamu sekaligus ruang keluarga
3. Dapur
4. Kamar mandi
5. Kandang ayam dan domba

3) Sanitasi

Keluarga Tn. K memiliki jamban sendiri di rumahnya. Airnya berasal dari PDAM, dan untuk limbahnya dibiarkan ke selokan kecil di belakang rumahnya.

4) Pengelolaan sampah

Keluarga Tn. K biasanya membuang sampah ke sungai atau kadang-kadang dibuang ke tempat pembuangan sampah sementara.

5) Karakteristik keluarga dan komunitas

Keluarga Tn. K tinggal di lingkungan padat penduduk, jarak anatar rumah satu ke rumah yang lain sangat cukup berdekatan, sehingga sedikit sekali rumah yang memiliki pekarangan. Terdapat jalan utama yang cukup besar, jarak menuju jalan raya kurang lebih 300 m. Fasilitas yang ada di lingkungan tempat tinggal antara lain, terdapat warung sembako dan posyandu. Sebagian besar penduduknya bermata pencaharian buruh pabrik, pedagang dan kuli bangunan.

6) Mobilitas keluarga

Keluarga Tn. K mengatakan keluarganya merupakan penduduk asli suku sunda, menetap di Bandung sejak menikah pada tahun 2013 dan pindah rumah ke Kp. Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut pada tahun 2015 setelah anaknya dilahirkan.

7) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga Tn. K memanfaatkan waktu senggangnya tidak hanya di rumah saja, terkadang Ny. R sering berkumpul juga dengan tetangganya.

8) Sistem pendukung keluarga

a) Informal : Ny. R mengatakan jika ada masalah, maka akan dibicarakan bersama Tn. K

b) Formal : Tn. K mengatakan Ny. R memiliki kartu jaminan sehat, Tn. K mengatakan tempat tinggalnya tidak jauh dari puskesmas.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Komunikasi keluarga Tn. K bersifat terbuka, apabila terdapat masalah semua dibicarakan dan diselesaikan bersama. Bahasa yang digunakan keluarga Tn. K sehari-hari adalah bahasa Sunda.

2) Struktur kekuatan keluarga

Antar anggota keluarga saling menghormati dan menghargai, pengambilan keputusan berdasarkan keputusan bersama namun pengambilan keputusan terakhir berada pada Tn. K.

3) Struktur peran

a) Tn. K: Berperan sebagai kepala keluarga, suami dan pencari nafkah bagi keluarga.

b) Ny. R: Berperan sebagai istri dan ibu rumah tangga.

c) An. C: Berperan sebagai anak.

4) Nilai dan norma keluarga

Keluarga Tn. K menerapkan nilai dan norma yang berlaku menurut ajaran agama dan aturan yang ada di masyarakat, bila ada anggota keluarga yang sakit akan dibawa ke sarana kesehatan, namun hal tersebut dilihat dari keparahan penyakitnya. Dari segi budaya, tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Keluarga Tn. K saling menyayangi satu sama lain. Saat ini, Tn. K berusaha menyemangati Ny. R yang sedang dalam masa pengobatan TBC.

2) Fungsi sosial

Ny. R menyekolahkan An. C ke taman kanak-kanak terdekat agar bisa bersosialisasi dan bermain dengan anak seusianya.

Tn. K kadang-kadang mengikuti kerja bakti di lingkungannya,

Ny. R juga seing mengikuti pengajian di Masjid terdekat bersama ibu-ibu yang lainnya.

3) Fungsi perawatan kesehatan

a) Mengetahui masalah kesehatan

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa keluarga keluarga

Tn. K belum mengetahui secara jelas mengenai penyakit

TBC pada Ny. R tentang pengertian Tuberkulosis Paru,

tanda dan gejala, cara pengobatannya dan saat diberi

pertanyaan mengenai pengertian, penyebab, tanda dan

gejala serta cara pengobatan TB Paru keluarga Tn. K

keluarga Tn. K tampak kebingungan untuk menjawabnya.

b) Membuat keputusan dalam mengambil tindakan yang tepat

Keluarga Tn. K mengatakan apabila ada masalah kesehatan

yang dialami oleh keluarganya, anggota keluarga yang lain

mencoba mengobati dengan membeli obat di warung. Jika

tidak ada perubahan maka akan dibawa ke Puskesmas.

c) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Keluarga Tn. K mengatakan tidak begitu banyak

mengetahui tentang merawat keluarga yang sakit seperti

Tuberkulosis Paru yang dialami Ny. R sehingga Ny. R sempat putus obat. Namun karena melakukan konsultasi dengan pihak Puskesmas, maka pengobatan Ny. R dilanjutkan kembali.

d) Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Menurut penuturan Ny. R ruangan di rumahnya dibersihkan satu kali sehari. Ruangannya tampak berdebu dan kurang tertata rapi.

e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Keluarga Tn. K kurang mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, karena jika ada anggota keluarga yang sakit tidak langsung dibawa ke Puskesmas melainkan membeli obat warung terlebih dahulu. Jika tidak ada perubahan maka akan dibawa ke Puskesmas.

4) Fungsi reproduksi

Ny. R mengatakan tidak memakai alat kontrasepsi.

5) Fungsi ekonomi

Tn. K mengatakan ia bekerja sebagai tukang ojek dengan penghasilan kurang lebih 50.000 perhari namun itupun tidak tentu. Selain itu keluarga Tn. K juga mendapatkan penghasilan dari berjualan ikan cupang di rumahnya dan mengurus ayam dan domba yang bisa dijual tiap tahunnya.

f. Stress dan coping keluarga

1) Stress jangka pendek dan panjang

Untuk saat ini Ny. R telah kembali menjalani pengobatan setelah 4 bulan terhenti. Keluarga belum mengetahui tentang penyakit TBC, dampak serta perawatan pada penderita TBC.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

Tn. K menyadari bahwa Ny. R sakit, dan berusaha kembali untuk tidak putus obat.

3) Strategi koping yang digunakan

Cara menghadapi masalah yang digunakan keluarga Tn. K adalah dengan musyawarah bersama anggota keluarga yang lainnya.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Ny. R mengatakan apabila terdapat masalah pada keluarga, Tn. K tidak pernah menggunakan kekerasan dalam menyelesaikannya. Jarang sekali Tn. K membentak dan selama ini keluarga belum menemukan masalah yang terlalu berat yang tidak dapat diatasi.

5) Harapan keluarga

Tn. K mengharpkan agar Ny. R bisa lekas sembuh dari penyakitnya, dan ia berharap bisa merawat istrinya tersebut dengan optimal.

6) Tingkat kemandirian keluarga

Pada saat kunjungan dan observasi tingkat kemandirian keluarga Tn. K, ialah keluarga mandiri tingkat satu yang berarti keluarga mau menerima petugas perawatan kesehatan komunitas dan menerima pelayanan perawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

3). Pemeriksaan Fisik

Tabel 3.2

Hasil Pemeriksaan Fisik Tn. K

No	Pemeriksaan	Tn. K	Ny. R	An. C
1	Keadaan umum	Baik	Baik	Baik
2	Tingkat kesadaran	Compos Mentis	Compos Mentis	Compos Mentis
3	Pemeriksaan antropometri a) Tinggi badan b) Berat badan	 160 cm 60 kg	 150 cm 40 kg	 130 cm 25 kg
4	Pemeriksaan tanda-tanda vital : a) Tekanan darah b) Nadi	 120/70 mm/Hg 84x/menit	 110/70 mm/Hg 86x/menit	 - 94x/menit

	c) Napas	20x/menit	23x/menit	23x/menit
	d) Suhu	36,5 C	36,4 C	36,5 C
5	Kepala dan rambut	Rambut berwarna hitam Tidak ada bekas luka dan tidak ada nyeri tekan	Rambut berwarna hitam Tidak ada bekas luka dan tidak ada nyeri tekan	Rambut berwarna hitam Tidak ada bekas luka dan tidak ada nyeri tekan
6	Mata	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada nyeri tekan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada nyeri tekan	Sklera tidak ikterus Konjungtiva tidak anemis Tidak ada nyeri tekan
7	Telinga	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka	Tidak ada serumen Tidak ada luka
8	Hidung	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan	Tidak ada sekret Tidak ada kelainan
9	Mulut	Letak	Letak	Letak

		proposional, keadaan bibir lembab, jumlah gigi tidak lengkap, warna lidah merah muda, fungsi pengecapan baik.	proposional, keadaan bibir lembab, jumlah gigi lengkap, warna lidah merah muda, fungsi pengecapan baik.	proposional, keadaan bibir lembab, jumlah gigi tidak lengkap, warna lidah merah muda, fungsi pengecapan baik.
10	Leher	Tidak ada kesulitan menelan Tidak ada pembesaran tiroid	Tidak ada kesulitan menelan Tidak ada pembesaran tiroid	Tidak ada kesulitan menelan Tidak ada pembesaran tiroid
11	Dada	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada suara nafas	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada suara nafas	Pergerakan dada simetris Suara nafas vesikuler Perkusi sonor Tidak ada suara nafas

		tambahan	tambahan	tambahan
12	Perut/abdomen	Tidak ada nyeri tekan Bising usus 7x/menit	Tidak ada nyeri tekan Bising usus 7x/menit	Tidak ada nyeri tekan Bising usus 8x/menit
13	Punggung	Tidak terdapat kelainan bentuk tulang	Tidak terdapat kelainan bentuk tulang	Tidak terdapat kelainan bentuk tulang
14	Ekstremitas	Tidak ada kelainan Pergerakan Bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan Bebas	Tidak ada kelainan Pergerakan Bebas
15	Kulit dan kuku	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang Turgor kulit baik Tidak ada lesi
16	Genetalia	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

4. Analisa data

Tabel 3.3

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">-Tn. K mengatakan belum mengetahui sepenuhnya mengenai penyakit TB paru yang diderita oleh Ny.R-Tn. K dan Ny. R mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala, pengobatan serta bagaimana merawat klien yang menderita TB paru. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">-Tn. K tampak bingung ketika ditanya mengenai TB paru-Keluarga Tn. K bertanya-tanya mengenai Penyakit	<p>Ketidaktahuan keluarga dalam mengenal masalah tuberkulosis paru.</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>

	TB paru dan pengobatannya.		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ny. R mengatakan membersihkan rumah satu kali sehari. -Ny. R mengatakan jika kamar tidur dan ruang tamu hanya memiliki satu jendela yang tidak bisa dibuka. -Ny. R mengatakan tidak mengetahui syarat-syarat rumah yang sehat. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat kandang ayam dan domba yang letaknya berdekatan dengan rumah. -keadaan rumah tampak kotor dan berantakan. -Pencahayaannya dan ventilasi rumah kurang. -Keluarga Tn. K tampak bingung ketika ditanya tentang rumah sehat. 	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan</p>	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p>

a. Skoring

1)Skoring defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam mengenal masalah tuberkulosis paru.

Tabel 3.4

Skoring Defisit Pengetahuan

No	Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembahasan
1	Sifat masalah : Ancaman kesehatan	2/3x1	2/3	Anacaman kesehatan yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat untuk menghindari bahaya lebih lanjut.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : Mudah	2/2x1	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 dicegah : Tinggi	3/3x1	1	Potensial masalah dapat dicegah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang konsep penyakit TB paru.
4	Menonjolnya masalah : Berat	2/2x1	1	Masalah berat perlu ditangani dan keluarga menyadari harus segera menangani masalah tersebut.
		Jumlah	4 2/3	

2) Skoring manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah.

Tabel 3.5

No	Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
1	Sifat masalah : Ancaman kesehatan	2/3x1	2/3	Masalah merupakan ancaman kesehatan dan memerlukan tindakan yang tepat untuk mengatasinya.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Sebagian	1/1x1	1	Keluarga sudah dapat mengubah namun beberapa kendala lahan dan ekonomi yang tidak memungkinkan sehingga belum bisa dilakukan.
3	Potensial masalah untuk dicegah: Cukup	2/3x1	2/3	Masalah dapat dicegah dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang syarat-syarat rumah sehat.
4	Menonjolnya masalah : Masalah berat harus segera ditangani	2/2x1	1	Adanya masalah pada lingkungan rumah perlu diatangani segera.
Jumlah		3 1/3		

2. Diagnosa Keperawatan

- 1) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam mengenal masalah dibuktikan dengan

DS:

- a) Tn. K mengatakan belum mengetahui sepenuhnya mengenai penyakit TB paru yang diderita oleh Ny.R
- b) Tn. K dan Ny. R mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala, pengobatan serta bagaimana merawat klien yang menderita TB paru.

DO:

- a) Tn. K tampak bingung ketika ditanya mengenai TB paru.
- b) Keluarga Tn. K bertanya-tanya mengenai Penyakit TB paru dan pengobatannya.

- 2) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dibuktikan dengan

DS:

- a) Ny. R mengatakan membersihkan rumah satu kali sehari.
- b) Ny. R mengatakan jika kamar tidur dan ruang tamu hanya memiliki satu jendela yang tidak bisa dibuka.
- c) Ny. R mengatakan tidak mengetahui syarat-syarat rumah yang sehat.

DO:

- a) Terdapat kandang ayam dan domba yang letaknya berdekatan dengan rumah.
- b) keadaan rumah tampak kotor dan berantakan.
- c) Pencahayaan dan ventilasi rumah kurang.
- d) Keluarga Tn. K tampak bingung ketika ditanya tentang rumah sehat.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Tujuan		Intervensi	Rasional
		Jangka panjang	Jangka Pendek		
1.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah	Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x kunjungan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai	Setelah dilakukan kunjungan selama 1x30 menit keluarga mampu mengetahui : 1.Pengertian TB Paru	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan keluarga menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang TB Paru	1. Untuk mengetahui apakah klien dan keliuarga mau menerima dan siap untuk menerima informasi yang akan didapatkan

		<p>anjuan</p> <p>meningkat</p> <p>2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan TB Paru meningkat</p>	<p>2.Penyebab TB Paru</p> <p>3.Tanda dan gejala TB P aru</p> <p>4.Penanganan TB Paru</p>	<p>4. Berikan kesempatan untuk klien dan keluarga bertanya</p> <p>5. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan klien</p>	<p>2. Memudahkan dalam mendapatkan informasi mengenai kesehatan</p> <p>3. Untuk memudahkan klien dan keluarga tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>4. Memberikan kesempatan bila ada yang tidak dimengerti dapat dianyakan dalam artian memberikan waktu untuk diskusi</p>
--	--	--	--	---	--

					5. Menjelaskan masalah kesehatan yang terjadi menggunakan bahasa yang sederhana
2.	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah	Setelah dilakukan 3x kunjungan rumah diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan masalah	Setelah dilakukan kunjungan selama 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	1. Membantu mengetahui sejauh mana keluarga bisa memodifikais lingkungan rumah 2. Dengan mengetahui pentingnya memiliki rumah yang sehat, keluarga bisa

		<p>kesehatan yang dialami meningkat</p> <p>2. Aktivitas keluarga mengenai masalah kesehatan tepat meningkat</p> <p>3. Partisipasi dalam program kesehatan meningkat</p>		<p>proses modifikasi lingkungan</p>	<p>termotivasi untuk melakukannya</p> <p>3. Membantu keluarga dalam melakukan modifikasi lingkungan rumah</p> <p>4. Memudahkan keluarga dalam mengefektifkan kegiatan modifikais lingkungan rumah.</p>
--	--	---	--	-------------------------------------	--

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7

Implementasi Keperawatan

Waktu	No.Dx	Implementasi	Hasil	Paraf
Rabu, 01 Desember 2021 Pukul 09.00	I	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan keluarga menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang TB Paru 4. Memberikan kesempatan untuk klien dan keluarga bertanya 5. Menjelaskan faktor resiko yang	1. menanyakan kepada keluarga apakah sudah siap untuk mendapatkan pendidikan kesehatan keluarga tentang Tuberkulosis Paru 2. Penulis menyediakan materi dan media leaflet untuk melangsungkan pendidikan kesehatan. 3. Keluarga Tn. K tampak	Nurul Kh

		dapat mempengaruhi kesehatan klien	memperhatikan dengan baik saat diberi penyuluhan. 4. Keluarga menanyakan bagaimana pentingnya pengobatan yang penuh bagi penderita TB Paru 5. keluarga mampu menjelaskan faktor resiko dari penyakit Ny. R	
Kamis, 04 Desember 2021 pukul 10.00	II	1. Mengidentifikasi perilaku kesehatan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah 2. Menjelaskan pentingnya memiliki rumah yang sehat. 3. Mengajarkan keluarga mengenai	1. Menanyakan kepada keluarga bagaimana cara memodifikasi lingkungan rumah. 2. Keluarga Tn. K menyadari pentingnya memiliki rumah yang sehat.	Nurul Kh

		<p>rumah sehat</p> <p>4. Melibatkan keluarga dalam proses modifikasi lingkungan</p>	<p>3. penulis memberikan edukasi mengenai syarat-syarat rumah sehat.</p> <p>4. Keluarga TN. K mampu bekerja sama dalam memodifikasi lingkungan rumah</p>	
--	--	---	--	--

4. Evaluasi Keperawatan

No. Dx	Waktu	Evaluasi	Paraf
I	Rabu, 01 Desember 2021 Pukul 10.00	<p>S:</p> <p>Keluarga mengatakan cukup mengerti mengenai pengertian, penyebab dan tanda gejala, serta penanganan Tuberkulosis Paru.</p> <p>O:</p> <p>-Keluarga tampak memperhatikan saat diberi penyuluhan</p> <p>-Keluarga Tn.K mengerti dan dapat menjawab pertanyaan evaluasi yang diberikan</p> <p>-Keluarga dapat menjelaskan kembali secara sederhana mengenai pendidikan kesehatan yang diberikan</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Nurul Kh

II	Kamis, 02 Desember 2021 Pukul 11.00	<p>S:</p> <p>-Keluarga Tn. K mengatakan telah mengerti syarat-syarat rumah sehat</p> <p>-Tn. K mengatakan akan memodifikasi lingkungan sekitar rumah secara bertahap</p> <p>O:</p> <p>-Ny. R dan Keluarga telah mengerti syarat-syarat rumah sehat dan telah memodifikasi rumah secara bertahap.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Nurul Kh
----	---	---	----------

B. Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien Ny. R dengan tuberkulosis paru di Kp. Nangkaleah rt 03 rw 01 desa Margaluyu Kecamatan Leles yang dilaksanakan pada tanggal 30 november 2021 sampai tanggal 04 desember 2021, penulis dapat menyimpulkan proses keperawatan secara utuh yang meliputi :

1) Tahap pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis tidak mengalami kesulitan yang berarti. Pada saat mengkaji, klien dengan tuberkulosis paru tidak memiliki keluhan yang cukup khas bagi penderita paru pada biasanya. Klien sudah tidak merasakan batuk berdahak selama lebih dari satu minggu, nyeri dada dan sesak.

2) Tahap diagnosa keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis dapat melakukan perumusan masalah sehingga didapatkan 2 diagnosa keperawatan yaitu

- a) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam mengenal masalah
- b) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

3) Tahap perencanaan

Pada tahap perencanaan, penulis menemukan kesulitan. Hal ini dikarenakan diagnosa keperawatan yang ada pada teori tidak muncul pada kasus tersebut, sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada

teori tidak semuanya bisa dilakukan di lapangan. Oleh karena itu penulis merumuskan perencanaan dengan disesuaikan pada kasus di lapangan dengan menggunakan pendekatan standar PPNI.

4) Tahap implementasi

Pada tahap ini, secara keseluruhan dari tahap perencanaan telah dilaksanakan oleh penulis kepada klien sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Adapun kegiatan yang dilakukan penulis selama 3 hari pada klien adalah sebagai berikut :

- a. Hari pertama penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan pada diagnosa I.
- b. Hari kedua penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan pada diagnosa II
- c. Hari ketiga penulis melanjutkan tindakan keperawatan yang dibutuhkan dan melihat kondisi klien serta melaksanakan perencanaan yang belum tercapai sebelumnya.

Pada tahap pelaksanaan penulis mendapatkan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi :

a. Faktor pendukung

Klien dan keluarga dapat bekerja sama dalam setiap tindakan keperawatan yang dilakukan penulis sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang diberikan untuk klien.

b. Faktor penghambat

Pada saat melakukan tindakan keperawatan, penulis menemukan sedikit hambatan yaitu tidak semua anggota keluarga hadir dikarenakan kesibukan. Selain itu juga, terdapat kekuarangan perekonomian pada keluarga Tn. K yang menyebabkan belum tercapai secara maksimal beberapa intervensi yang direncanakan.

1) Tahap evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai kemajuan kondisi klien, yang menentukan keberhasilan rencana keperawatan dalam membuat, memecahkan masalah yang ada pada keluarga berdasarkan tujuan yang dibuat. Masalah-masalah yang muncul pada keluarga Tn. K dengan tuberkulosis paru pada Ny. R dapat teratasi sebagian, berkat adanya kerjasama antara keluarga dan tim kesehatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan "ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. K DENGAN TUBERKULOSIS PARU PADA NY. R DI KAMPUNG NANGKALEAH RT 03 RW 01 DESA MARGALUYU KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT", maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kampung Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut, sehingga didapatkan hasil berikut: Keluarga Tn. K mengatakan tidak mengetahui mengenai pengertian, tanda dan gejala, komplikasi dan cara penanganan Tuberkulosis Paru pada Ny. R. Selain itu juga dari hasil pengkajian didapatkan keluarga Tn. K kurang efektif dalam memelihara kesehatan rumah dan memodifikasi lingkungan.
2. Penulis mampu menentukan diagnosa masalah pada keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kampung Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut, ternyata selain timbul dari penyakit, masalah juga timbul dari ketidaktahuan keluarga Tn. K mengenai TB Paru dan manajemen kesehatan keluarga kurang efektif dalam memelihara kesehatan dan memodifikasi lingkungan rumah.

3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kampung Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut, diantaranya adalah dengan melakukan penyuluhan, demonstrasi, pendidikan kesehatan, motivasi serta anjuran.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kampung Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut, 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 mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan pada keluarga Tn. K dengan Tuberkulosis Paru pada Ny. R di Kampung Nangkaleah RT 03 RW 01 Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut, yang telah dilakukan.

B. Saran

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

1. 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

- Chomaeroh. 2020. *Program Pencegahan dan Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: HIGEIA.
- Departemen Kesehatan RI. 2014.
- Dinas Kesehatan Garut. 2021.
- Hetti. 2018. *Pernapasan pada Manusia dan Hubungannya dengan Kesehatan*. Bandung: PT Putri Delco.
- Kementrian Kesehatan RI. 2020.
- Kementrian Kesehatan RI. 2017. *Tuberkulosis Temukan Obat Sampai Sembuh*. Jakarta: Kemenkes Republik Indonesia.
- Murniasih, Erni. 2010. *Mengenal Tuberkulosis*. Jakarta: Trias Yoga Kreasindo.
- Nadirawati. 2018. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga (Teori dan Aplikasi Praktik)*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Putri, W. 2017. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ratnasari, Devi. 2017. *Patofisiologi Keperawatan*. Bandung: Manggu Makmur Tanjung Lestari.
- Ratnawati, Emmelia. 2020. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.
- (RISKESDAS), R. K. 2018.
- Sonhaji, Aang. 2013. *Mengenal Sistem Pernapasan*. Bandung: CV. Wahana Iptek Bandung.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

SYARAT RUMAH SEHAT



Disusun Oleh :

Nama : Nurul Khoirin Nisa

NIM : KHGA19118

Kelas : 3C – DIII Keperawatan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2021

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Syarat Rumah Sehat

Sasaran : Keluarga Tn. K

Hari / tanggal : Kamis , 05 Desember 2021

Pukul : 10.30

Waktu : 20 menit

Tempat : Di Rumah Keluarga Tn. K

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1 x 20 menit diharapkan klien dan keluarga mampu memahami tentang Rumah Sehat.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah dilakukan tindakan keperawatan / pendidikan kesehatan selama 1 x 20 menit Ny. R dan keluarga mampu:

1. Memahami Syarat Rumah Sehat

C. MATERI

1. Pengertian Rumah Sehat
2. Syarat Rumah Sehat

D. Metode

Penyuluhan

E. Media

Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	5 Menit	Pembukaan: a.Mengucapkan salam dan	Menjawab salam , mendengarkan dan

		<p>memperkenalkan diri</p> <p>b.Menjelaskan topik dan tujuan penyuluhan</p> <p>c.Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan di sampaikan</p>	memperhatikan
2	10 Menit	<p>Pelaksanaan</p> <p>a. kegiatan penyuluhan secara berurutan dan teratur.</p> <p>b. Memberi kesempatan pada Klien untuk bertanya</p> <p>c. Menjawab Pertanyaan</p>	<p>Mendengarkan.</p> <p>Memperhatikan dan bertanya</p>
3	5 Menit	<p>Penutup :</p> <p>a. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan</p> <p>b. Melakukan Evaluasi</p> <p>c. Menutup Penyuluhan</p> <p>d. Memberikan salam</p>	<p>Mendengarkan,</p> <p>memperhatikan,</p> <p>Menjawab salam</p>

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- 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 kooperatif dan aktif berpartisipasi selama proses penyuluhan

3. Evaluasi Hasil

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

H. Daftar Pustaka

Arsyad dan Bongkareng. Upaya-upaya Penyehatan Rumah (Rumah Sehat). Heru Subaris Kasjono (ed.). Yogyakarta. Gosyen Publishing

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian

Menurut WHO rumah sehat adalah keadaan fisik, mental dan sosial yang baik sempurna serta tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Sehingga yang dimaksud rumah sehat adalah rumah yang mendukung penghuninya untuk dapat hidup sehat.

B. Syarat-syarat Rumah Sehat:

1. Tersedia air bersih, ada penampungan air bekas, ada tempat sampah, ada jamban, ada saluran pembuangan air hujan. Air bersih adalah air yang jernih, tidak berbau, tidak berwarna/berasa, dan bebas dari jentik nyamuk.
2. Adanya tempat sampah. Sampah dapat menjadi sarang lalat, Tikus, nyamuk, lipas atau kecoa yang dapat menyebarkan bibit penyakit, Anak-anak yang bermain didekat tempat sampah bisa mengakibatkan gatal-gatal, kudis, koreng ataupun kurap

3. Adanya saluran atau penampungan air hujan akan menghindari genangan air yang dapat menyebabkan adanya jentik nyamuk.
4. Mempunyai halaman rumah dan harus selalu bersih. Halaman rumah bisa dimanfaatkan untuk ditanami pohon yang menghasilkan buah, tanaman hias, sayuran dan lain sebagainya. Kebersihan rumah dan halaman akan menghindari penyakit.
5. Ventilasi yang cukup. Hal ini untuk menyediakan udara yang cukup dalam rumah dan untuk menghindari penularan penyakit antar anggota keluarga, misalnya, sakit batuk, batuk pilek, flu, sakit mata, TBC paru, sakit kulit, dll.
6. Kandang ternak terpisah paling tidak 10 meter jaraknya dari rumah. Karena , dikandang sering banyak lalat dan nyamuk. Lalat dan nyamuk dapat menularkan penyakit. Selain itu, kotoran ternak berbau, dan merusak pandangan, serta jadi sumber penyakit tetanus.
7. Dinding dan lantai harus kering, tidak lembab. Hal ini untuk menghindari tumbuhnya jamur, dan kuman penyakit lainnya.
8. Kamar-kamar harus berjendela. Ada lubang angin, dan sinar matahari dapat masuk ruangan rumah.
 - a) Agar udara kotor dalam kamar dapat berganti dengan udara bersih dari luar rumah.
 - b) Agar sinar matahari dapat masuk ke dalam kamar dan dapat membunuh kuman penyakit.
 - c) Agar kamar tidak lembab, basah, pengap, dan berbau tidak sedap.
 - d) Agar ruangan menjadi terang sehingga mudah dibersihkan.
9. Tidak terdapat jentik-jentik nyamuk, kecoa dan tikus. Nyamuk dapat menyebabkan berbagai penyakit, sedangkan kecoa dan tikus juga dapat menjadi vektor penyebaran penyakit.
10. Rumah sehat juga berarti aman dari hal-hal yang dapat menimbulkan kecelakaan seperti robohnya rumah, kebakaran, jatuhnya anggota keluarga ke dalam sumur, dan lain sebagainya

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

TB PARU



Disusun Oleh :

Nama : Nurul Khoirin Nisa

NIM : KHGA19118

Kelas : 3C – DIII Keperawatan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2021

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : TB Paru

Sasaran : Keluarga Tn. K

Hari / tanggal : Kamis , 01 Desember 2021

Pukul : 10.30

Waktu : 20 menit

Tempat : Di Rumah Keluarga Tn. K

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1 x 20 menit diharapkan Keluarga dapat memahami tentang penyakit TB paru dan merawat anggota keluarga yang sakit dalam hal perawatan pasien TB Paru pada Ny. R untuk mencegah terjadinya penularan dan komplikasi lebih lanjut.

J. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah dilakukan tindakan keperawatan / pendidikan kesehatan selama 1 x 20 menit Ny. R dan keluarga mampu:

1. Mengetahui pengertian TB Paru
2. Mengetahui penyebab TB Paru
3. Mengetahui tanda dan gejala TB Paru
4. Mengetahui akibat TB Paru bila tidak rutin meminum obat
5. Mengetahui cara pengeluaran dahak

K. MATERI

3. Pengertian TB Paru
4. Penyebab TB Paru
5. Tanda dan gejala TB Paru
6. Akibat TB Paru bila tidak rutin meminum obat

7. Cara pengeluaran dahak

L. Metode

Penyuluhan

M. Media

Leaflet

N. 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 bahasan yang akan di sampaikan	Menjawab salam , mendengarkan dan memperhatikan
2	10 Menit	Pelaksanaan d. kegiatan penyuluhan secara berurutan dan teratur. Materi: 1. Pengertian TB Paru 2. Penyebab TB Paru 3. Tanda dan gejala TB Paru 4. Akibat TB Paru bila tidak rutin meminum obat 5. Cara pengeluaran dahak e. Memberi kesempatan pada Klien untuk bertanya f. Menjawab Pertanyaan	Mendengarkan. Memperhatikan dan bertanya
3	5 Menit	Penutup : a. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan	Mendengarkan, memperhatikan, Menjawab salam

		b. Melakukan Evaluasi c. Menutup Penyuluhan d. Memberikan salam	
--	--	---	--

O. EVALUASI

4. Evaluasi Struktur

- e. Menyiapkan SAP
- f. Menyiapkan Media
- g. Menyediakan Tempat
- h. Kontrak Waktu dengan sasaran

5. Evaluasi Proses

- c. Kegiatan penyuluhan dilakukan sesuai jadwal yang telah direncanakan
- d. Peserta penyuluhan kooperatif dan aktif berpartisipasi selama proses penyuluhan

6. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mampu menyebutkan Pengertian TB Paru
- b. Peserta mampu menyebutkan Penyebab TB paru
- c. Peserta mampu menyebutkan Tanda dan gejala TB paru
- d. Peserta mampu menyebutkan akibat TB Paru bila tidak rutin meminum obat
- e. Peserta mampu menyebutkan Cara pengeluaran dahak

P. Sumber

Hasan, H. Tuberkulosis Paru. Buku Ajar Penyakit Paru. Surabaya: Departemen Ilmu Penyakit Paru Universitas Airlangga; 2010.

Isbaniyah, et al. Tuberkulosis. Dalam: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.

Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia. Jakarta: PDPI; 2011.

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian

Tuberkolusis paru adalah penyakit akibat infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang bersifat sistemik sehingga dapat mengenai hampir semua organ tubuh, dengan lokasi terbanyak di paru yang biasanya merupakan lokasi infeksi primer (Tanto C & Hanifati S, 2014)

Tuberculosis merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, pada umumnya menyerang jaringan parenkim organ paru. Tuberculosis merupakan penyakit kronis dengan fase kekambuhan-penyembuhan berulang. Respons imun seluler berperan utama pada pathogenesis TB, berupa reaksi Delayed type Hipersensitivity (DTH) patologis yang menimbulkan suatu perkembangan lambat dari lesi granulomatous dengan akibat kerusakan jaringan yang luas (Mertaniasih ND, Koendhori EB, & Kusumaningrum D, 2013) bebas dari tuberkulosis, nol kematian, penyakit, dan penderitaan yang disebabkan oleh TBC. (Infodatin, 2018). .

B. Tanda dan Gejala

1. Batuk berdahak lebih dari 3 minggu
2. Demam secara terbuka
3. Nafsu makan menurun, BB turun.
4. Keluar keringat malam hari tanpa aktivitas
5. Nyeri dada dan sesak nafas
6. Kadang batuk berdahak bercampur darah

Tidak semua penderita TB paru punya semua gejala diatas, kadang-kadang hanya satu atau 2 gejala saja. Berat ringannya masing-masing gejala juga sangat bervariasi. Gejala-gejala tersebut diatas di jumpai pula pada penyakit paru selain TB paru. Oleh karena itu setiap orang yang datang ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) dengan gejala tersebut diatas, harus di anggap "suspek tuberculosis" atau tersangka penderita TB paru dan perlu

dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung

C. Cara Penularan TB Paru

1. Melalui dahak penderita yang mengandung TBC
2. Melalui udara, bila penderita batuk atau bersin, kuman yang ada di dalam paru akan menyebar ke udara
3. Bekas alat makan dan minum penderita

D. Akibat TB Paru Bila tidak rutin minum obat

1. Batuk berdarah
2. Kerusakan Paru
3. Kebocoran paru
4. Kerja jantung menurun
5. Kematian

E. Cara Mengeluarkan Dahak :

1. Minum teh 1 gelas sebelum tidur
2. Melakukan olah raga ringan
3. Minum tablet gliseril guayakolat
4. Berjemur di bawah sinar matahari
5. Duduk dalam posisi condong ke depan, tarik nafas dalam-dalam kemudian dibatukkan.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nurul Khoirin Nisa

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 11 Desember 2001

Agama : Islam

Alamat : Kp. Pasir Limus RT 06 RW 03 Desa Dawungsari
Kecamatan Cilawu Kabupaten Garut

Email : nurulkhoirs1112@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 3 Dawungsari (2007-2013)
2. SMP Negeri 1 Cilawu (2013-2016)
3. SMA Negeri 19 Garut (2016-2019)
4. STIKes Karsa Husada Garut (2019-2022)