**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit tertua yang diketahui menyerang manusia dan menjadi penyebab utama kematian di seluruh dunia. Penyakit ini menular melalui udara yang mengandung kuman mycobacterium tuberculosis yang dikeluarkan saat penderita batuk, bersin, maupun berbicara. Penyakit ini memerlukan pengobatan yang lama yaitu 6 bulan (Naga, Sholeh S, 2014). Dukungan keluarga sangat penting untuk penyembuhan penyakit ini, keluarga perlu memberikan dukungan dan menjadi pengawas minum obat (PMO) untuk anggota keluarganya yang menderitan TB paru. Perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB paru dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki tentang TB paru. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang tinggi maka akan sadar terhadap perilaku sehat dan pengobatan terhadap penyakit TB paru yang dideritanya (Wahyudi dalam Herawati, 2015). Tugas keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang menderita sakit TB paru masih kurang, salah satunya yang tampak yaitu, keluarga tidak pernah mengingatkan anggota keluarganya menutup mulut saat batuk dan kurang dalam menyediakan makanan yang bergizi, serta kurang perhatian terhadap penyakit yang diderita anggota keluarganya. (Herawati, 2015)

World Health Organization (WHO) menetapkan jumlah penderita TB paru di dunia diperkirakan bahwa 9,4 juta (kisaran 8,9-9,9 juta) kasus baru Tuberculosis terjadi di seluruh dunia pada tahun 2009 (Loscalzo, 2016). Tak hanya itu di Indonesia berdasarkan data Riskesdas (2018), prevalensi penduduk Indonesia yang didiagnosis Tuberculosis Paru oleh tenaga kesehatan ditemukan jumlah kasus Tuberculosis sebanyak 321 per 100.000 penduduk.

Ketidakmampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang menderita TB paru dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kurangnya informasi mengenai konsep penyakit TB paru, cara pengobatan TB paru, cara perawatan TB paru, dan pencegahan penularan TB paru yang dapat berdampak pada prilaku kesehatan keluarga, meningkatkan resiko penularan dan kambuhnya penyakit, bahkan menimbulkan kematian. Dari beberapa faktor di atas seringkali muncul masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, sehingga sangat perlu diberikan dukungan pengasuhan (caregiver), peningkatan keterlibatan keluarga, dan mobilisasi keluarga (Marwansyah, 2015). Pemberian pendidikan kesehatan sangat penting diberikan untuk pasien dan anggota keluarganya seperti dukungan pengasuhan (caregiver), memberikan informasi pada caregiver mengenai dukungan pelayanan kesehatan pada pasien TB, dukungan pengambilan keputusan seperti menginformasikan kepada pasien mengenai solusi dengan cara yang jelas dan mendukung mengenai TB, dan peningkatan keterlibatan keluarga seperti menginformasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien dan anggota keluarga.

Menurut WHO yang menyebutkan bahwa untuk merubah perilaku diperlukan strategi diantaranya adalah melalui cara pemberian pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan penularan penyakit, dan cara mencapai hidup sehat untuk mencapai hal tersebut tugas keluarga di bidang kesehatan sangat diperlukan antara lain adalah mengenal masalah kesehatan keluarga, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan, dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik. Permasalahan kesehatan akan teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga. (Pohan dalam Marwansyah, 2015). Selanjutnya dengan bekal pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan pada akhirnya akan menyebabkan anggota keluarga memiliki perilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran dan bukan paksaan (Notoatmodjo dalam Marwansyah, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis mengambil judul kasus: **”Asuhan Keperawatan Tn. T pada Keluarga Tn. T Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Langkat Tahun 2019”.**

* 1. **Tujuan Penulisan**
     1. **Tujuan Umum**

Mendapat gambaran, pemahaman dan pengalaman langsung dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Keluarga Tn. T dengan TB Paru.

* + 1. **Tujuan Khusus**

a. Mampu melakukan pengkajian pada Keluarga Tn. T dengan TB Paru

b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Keluarga Tn. T dengan TB Paru

c. Mampu membuat intervensi keperawatan pada Keluarga Tn. T dengan TB Paru

d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Keluarga Tn. T dengan TB Paru

e. Mampu menggambarkan hasil evaluasi keperawatan pada Keluarga Tn. T dengan TB Paru

* 1. **Metode Penulisan**

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

* + 1. **Studi Kepustakaan**

Mempelajari buku-buku dan majalah-majalah kesehatan yang bersifat ilmiah dan berkaitan dengan judul karya tulis.

* + 1. **Wawancara**

Mengadakan wawancara langsung pada Tn. T dan keluarga yang berkaitan dengan kasus.

* + 1. **Observasi**

Melakukan pengamatan secara langsung Tn. T dengan TB Paru.

* + 1. **Studi Dokumentasi**

Pengumpulan data melalui catatan atau arsip di Puskesmas Tanjung Langkat yang berhubungan dengan kesehatan klien yang diperoleh melalui petugas kesehatan.

* 1. **Ruang Lingkup Penulisan**

Melihat luasnya masalah tersebut maka dalam melaksanakan askep ini, penulis mengangkat kasus ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn. T pada Keluarga Tn. T dengan Gangguan Sistem Pernapasan: TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Langkat Tahun 2019”.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 5 bab, yaitu:

BAB I : Pendahuluan yang meliputi; latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis yang meliputi; Konsep dasar: pengertian, etiologi, anatomi dan fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penilaian tingkat keparahan, evaluasi diagnostik, penatalaksanaan, dan Asuhan keperawatan yang terdiri dari: pengkajian, diagnosa keperawatan, dan intervensi keperawatan.

BAB III : Tinjauan kasus yang terdiri dari; pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB IV : Pembahasan yakni membahas kesenjangan antara teori dan kasus yang dimulai dari; pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB V : Kesimpulan dan Saran

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

**2.1. Konsep Dasar TB Paru**

**2.1.1. Defenisi**

Tuberculosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan oksigen yang tinggi. Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis. Suatu bakteri aerob tahan asam yang menginfeksi melalui udara dengan cara inhalasi partikel kecil (diameter 1-5 mm) yang mencapai alveolus, droplet tersebut keluar saat berbicara, batuk, bersin dan tertawa (Yasmara, Deni, 2017).

**2.1.2. Etiologi**

M. Tuberculosis berbentuk batang berwarna merah dengan ukuran panjang 1-10 mikron, dan lebar 0,2-0,6 mikron. Kuman mempunyai sifat tahan asam terhadap pewarnaan metode Ziehl Neelsen. Memerlukan media khusus untuk biakan contoh media Lowenstein Jensen dan media ogawa. Tahan terhadap suhu rendah dan dapat mempertahankan hidup dalam jangka waktu lama bersifat dormant (tidur dan tidak berkembang) pada suhu 40C-700C. Kuman bersifat sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Jika terpapar langsung dengan sinar ultra violet sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit. Kuman dalam dahak pada suhu antara 30-700C akan mati dalam waktu kurang lebih 1 minggu (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Agen infeksius utama, M. Tuberculosis adalah batang aerobic tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar matahari. M. Bovis dan M. Avium adalah kejadian yang jarang yang berkaitan dengan terjadinya infeksi tuberculosis (Wijaya & Putri, 2013).

**2.1.3. Patofisiologi**

Banyaknya kuman dalam paru-paru penderita menjadi satu indikasi tercepat penularan penyakit tuberculosis ini kepada seseorang. Penyebaran kuman tuberculosis ini terjadi di udara melalui dahak yang berupa droplet. Bagi penderita tuberculosis paru yang memiliki banyak sekali kuman, dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada pemeriksaan dahaknya. Hal ini tentunya sangat menular dan berbahaya bagi lingkungan penderita.

Pada saat penderita batuk atau bersin, kuman Tuberculosis paru dan BTA positif yang berbentuk droplet/tetesan yang sangat kecil ini akan beterbangan di udara. Droplet yang sangat kecil ini kemudian mengering dengan cepat dan menjadi droplet yang mengandung kuman tuberculosis. Kuman ini dapat bertahan di udara selama beberapa jam lamanya, sehingga cepat atau lambat droplet yang mengandung unsur kuman tuberculosis akan terhirup oleh orang lain. Apabila droplet ini telah terhirup dan bersarang di dalam paru-paru seseorang, maka kuman ini akan mulai membelah diri atau berkembang biak. Dari sinilah akan terjadi infeksi dari satu penderita ke calon penderita lain. (Naga, Sholeh S, 2014)

**2.1.4. Manifestasi Klinis**

a. Gejala Respiratorik

1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini. Batuk terjadi karena adanya iritasi karena bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum) ini terjadi lebih dari 3 minggu. Keadaan yang lanjut adalah darah (Hemoptoe) karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

2) Batuk Darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak, berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

3) Sesak Nafas

Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dll.

4) Nyeri Dada

Nyeri dada pada Tuberculosis paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

b. Gejala Sistemik

1) Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadang-kadang panas bahkan dapat mencapai 40-41ºC. Keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

2) Gejala Sistemik lain

Gejala sistemik lain adalah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise (gejala malaise sering ditemukan berupa: tidak ada nafsu makan, sakit kepala, meriang, nyeri otot dll) (Wahid, 2013).

**2.1.5. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan TB Paru menurut Amalia (2017) meliputi:

a. Penatalaksanaan farmakologi

1) Berikan obat Isoniazid (INH), diberikan per oral dengan dosis 300 mg per hari atau 900 mg satu, dua, atau tiga kali per minggu

2) Berikan Rifampicin (RMP) diberikan per oral dengan dosis 600 mg per hari atau dua atau tiga kali per minggu

3) Berikan Pirazinamid (PZA) diberikan per oral dengan dosis 1 g hingga 2 g per hari; atau 2 g hingga 4 g dua kali per minggu

4) Berikan Etambutol (EMB) diberikan per oral dengan dosis 800 mg hingga 1600 mg per hari; atau 2 g hingga 4 g dua kali per minggu

5) Berikan Streptomisin (SM) diberikan melalui Intramuscular; 15 mg/kg, hingga 1 g per hari; atau 25 hingga 30 mg/kg dua kali per minggu

6) Katagori pengobatan TB Paru

Untuk program nasional pemberantasan TB Paru, WHO menganjurkan panduan pengobatan sesuai dengan kategori penyakit. Kategori diurutkan berdasarkan kebutuhan pengobatan dalam program. Untuk itu, penderita dibagi dalam empat katagori sebagai berikut:

a) Katagori I

Katagori I adalah kasus baru dengan sputum positif dan penderita dengan keadaan yang berat seperti meningitis, TB milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis masif dan bilateral, spondialitis dengan gangguan neurologis dan penderita dengan sputum negatif tetapi kelainan parunya luas, TB asus, TB saluran perkemihan dan sebagainya.

Dimulai dengan fase 2 HRZS (E) obat diberikan setiap hari selama dua bulan. Bila selama dua bulan sputum menjadi negatif, maka dimulai fase lanjutan. Bila setelah dua bulan sputum masih tetap positif, maka fase intensif diperpanjang 2-4 minggu lagi (dalam program P2TB Depkes diberikan satu bulan dan dikenal sebagai obat sisipan). Kemudian dilanjutkan dengan fase lanjutan tanpa melihat apakah sputum sudah negatif atau belum. Fase lanjutannya adalah 4 HR atau 4H3R3. Pada penderita meningitis, TB milier, spondiolitis dengan kelainan neurologis, fase lanjutan diberikan lebih lama, yaitu 6-7 bulan hingga total pengobatan 8-9 bulan. Sebagai panduan alternatif pada fase lanjutan ialah 6HE.

b) Katagori II

Fase ke II adalah kasus kambuh atau gagal dengan sputum tetap positif. Fase intensif dalam bentuk 2 HRZES-1 HRZE. Bila setelah fase intensif sputum menjadi negatif, baru diteruskan ke fase lanjutan. Bila setelah tiga bulan sputum masih tetap positif, maka fase intensif diperpanjang satu bulan lagi dengan HRZE (juga dikenal sebagai obat sisipan). Bila setelah 4 bulan sputum masih tetap positif, maka pengobatan dihentikan 2-3 hari. Kemudian periksa biakan dan uji resistensi lalu pengobatan diteruskan dengan fase lanjutan .

Bila penderita mempunyai data resisten sebelumnya dan ternyata bakteri masih sensitif terhadap semua obat dan setelah fase intensif sputum menjadi negatif maka fase lanjutan dapat diubah seperti katagori I dengan pengawasan ketat. Bila data menunjukkan resistensi terhadap H atau R, maka fase lanjutan harus diawasi dengan ketat. Tetapi jika data menunjukkan resistensi terhadap H atau R, maka kemungkinan keberhasilan pengobatan kecil. Fase lanjutan 5 H3R3E3 bila dapat dilakukan pengawasan atau 5HRE bila tidak dapat dilakukan pengawasan. Selanjutnya diberikan injeksi Streptomisin1gr setiap hari.

c) Katagori III

Katagori III adalah kasus dengan sputum negatif tetapi kelainan parunya tidak luas dan kasus TB di luar paru selain yang disebut dalam katagori I. Pengobatan yang diberikan:

(1) 2 HRZ/6 HF

(2) 2HRZ/4 HR

(3) 2HRZ/4 H3R3

d) Katagori IV

Katagori IV adalah tuberkulosis kronis. Prioritas pengobatan rendah karena kemungkinan keberhasilan pengobatan kecil sekali. Untuk negara kurang mampu dari segi kesehatan masyarakat, dapat diberikan H saja seumur hidup. Untuk negara maju atau pengobatan secara individu (penderita mampu), dapat dicoba pemberian obat berdasarkan uji resisten atau obat lapis kedua seperti Quinolon, Ethioamide, Sikloserin, Amikasin, Kanamisin, dan sebagainya.

Tabel 2.1 Panduan Pemberian Obat Anti-Tuberculosis (OAT)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Obat anti-TB Esensial | Aksi | Potensi | Rekomendasi dosis (mg/kgBB) | | |
| Per hari | Per minggu | |
|  | 3x | 2x |
| Isoniazid (INH) | Bakterisidal | Tinggi | 5 | 10 | 15 |
| Rifampisin (R) | Bakterisidal | Tinggi | 10 | 10 | 10 |
| Pirazinamid (Z) | Bakterisidal | Rendah | 25 | 35 | 50 |
| Streptomisin (S) | Bakterisidal | Rendah | 15 | 15 | 15 |
| Ethambutol (E) | Bakteriostatik | Rendah | 15 | 30 | 45 |

b. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

1) Dukungan kepatuhan terhadap regimen terapi

a) Jelaskan bahwa Tuberculosis adalah penyakit menular dan bahwa meminum obat adalah cara paling efektif dalam mencegah transmisi

b) Jelaskan tentang medikasi, jadwal, dan efek samping; pantau efek samping obat anti-TB

c) Instruksikan tentang risiko resistensi obat jika regimen medikasi tidak dijalankan dengan ketat

d) Pantau tanda-tanda vital dengan saksama dan observasi lonjakan suhu atau perubahan status klinis pasien

2) Memberikan posisi semi fowler

3) Mengajarkan metode batuk efektif

4) Memberikan inhalasi tradisional dengan menghirup air mendidih yang telah ditetesi minyak penghangat, misalnya minyak kayu putih. Penguapan sederhana ini berfungsi untuk melonggarkan saluran napas

**2.1.6. Komplikasi TB Paru**

Komplikasi TB Paru menurut Wahid (2013) yaitu:

a. Hemomtisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah)

Yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas

b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial

1) Bronkiektasis (peleburan bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.

2) Pneumotorik (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.

3) Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.

c. Infusiensi kardio pulmoner

**2.1.7. Pencegahan Penularan**

Menurut Priyoto (2014), adapun cara untuk pencegahan TB Paru agar infeksi bakteri tidak menular kepada orang di sekitar yaitu:

1. Selama beberapa minggu menjalani pengobatan sebaiknya tidak tidur sekamar dengan orang lain meskipun keluarga sendiri sebagai usaha pencegahan TB Paru agar tidak menular.
2. Selalu menggunakan masker untuk menutup mulut, hal ini merupakan langkah pencegahan TB Paru secara efektif dan jangan membuang masker yang sudah tidak dipakai lagi pada tempat yang tepat dan aman dari kemungkinan terjadinya penularan TB Paru ke lingkungan sekitar.
3. Jangan meludah di sembarangan tempat.
4. Menghindari udara dingin dan selalu mengusahakan agar pancaran sinar matahari dan udara segar dapat masuk secukupnya ke ruangan tempat tidur. Usahakan selalu menjemur kasur, bantal dan tempat tidur terutama di pagi dan di tempat yang tepat.
5. Tidak melakukan kebiasaan sharing penggunaan barang atau alat. Semua barang yang digunakan penderita TB Paru harus terpisah dan tidak boleh digunakan oleh orang lain.
6. Mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak karbohidrat dan protein tinggi.

**2.1.8. Klasifikasi Tuberculosis**

a. Pembagian Secara Patologis :

1) Tuberculosis primer (childhood tuberculosis)

2) Tuberculosis post primer (adult tuberculosis)

b. Pembagian secara aktivitas radiologis tuberculosis paru (kock pulmonum) aktif, non aktif dan quiescent (bentuk aktif yang mulai menyembuh)

c. Pembagian Secara Radiologis (luas lesi)

1) Tuberculosis Minimal

Terdapat sebagian kecil infiltrat nonkavitas pada satu paru maupun dua paru, tetapi jumlahnya tidak melebihi satu lobus paru

2) Moderately Advanced Tuberculosis

Ada kavitas dengan diameter tidak lebih dari 4 cm. Jumlah infiltrat bayangan halus tidak lebih dari 1 bagian paru. Bila bayangan kasar tidak lebih dari sepertiga bagian 1 paru.

3) Far Advanced Tuberculosis

Terdapat infiltrat dan kavitas yang melebihi keadaan pada moderately advanced tuberculosis. Klasifikasi Tuberculosis paru dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologik, radiologik, dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menerapkan strategi terapi. Sesuai dengan program gerdurias P2TB klasifikasi Tuberculosis paru dibagi sebagai berikut:

d. Tuberculosis paru BTA positif dengan kriteria:

1) Dengan atau tanpa gejala klinik

2) BTA positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali dikosongkan biakan positif satu kali atau dikosongkan radiologik positif 1 kali.

3) Gambaran radiologik sesuai dengan tb paru

e. Tuberculosis paru BTA negatif dengan kriteria

1) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan tb paru aktif

2) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologik positif

f. Bekas Tuberculosis paru dengan kriteria:

1) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif.

2) Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru

3) Radiologik menunjukkan gambaran lesi tb inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah

4) Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung)

(Wahid, 2013)

**2.1.9. Pemeriksaan Diagnostik**

a. Laboratorium

1) Pemeriksaan Sputum

Untuk pemeriksaan sputum pengumpulan sampel dahak minimal 3 kali dengan rumus S-P-S yaitu Sewaktu-Pagi-Sewaktu dan dikumpulkan dalam waktu dua hari.

Sewaktu Hari ke-1: Dahak dikeluarkan saat berkunjung ke klinik, kemudian akan diberi pot dahak saat pulang untuk pagi hari berikutnya

Pagi hari ke-2: Mengumpulkan dahak pada pagi hari ke-2 segera setelah bangun tidur dan bawa ke lab

Sewaktu hati ke-3: Kumpulkan spesimen ke-3 di lab saat kembali ke lab di hari ke-2 dengan membawa dahak pagi

Mungkin saja pengambilan sampel dahak akan diulang jika: pemeriksaan mikroskopik diragukan atau pasien tidak melengkapi pengumpulan spesimen sputumnya dalam waktu 2 minggu dari pengumpulan sebelumnya. Sampel dahak juga akan ditolak jika tertampung bukan dahak melainkan cairan ludah atau nasal mukus.

Pembacaan hasil pemeriksaan sediaan dahak dilakukan dengan menggunakan skala IUATLD (International Union Againts Tuberculosis and Lung Diseses) sebagai berikut:

a) Tidak ditemukan BTA dalam 100lp disebut negatif, ditemukan 1-9 BTA dalam 100lp, ditulis jumlah kuman yang ditemukan.

b) Ditemukan 10-99 BTA dalam 100lp disebut + (1+)

c) Ditemukan 1-10 BTA 1lp, disebut ++ atau (2+) minimal dibaca 50lp.

d) Ditemukan >10 BTA dalam 1lp, disebut +++ atau (3+) minimal dibaca 20lp.

2) Test Tuberkulin/Mantoux test

Test tuberkulin merupakan pemeriksaan guna menunjukkan reaksi imunitas seluler yang timbul setelah 4-8 minggu penderita mengalami pertama dengan basil tuberculosis. Biasanya dipakai tes mantoux yakni menyuntikkan 0,1cc tuberculin P.P.D (Purifid Protein Derivative), intra cutan. Test tuberculin hanya mengatakan apakah seseorang individu sedang atau pernah mengalami M. Tuberculosis, M bovis, vaksin BCG dan Mycobacteria patogen lainnya.

Dasar tes tuberculin ini adalah reaksi alergi tipe lambat. Setelah 48-72 jam tuberculin disuntikkan, akan timbul reaksi berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrat limfosit yakni reaksi persenyawaan antara antibodi seluler dan antigen tuberculin. Banyak sedikitnya reaksi persenyawaan antibodi seluler dan antigen tuberculosis amat dipengaruhi oleh antibodi humoral, makin kecil indurasi (diameternya) yang ditimbulkan.

Hasil Mantoux test:

a) Indurasi 0-5 mm: Mantoux negatif = golongan no sensitivy. Peran antibodi humoral masih menonjol.

b) Indurasi 6-9 mm: Hasil diragukan = golongan low grade sensitivy. Peran antibodi humoral masih menonjol.

c) Indurasi 10-15 mm: Mantoux positif = golongan normal sensitivy. Peran antibodi humoral seimbang.

d) Indurasi >15 mm: Mantoux positif kuat = golongan hipersensitivity. Antibodi selular paling menonjol .

3) Pemeriksaan atau uji kulit tuberkulin positif pada kedua fase aktif dan inaktif

4) Pewarnaan dan kultur sputum, cairan serebropinal, urine, rabas abses, atau cairan pleura memperlihatkan adanya basil tahan asam yang aerob, nonmotil, dan sensitif.

b. Pencitraan

1) Foto toraks memperlihatkan lesi nodular, bercak infiltrat, pembentukan kavitas, jaringan parut, dan deposit kalsium.

2) CT Scan atau MRI memperlihatkan adanya dan meluasnya kerusakan paru.

c. Prosedur Diagnostik

1) Spesimen bronkoskopi memperlihatkan adanya basil tahan-asam yang bersifat aerobik, non-motil, dan sensitif terhadap panas dalam spesimen .

d. Pemeriksaan Radiologi

1) Berupa bercak-bercak seperti awan dan dengan batas-batas yang tidak jelas.

2) Pada kavitas bayangannya berupa cincin yang mula-mula berdinding tipis, lama-lama dinding jadi sklerotik dan terlihat menebal.

3) Adanya penebalan pleura, masa cairan di bagian bawah paru (efusi pleura/empiema), bayangan hitam radio-lusen di pinggir paru/pleura.

(Yasmara, Deni, 2017)

**2.2. Konsep Keluarga**

**2.2.1. Pengertian Keluarga**

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah tangga. Jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan mempengaruhi anggota keluarga lain dan keluarga yang berada di sekitarnya. Salah satu penyakit yang sering dijumpai pada keluarga adalah Tuberculosis paru dan penyembuhannya memerlukan perawatan serta perhatian dari anggota keluarga lainnya. Penyembuhan TB paru membutuhkan waktu yang cukup lama, oleh karena itu peran keluarga dalam keperawatan penderita sangat penting (Achjar, 2012).

**2.2.2. Ciri-ciri Keluarga**

a. Terorganisasi

Keluarga merupakan cerminan organisasi dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing untuk mencapai tujuan keluarga. Dalam menjalankan peran dan fungsinya, anggota keluarga saling berhubungan dan saling bergantung antara satu dengan yang lainnya.

b. Keterbatasan

Setiap anggota keluarga memiliki kebebasan, namun juga memiliki keterbatasan dalam menjalankan peran dan fungsinya.

c. Perbedaan dan Kekhususan

Setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing. Peran dan fungsi tersebut cenderung berbeda dan khas, yang menunjukkan adanya ciri perbedaan dan kekhususan. Misalnya saja ayah sebagai pencari nafkah utama dan ibu yang bertugas merawat anak-anaknya. (Widyanto F. C., 2014)

**2.2.3. Tipe-tipe Keluarga**

a. Keluarga Inti (Nuclear Family)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b. Keluarga Besar (Extented Family)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah yang terdiri dari (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu dll). Keluarga besar ini lebih rentan terkena infeksi TB karena jumlah orang yang tinggal di dalamnya lebih banyak, yang dapat menimbulkan resiko cepatnya penularan kuman TB.

c. Keluarga Bentukan Kembali (Fyadic Family)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

d. Orang Tua Tunggal (Single Parent Family)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

e. The Single Adult Living Alone

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

f. The Unmarried Teenage Mother

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan

g. Keluarga Usila (Niddle age/Aging couple)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah/kawin/meniti karir. (Gusti, 2013)

**2.2.4. Struktur Keluarga**

a. Patrilineal

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

b. Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri (Gusti, 2013)

**2.2.5. Fungsi Keluarga**

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang. Fungsi afektif sangat penting pada pasien tuberculosis paru karena keluarga harus berperan mengingatkan anggota keluarganya yang sakit tuberculosis paru untuk teratur minum obat serta harus menjadi PMO untuk anggota keluarganya yang sakit.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, pembentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga. Kurangnya merawat anggota keluarga yang sakit sangat berpengaruh pada pasien TB, karena keluarga berperan sebagai PMO (pengawas minum obat) untuk anggota keluarganya yang sakit.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari.

Masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial pasangan masing-masing. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya. Misalnya kebiasaan makan, tidur, bangun pagi, bekerja, dan sebagainya. Hal lain yang perlu diputuskan adalah kapan waktu yang tepat untuk mempunyai anak dan berapa jumlah anak yang diharapkan.

Fungsi ekonomi ini juga perlu diperhatikan karena seorang dengan ekonomi rendah rentan terkena kurang gizi yang dapat menimbulkan mudahnya terinfeksi Tuberculosis paru. Status ekonomi berpengaruh dalam tingkat kesehatan. Namun masalah penyakit tuberculosis paru bersifat kompleks karena tidak hanya faktor ekonomi yang berperan pada penyakit ini tetapi banyak faktor yang mempengaruhi. Oleh karena itu perbaikan ekonomi dianggap dapat menjadi alat pembangunan kesehatan (Rosiana, 2013).

**2.2.6. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga**

a. Tahap I keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan yang secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

b. Tahap II keluarga dengan kelahiran anak pertama (child bearing family)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (2.5 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami-istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama memberikan perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan tersebut harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Masalah yang sering terjadi dengan kelahiran bayi adalah pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap menjadi ayah atau sebaliknya istri belum siap menjadi ibu. Tugas perkembangan pada masa ini antara lain:

1) Persiapan menjadi orang tua

2) Membagi peran dan tanggung jawab

3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan

4) Mempersiapkan biaya atau dana child bearing

5) Memfasilitasi role learning anggota keluarga

6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita

7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

Fungsi perawat dalam tahap ini adalah melakukan perawatan dan konsultasi terutama bagaimana merawat bayi, mengenali gangguan kesehatan bayi secara dini dan cara mengatasinya, imunisasi, tumbuh kembang anak, interaksi keluarga, keluarga berencana, serta pemenuhan kebutuhan anak terutama pada ibu yang bekerja.

c. Tahap III keluarga dengan anak prasekolah (families with preschool)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak prasekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya.

Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat bergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa, sehingga kebutuhan anak, suami istri, dan pekerjaan (purna waktu/paruh waktu) dapat terpenuhi.

Orang tua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan kerja sama antara suami istri. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak, khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti: kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman

2) Membantu anak untuk bersosialisasi

3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi

4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)

5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak (tahap paling repot)

6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga

7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melakukan perawatan dan penyuluhan kepada orang tua tentang penyakit serta kecelakaan yang biasanya terjadi pada anak-anak. Sibling rivaly tumbuh kembang anak, keluarga berencana, peningkatan kesehatan, dan mensosialisasi anak.

d. Tahap IV keluarga dengan anak usia sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini keluarga (orang tua) perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktivitas di sekolah maupun di luar sekolah. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah sebagai berikut:

1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan, dan semangat belajar

2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan

3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual

4) Menyediakan aktivitas untuk anak

5) Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikutsertakan anak.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melakukan perawatan dan konsultasi, baik dalam keluarga maupun di sekolah. Misalnya pada anak yang mengalami gangguan kesehatan. Perawat bekerja sama dengan guru sekolah dan orang tua anak.

e. Tahap V keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan orang tuanya. Tujuan keluarga adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Tahap ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orang tua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Anak harus mempunyai otoritas sendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya. Sering kali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya, sementara orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan, dan permusuhan sehingga hubungan ornag tua dan remaja tetap harmonis. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya

2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga

3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan

4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga. Fungsi perawat pada tahap ini adalah mengarahkan keluarga pada peningkatan dan pencegahan penyakit. Penyuluhan tentang penyakit kardiovaskular pada usia lanjut, penyuluhan tentang obat-obatan terlarang, minuman keras, seks, pencegahan kecelakaan pada remaja, serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orang tua dengan anak remajanya.

f. Tahap VI keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (launching center families)

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua, tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya untuk hidup sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri.

Saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak-anaknya sudah tidak tinggal serumah lagi. Guna mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukan aktivitas kerja, meninggalkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan anak. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini di antaranya adalah sebagai berikut:

1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar

2) Mempertahankan keintiman pasangan

3) Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua

4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya

5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga

6) Berperan suami istri, kakek, dan nenek

7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya

8) Membantu orang tua usia lanjut dan sakit-sakitan dari pihak suami maupun istri.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah sebagai pemberi konsultasi penyakit-penyakit yang dapat timbul. Misalnya penyakit kronis dan faktor-faktor predisposisi seperti kolesterol tinggi, obesitas, hipertensi, menopause, serta peningkatan kesehatan dan pola hidup sehat yang juga perlu diperhatikan.

g. Tahap VII keluarga usia pertengahan (middle age families)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Beberapa pasangan pada fase ini akan dirasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak, dan perasaan gagal sebagai orang tua.

Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas. Pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup, dan mengisi waktu dengan pekerjaan. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi atau anak cucu, sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dieratkan dengan memerhatikan ketergantungan dan kemandirian masing-masing pasangan .Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain:

1. Mempertahankan kesehatan

2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai

3) Memulihkan hubungan antara generasi muda dengan generasi tua

4) Keakraban dengan pasangan

5) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga

6) Persiapan masa tua atau pensiun dan meningkatkan keakraban pasangan.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan, seperti: kebutuhan istirahat yang cukup, aktiitas yang ringan sesuai dengan kemampuan, nutrisi yang baik, berat badan yang sesuai dan sebagainya.

h. Tahap VIII keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai pada saat salah satu pasangan meninggal, sampai keduanya meninggal. Proses usia lanjut dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stresor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stresor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan, serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan.

Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Usia lanjut umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan

2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan

3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat

4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat

5) Melakukan file review

6) Menerima kematian pasangan, hewan, dan mempersiapkan kematian.

Fungsi perawat pada fase ini adalah melakukan perawatan pada orang tua, terutama terhadap penyakit-penyakit kronis dari fase akut sampai rehabilitasi. Memperhatikan peningkatan kesehatan seperti: nutrisi, aktivitas, istirahat, pemeriksaan mata, gigi, dan pencegahan kecelakaan di rumah.

i. Tugas Kesehatan Keluarga

Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan dengan baik berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Selain keluarga mampu melaksanakan fungsi dengan baik, keluarga juga harus mampu melakukasn tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga pada pasien dengan Tuberculosis Paru

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat pada pasien dengan Tuberculosis Paru

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

3) Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit dengan Tuberculosis Paru

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat pada pasien dengan Tuberculosis Paru

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat untuk pengobatan Tuberculosis Paru

Permasalahan kesehatan maupun keperawatan yang dialami oleh keluarga dapat teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Anggota keluarga perlu diberdayakan dalam melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga agar tidak terjadi kesalahan dalam perawatan penderita di rumah. Oleh karena itu pemberdayaan keluarga dilakukan dengan melibatkan tenaga kesehatan dan pendukung sistem dari penderita TB paru.

(Mubarak, 2009)

**2.3. Konsep Asuhan Keperawatan**

**2.3.1. Pengkajian**

**2.3.1.1. Data Umum**

Pengkajian Pasien dengan TB Paru dapat dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, atau melalui data sekunder seperti data di Puskesmas, desa, bidan, hasil pemeriksaan laboratorium, dan lain sebagainya. Adapun data yang harus dikaji dalam keluarga yaitu:

1) Data Umum Keluarga

2) Nama Kepala Keluarga (KK)

3) Umur dan Jenis Kelamin (KK)

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, menyatakan bahwa penderita TBC paru cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan, pada perempuan potensi meninggal atau terjadi kematian lebih sering disebabkan karena proses persalinan sedangkan pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena laki-laki cenderung banyak yang melakukan aktivitas di luar, sehingga peluang tertular kuman TB paru lebih besar dibandingkan perempuan. Laki-laki juga memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol, dan pekerjaan sehingga dapat menurunkan sistem imun dalam tubuh sehingga lebih mudah terpapar agen penyebab TB paru. Pada TB paru faktor usia juga berpengaruh untuk terkena penyakit ini yaitu pada usia produktif, usia produktif yaitu usia 15-55 tahun lebih rentan terjangkit penyakit TB paru sedangkan pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunitas sudah menurun sehingga sangat rentan tertular berbagai penyakit terutama TB paru

4) Pendidikan (KK)

5) Pekerjaan (KK)

6) Alamat

7) Komposisi keluarga yang berisi mengenai riwayat anggota keluarga

Data ini biasanya disajikan dalam bentuk tabel .

8) Genogram/Silsilah Keluarga

Data genogram berisi silsilah keluarga yang minimal terdiri dari tiga generasi disajkan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol atau sesuai format pengkajian yang dipakai.

9) Tipe Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisonal dan non tradisional.

a) Keluarga Inti (Nuclear Family)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b) Keluarga Besar (Extented Family)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu dll). Keluarga besar ini lebih rentan terkena infeksi TB karena, jumlah orang yang tinggal di dalamnya lebih banyak, yang dapat menimbulkan resiko cepatnya penularan kuman TB.

c) Keluarga Bentukan Kembali (Fyadic Family)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

d) Orang Tua Tunggal (Single Parent Family)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

e) The Single Adult Living Alone

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

f) The Unmarried Teenage Mother

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan

g) Keluarga Usila (Niddle age/Aging couple)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah/kawin/meniti karir.

10) Suku Bangsa

Data ini menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan. Suku bangsa yang dimaksud seperti Jawa, Sunda, Batak, dan lain sebagainya.

11) Agama

Data ini menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan agama yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

12) Status Sosial Ekonomi

Data ini menjelaskan mengenai pendapatan kepala keluarga maupun anggota keluarga yang sudah bekerja, kebutuhan sehari-hari serta harta kekayaan atau barang-barang yang dimiliki keluarga. Status ekonomi perlu diperhatikan karena seorang dengan ekonomi rendah rentan terkena kurang gizi yang dapat menimbulkan mudahnya terinfeksi TB Paru.

13) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi atau refreshing. Rekreasi tidak harus ke tempat wisata, namun menonton tv, mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga.

(Widyanto F. C., 2014).

**2.3.1.2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga**

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Data ini ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti,

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.

c. Riwayat keluarga inti

Data ini menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan, yang biasa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan.

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Data ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami dan istri (Widyanto F. C., 2014).

**2.3.1.3. Pengkajian Lingkungan**

a. Karakteristik Rumah

Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, penempatan perabotan rumah tangga, jenis wc, serta jarak wc ke sumber air. Data karakteristik rumah disajikan dalam bentuk denah (Widyanto F. C., 2014).

1) Letak Rumah yang Sehat

a) Tidak didirikan di dekat tempat sampah yang dikumpulkan atau yang dibuang

b) Dekat dengan air bersih

c) Jarak kurang lebih 100 meter dari tempat buangan sampah

d) Dekat dengan sarana pembersihan

e) Di tempat dimana air hujan dan air kotor tidak menggenang

2) Ruangan yang Sehat

Cukup luas ditempati, cukup bersih, cukup penerangan alami dalam rumah, (dapat membaca koran tanpa penerangan tambahan di pagi hari) karena sinar matahari dapat membunuh kuman TB Paru

3) Tata Ruang yang Sehat

a) Disediakan cara tersendiri untuk membuang air limbah atau mungkin untuk menyirami tanaman-tanaman di kebun

b) Disediakan tempat khusus untuk pembuangan sampah padat

c) Terdapat tempat khusus (kadang di luar rumah) untuk binatang peliharaan

d) Bebas dari binatang menular antara lain bebas jentik, bebas tikus, dan bebas kecoa

4) Ventilasi dan Sirkulasi Udara yang Lancar

a) Ruangan yang cukup dimana penghuninya tidak terlalu banyak, terutama saat mereka sedang tidur

b) Kandang peliharaan sekurang-kurangnya 10 meter dari rumah

c) Terdapat tempat untuk mandi dan mencuci makanan serta alat-alat rumah tangga lainnya dengan limbah rumah tangga digunakan untuk menyirami tanaman di halaman atau di kebun

d) Mempunyai tempat khusus untuk menyimpan makanan dan minuman yang mudah dijangkau serta aman dari debu, tikus, serangga, dan binatang lainnya.

e) Mempunyai tepat khusus memasak serta lubang atau saluran pembuangan asap

f) Mempunyai jendela yang memungkinkan udara segar masuk sehingga udara kotor atau asap yang berada di luar dapat segera terbawa keluar. Ventilasi yang baik adalah 10% dari luas ruangan, ventilasi harus memungkin sinar matahari masuk ke dalam rumah, karena kuman TB dapat mati jika terkena sinar matahari.

g) Memiliki tempat-tempat terlindung guna menyimpan barang-barang apapun yang harus dijauhkan dari jangkauan anak-anak

5) Lantai dan Dinding yang Aman

a) Mudah dibersihkan

b) Permukaan halus atau rata

c) Lantai terbuat dari kayu, bambu, ubin, atau plester

b. Karakteristik Tetangga dan Komunitas Setempat

Data ini menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan, budaya yang mempengaruhi kesehatan, tempat tinggal di desa lebih banyak menderita TB paru karena di desa interaksi antar warga lebih sering serta penduduk yang tinggal di desa menunjukkan kurang memperhatikan terhadap pola hidup bersih dan sehat. Hal ini sangat berpengaruh untuk terjadinya penyakit TB paru

c. Mobilitas Geografis Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat

d. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.

Data ini menjalaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauhmana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat

e. Sistem Pendukung Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya

f. Struktur Komunikasi dengan Keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara komunikasi dengan keluarga serta frekuensinya.

2) Struktur kekuatan keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kemampuan keluarga untuk merubah perilaku antara anggota keluarga.

3) Struktur peran

Data ini menjelaskan mengenai menjelaskan peran anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat yang terbagi menjadi peran formal dan informal.

4) Nilai/norma keluarga

Data ini menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait kesehatan khusunya pada penyakit Tuberculosis paru

g. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan kasih sayang, saling menghargai, dan lain sebagainya. Fungsi ini sangat berguna, karena dalam pengobatan Tuberculosis paru keluarga berperan mengingatkan anggota keluarganya yang sakit Tb Paru untuk teratur minum obat.

2) Fungsi Sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

a) Mengenal Masalah Kesehatan. Sejauh mana keluarga mengetahui fakta kesehatan meliputi pengertian, tanda gejala, penyebab serta persepsi keluarga tentang masalah penyakit Tuberculosis paru.

b) Mengambil keputuasan tindakan kesehatan uang tepat: (1) sejauh mana keluarga mengerti sifat dan luasnya masalah, (2) apakah masalah dirasakan keluarga, (3) apakah keluarga menyerah dengan masalah tersebut, (4) apakah keluarga merasa takut akibat dari tindakan terhadap penyakit yang diderita, (5) apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, (6) apakah masalah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, (7) apakah keluarga mendapat informasi yang salah tentang masalah Tuberculosis Paru.

c) Merawat anggota yang sakit: (1) sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, kondisi, komplikasi, prognosis, dan cara perawatannya). (2) sejauhmana keluarga mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan (3) sejauhmana keluarga sumber-sumber yang ada dalam keluarga untuk perawatan anggota keluarga yang sakit (4) bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit dengan Tuberculosis Paru.

d) Memelihara lingkungan yang sehat: (1) sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki untuk memodifikasi lingkungan yang sehat (2) sejauhmana keluarga melihat manfaat pemeliharaan lingkungan (3) sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya kebersihan dan sanitasi (4) sejauhmana sikap atau pandangan keluarga terhadap kebersihan dan sanitasi (5) sejauhmana kekompakan keluarga.

e) Menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat: (1) sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan di masyarakat (2) sejauhmana keluarga mengetahui keuntungan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan (3) apakah keluarga pernah mempunyai pengalaman kurang baik terhadap petugas atau pelayanan kesehatan (4) apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau keluarga.

4) Fungsi Reproduksi

Bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri, masalah yang muncul jika ada.

5) Fungsi Ekonomi

Kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan. Fungsi ekonomi perlu diperhatikan karena seorang dengan ekonomi rendah rentan terkena kurang gizi yang dapat menimbulkan mudahnya terinfeksi Tuberculosis paru. Sosial ekonomi merupakan penyebab tidak langsung pada kejadian TB paru seperti pemenuhan gizi keluarga yang tidak terpenuhi, tidak mampu memenuhi perumahan yang sehat serta pemenuhan akses kesehatan yang menurun. Hal tersebut dapat mempengaruhi daya imun seseorang hingga pada ahirnya mudah terkena penyakit TB Paru.

**2.3.1.4. Stres dan Koping Keluarga**

a. Stresor jangka pendek, yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ± 6 bulan dalam mengatasi masalah penyakit Tuberculosis Paru.

b. Stresor jangka panjang, yaitu stresor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan dalam mengatasi masalah penyakit Tuberculosis Paru.

c. Kemampuan keluarga berespons terhadap situasi atau stresor, mengkaji sejauh mana keluarga berespons terhadap situasi atau stressor, selama mengalami masalah penyakit Tuberculosis Paru.

d. Strategi koping yang digunakan, strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan penyakit Tuberculosis Paru.

e. Strategi adaptasi disfungsional, menjelaskan adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan mengenai penyakit Tuberculosis Paru (Widyanto F. C., 2014).

**2.3.1.5. Pemeriksaan Fisik**

Semua anggota keluarga diperiksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik di tempat pelayanan kesehatan. Seperti dilakukan inspeksi, palpasi, perkusi, maupun auskultasi dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) (Widyanto F. C., 2014).

a. B1 (Breathing)

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

1) Inspeksi

Klien dengan tuberculosis paru biasanya tampak kurus sehingga pada bentuk dada terlihat adanya penurunan proporsi diameter antero-posterior banding proporsi diameter lateral. Apabila ada penyulit dari tuberculosis paru seperti adanya efusi pleura yang masif maka terlihat adanya ketidaksimetrisan rongga dada, pelebaran intercostal space (ICS) pada sisi yang sakit. Tuberculosis paru yang disertai atelektasis paru membuat bentuk dada menjadi tidak simetris dimana didapatkan penyempitan intercostal space (ICS) pada sisi yang sakit. Saat melakukan pengkajian batuk dan sputum, biasanya didapatkan batuk produktif yang disertai dengan adanya peningkatan produksi sekret dan sekresi sputum yang purulen.

2) Palpasi

Pada penyakit tuberculosis paru yang disertai efusi pleura masif dan pneumotoraks akan mendorong posisi trakhea ke arah berlawanan dari sisi yang sakit. Gerakan dinding toraks anterior/ekskrusi pernapasan. Tuberculosis paru tanpa komplikasi pada saat dilakukan palpasi, gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Adanya penurunan gerakan dinding pernapasan biasanya ditemukan pada klien tuberculosis paru dengan kerusakan parenkim paru yang luas. Getaran suara (fremitus vokal). Getaran yang terasa ketika perawat meletakkan tangannya di dada klien saat klien berbicara adalah bunyi yang dibandingkan oleh penjalaran dalam laring arah distal sepanjang pohon brobkhial untuk membuat dinding dada dalam gerakan rosonan, terutama pada bunyi konsonan. Kapasitas untuk mendengarkan bunyi pada dinding dada disebut taktil fremitus. Adanya komplikasi efusi pleura masif, sehingga hantaran suara menurun karena transmisi getaran suara harus melewati cairan yang berkumulasi di rongga pleura.

3) Perkusi

Pada klien dengan tuberculosis paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi rosonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada klien dengan tuberculosis paru yang disertai komplikasi seperti efusi pleura akan didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi yang sakit sesuai banyaknya akumulasi cairan di rongga pleura. Apabila disertai pneumotoraks, maka akan didapatkan bunyi hiperresonan terutama jika pneumotoraks ventil yang mendorong posisi paru ke sisi yang sehat.

4) Auskultasi

Pada klien dengan tuberculosis paru didapatkan bunyi napas tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana didapatkan adanya ronkhi, rale, crackle, whezing. Bunyi yang terdengar melalui stetoskop ketika klien berbicara disebut sebagai rosonan vokal. Klien dengan tuberculosis paru yang disertai dengan komplikasi seperti efusi pleura dan pneumotoraks akan didapatkan penurunan rosonan vokal pada sisi yang sakit.

b. B2 (Blood)

Pada klien tuberculosis paru pengkajian yang didapatkan meliputi:

1) Inspeksi

Pada inspeksi akan didapatkan adanya parut dan keluhan kelemahan fisik

2) Palpasi

Pada palpasi ditemukan adanya denyut nadi perifer melemah

3) Perkusi

Pada perkusi ditemukan adanya batas jantung mengalami pergeseran pada tuberculosis paru dengan efusi pleura masif mendorong ke sisi sehat

4) Auskultasi

Pada pasien tuberculosis paru biasanya. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

c. B3 (Brain)

Kesadaran biasanya compas mentis, ditemukan adanya sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat pada pengkajian objektif, klien tampak dengan wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat. Saat dilakukan pengkajian pada mata, biasanya didapatkan adanya konjungtiva anemis pada tuberculosis paru dengan hemoptoe masif dan kronis, dan sklera ikterik pada tuberculosis paru dengan gangguan fungsi hati.

d. B4 (Bladder)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok. Klien diinformasikan agar terbiasa dengan urine yang berwarna jingga pekat dan berbau yang menandakan fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena meminum OAT terutama Rifampisin.

e. B5 (Bowel)

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

f. B6 (Bone)

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

**2.3.1.6. Harapan Keluarga**

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan yang ada dalam pengobatan Tuberculosis paru (Widyanto F. C., 2014).

**2.3.2. Diagnosa Keperawatan**

Masalah yang muncul pada pasien TB Paru menurut Nanda (2015):

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis paru

b. Ketidakefektifan menejemen kesehatan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis paru

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis Paru

d. Ketidakpatuhan terapi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Tuberculosis paru terhadap program pengobatan, dan kontrol proses penyakit

e. Resiko penularan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang Tuberculosis paru

f. Resiko Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit dengan Tuberculosis paru

g. Peningkatan Status kesehatan berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

h. Kepatuhan minum obat berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas: Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

**2.3.3. Intervensi Keperawatan**

|  |  |
| --- | --- |
| Tujuan | Intervensi |
| a. Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional  1) Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan  2) Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan  3) Menyediakan informasi yang relevan  4) Memperoleh informasi yang diperlukan  5) Bekerjasama dalam menentukan perawatan  6) Membuat keputusan ketika pasien tidak dapat melakukan  7) Berpartisipasi dalam keputusan bersama dengan pasien  8) Berpartisipasi dalam tujuan terkait dengan perawatan  b. Pembuatan keputusan  1) Mengidentifikasi masalah yang relevan  2) Mengidentifikasi alternatif (pilihan)  3) Mengidentifikasi sumberdaya yang dibutuhkan untuk mendukung setiap alternatif  c. Dukungan keluarga selama perawatan  1) Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit  2) Anggota keluarga mengekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga yang sakit  3) Anggota keluarga bertanya bagaimana mereka dapat membantu  4) Meminta informasi mengenai kondisi pasien  5) Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit bekerjasama dengan penyedia layanan ksehatan dalam menentukan keperawatan | a. Dukungan pengasuhan (caregiver support)  1) Mengkaji tingkat pengetahuan caregiver  2) Menyediakan dukungan untuk pengambilan keputusan caregiver  3) Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien  4) Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien  5) Mengajarkan pada caregiver mengenai pemberian terapi bagi pasien sesuai keinginan pasien  6) Mengajarkan caregiver mengenai cara meningkatkan rasa aman bagi pasien  7) Memberikan informasi pada caregiver mengenai dukungan pelayanan kesehatan  b. Dukungan pengambilan keputusan  1) Informasikan kepada pasien mengenai solusi dengan cara yang jelas dan mendukung  2) Berikan informasi sesuai dengan permintaan pasien  3) Jadilah penghubung antara pasien dan keluarga  4) Informasikan keuntungan dan kerugian setiap alternatif pilihan  c. Peningkatan keterlibatan keluarga  1) Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien identifikasi preferensi anggota keluarga untuk keterlibatan dengan pasien  2) Monitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien  3) Berikan informasi penting kepada anggota keluarga mengenai pasien  4) Informasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien dan anggota keluarga  d. Dukungan keluarga  1) Berikan pengetahuan yang dibutuhkan bagi keluarga terkait pasien  2) Bantu keluarga uuntuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan alat yang dibutuhkan untuk mendukung perawatan pasien. |

(Wilkinson, 2011)

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**3.1. Pengkajian**

**3.1.1. Data Umum**

1. Nama Kepala Keluarga : Tn. T

2. Alamat : Ling. IV Namo Kumbahang A, Kec. Salapian Langkat

3. Komposisi Keluarga :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama Anggota Keluarga | JK | Hub. Dgn KK | Umur | Pendidikan | Pekerjaan |
| 1  2  3  4 | Tn. T  Ny. R  An. K  An. L | L  P  L  P | Kepala Keluarga  Istri  Anak  Anak | 55 thn  49 thn  20 thn  15 thn | SLTP  SLTP  SLTA  SLTA | Bertani  Bertani  Bertani  Pelajar |

**Genogram**

Keterangan :

: Perempuan : Perkawinan

: Lakilaki : Keturunan

: Perempuan meninggal : Laki-laki meninggal

: Klien :yang tinggal bersama

4. Tipe Keluarga : Keluarga Tn. T adalah keluarga dengan tipe keluarga Inti (Nuclear Family) dimana dalam keluarga yang tinggal ayah, Ibu dan anak

5. Suku Bangsa : Keluarga Tn. T adalah suku Karo

6. Agama : Keluarga menganut agama Kristen dan beribadah ke Gereja setiap hari Minggu.

7. Status sosial ekonomi keluarga : Tn. T mengatakan penghasilan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penghasilan diperoleh dari kebun yang dimilikinya

8. Aktivitas Rekreasi Keluarga : Keluarga tidak mempunyai kebiasaan rutin untuk berekreasi keluar kota, biasanya hanya menonton televisi bersama.

**3.1.2. Riwayat dan Tahapan Perkembangan Keluarga**

9. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga Tn. T saat ini tahap V, keluarga dengan anak remaja (families with teenagers). Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan orang tuanya. Tujuan keluarga adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

1. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga sudah terpenuhi semua, Tn. T dan Ny. R sudah tinggal di rumah milik sendiri/pribadi. Anak pertama baru tamat SLTA dan akan melanjut ke perguruan tinggi, anak kedua sedang duduk dibangku sekolah menengah atas.

1. Riwayat keluarga inti

Ny. R mengatakan Tn.T adalah pilihannya sendiri dan mereka menikah atas kemauan mereka berdua.

1. Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat orang tua dari pihak suami/istri tidak ada yang mempunyai kebiasaan kawin cerai, pemabuk ataupun judi.

**3.1.3. Lingkungan**

13. Karakteristik rumah

Rumah Tn. T berada di Lingkungan IV Namo Kumbahang A. Rumah yang di tempati keluarga Tn. T adalah milik sendiri dengan luas rumah 8x15 m2 Penataan peralatan rumah tangga tertata rapi, ventilasi dan pencahayaan rumah kurang baik, keluarga jarang membuka jendela. Keluarga memiliki satu kamar mandi dan satu jamban. Keadaan bersih dan rapi. Air yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup bersumber dari air sumur. Air tidak berasa, tidak berbau dan dalam keadaan bersih. Memiliki 2 kamar tidur seluas 3x3 m2. dan 1 kamar seluas 3x2,5 m2. Hanya satu kamar yang memiliki jendela yaitu kamar di bagian belakang, sedangkan dua kamar lainnya tidak mempunyai jendela. lantai rumah menggunakan semen.

K. Mandi

K. Tidur 3

K. Tidur 2

K. Tidur 1

R. Tamu

Dapur

8 m

15 m

14. Karateristik tetangga dan komunitas RW (Lingkungan):

Tetangga Keluarga Tn. T memiliki beragam pekerjaan, mulai dari bertani, pegawai negeri, dan yang berjualan. Tetangga keluarga Tn. T masih berstatus saudara dan hidup rukun dengan tetangga.

15. Mobilitas geografis keluarga :

Keluarga Tn. T sudah lama tinggal di rumah tersebut dan tidak pernah berpindah ke tempat lain

16. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:

Tn. T dan Ny. R selalu aktif mengikuti perkumpulan seperti arisan di lingkungannya, tetapi sekarang Tn. T sudah tidak aktif lagi dalam kegiatan di wilayahnya karena sakit yang diderita tetapi masyarakat masih memiliki hubungan yang baik dengan Tn. T

1. Sistem pendukung keluarga :

Dalam keluarga Tn. T apabila mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan, maka Tn. T mendapat bantuan dari saudaranya.

**3.1.4. Struktur Keluarga**

18. Pola komunikasi keluarga : Dalam keluarga Tn. T berkomunikasi dalam Bahasa Karo dan Bahasa Indonesia

19. Struktur kekuatan keluarga : Keluarga Tn. T saling menghargai satu sama lain, saling membantu, serta saling mendukung. Anak-anak Tn. T saling membantu bila ada masalah yang terjadi

20. Struktur peran : Tn. T adalah kepala keluarga dan bekerja sebagai petani tetapi saat ini Tn. T tidak dapat bekerja lagi karena sakit yang dideritanya. Ny. R adalah seorang ibu rumah tangga dan bekerja sebagai petani juga untuk membiayai hidup dan biaya pengobatan suaminya. Anak K sudah tamat SMA dan sekarang membantu ibunya bertani karena masih libur, anak L sebagai anak juga membantu Ny. R dalam merawat Tn. T

21. Nilai atau norma budaya : Keluarga Tn. T menetapkan aturan-aturan sesuai dengan norma agama Kristen dan adat Karo.

**3.1.5. Fungsi Keluarga**

22. Fungsi afektif : Semua anggota keluarga Tn. T saling menyayangi satu sama lain. Tempat tinggal Tn. T bersebelahan dengan abang Tn. T. Bila ada yang menderita sakit mereka saling membantu.

23. Fungsi sosial : Anggota keluarga Tn. T dapat bersosialisasi dengan masyarakat di sekitarnya. Ini terlihat dari Tn. T aktif mengikuti organisasi di lingkungannya

24. Fungsi perawatan keluarga : Selama Tn. T sakit, seluruh anggota keluarga saling membantu dalam merawat Tn. T dengan selalu mengingatkan Tn. T untuk meminum obat dan memberikan makanan yang bergizi.

**3.1.6. Stres dan Koping Keluarga**

25. Stressor jangka panjang dan pendek: Tn. T selama 2 minggu merasa sesak, sulit untuk mengeluarkan dahak, warna dahak hijau kekuningan lalu dilakukan pemeriksaan dahak 3 kali dan didapatkan hasil BTA (+), sulit tidur karena batuk terus menerus dan berkeringat di malam hari, tidak selera makan dan hanya menghabiskan setengah dari porsi yang disediakan.

26. Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah: Bila ada masalah keluarga bersama-sama menyelesaikan masalah

27. Strategi koping : Bila keluarga mendapat masalah selalu mendiskusikannya dengan keluarga sehingga dapat membantu menyelesaikannya

28. Strategi adaptasi disfungsional: Dari hasil pengkajian tidak didapatkan adanya cara-cara keluarga mengatasi masalah secara Maladaptif

**3.1.7. Harapan Keluarga**

Keluarga menyatakan agar kondisi Tn. T menjadi lebih baik dan terkontrol keadaannya.

**3.1.8. Pemeriksaan Fisik Keluarga (Head to Toe)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Tn. T | Ny. R | An. K | An. L |
| Kepala | Rambut sudah memutih, jarang dan tipis, tidak  terdapat benjolan | Rambut sebagian memutih,  lebat dan bersih, tidak  terdapat benjolan | Rambut hitam,  bersih dan lebat, tidak  terdapat benjolan | Rambut hitam,  bersih dan lebat, tidak  terdapat benjolan |
| Tanda-tanda vital | HR: 82 x/menit  RR: 28 x/menit  Temp: 37,5oC  TD: 110/70 mmHg  Batuk (+)  Sesak (+) | N: 72 x/menit  RR: 18 x/menit  Temp: 37oC  TD: 120/80 mmHg | N: 80 x/menit  RR: 20 x/menit  Temp: 36,50 C  TD:120/80 mmHg | N: 84 x/menit  RR: 22 x/menit  Temp: 36,50 C  TD:120/80 mmHg |
| BB, TB/PB | BB: 50 kg  TB: 162 cm | BB: 60 kg  TB: 151 cm | BB: 63 kg  TB:168 cm | BB: 48 kg  TB:150 cm |
| Mata | Mata simetris  Conjungtiva: pucat/anemis  Sklera: putih | Mata simetris  Conjungtiva: tidak anemis  Sklera: putih | Mata simetris  Conjungtiva: tidak anemis Sklera: putih | Mata simetris  Conjungtiva: tidak anemis  Sklera: putih |
| Hidung | Hidung simetris, sekret dalam batas normal | Hidung simetris, sekret dalam batas normal | Hidung simetris, sekret dalam batas normal | Hidung simetris, sekret dalam batas normal |
| Mulut | Mulut simetris, mukosa lembab, tidak ada kesulitan menelan | Mulut simetris, mukosa lembab, tidak ada kesulitan menelan | Mulut simetris, mukosa lembab, tidak ada kesulitan menelan | Mulut simetris, mukosa lembab, tidak ada kesulitan menelan |
| Leher | Tidak ada  pembesaran tiroid, tidak ada benjolan | Tidak ada  pembesaran tiroid, tidak ada benjolan | Tidak ada  pembesaran tiroid, tidak ada benjolan | Tidak ada  pembesaran tiroid, tidak ada benjolan |
| Dada | Bunyi jantung  normal lup-dup  Pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, terdengar bunyi nafas ronchi | Bunyi jantung  normal lup-dup  Paru vesikular | Bunyi jantung  normal lup-dup  Paru vesicular | Bunyi jantung  normal lup-dup  Paru vesicular |
| Abdomen | Abdomen simetris, tidak ada massa/ asites (cairan), tidak ada nyeri tekan | Abdomen simetris, tidak ada massa/ asites (cairan), tidak ada nyeri tekan | Abdomen simetris, tidak ada massa/ asites (cairan), tidak ada nyeri tekan | Abdomen simetris, tidak ada massa/ asites (cairan), tidak ada nyeri tekan |
| Ekstremitas | Ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak ada kelainan | Ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak ada kelainan | Ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak ada kelainan | Ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak ada kelainan |

**3.1.9. Analisa Data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Data | Masalah Keperawatan |
| 1. | DS:  Tn. T mengatakan sering merasa sesak, susah tidur, keringat di malam hari  DO:  Batuk (+), sputum (+), BTA (+) | Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan ditandai dengan adanya BTA (+), tanda-tanda vital: N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg, pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, bunyi nafas ronchi |
| 2 | DS:   * Tn. T mengatakan tidak selera makan dan hanya menghabiskan setengah dari porsi yang disediakan   DO:   * BB: 50 kg * TB: 162 cm * Conjungtiva: Pucat/anemis * Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan | Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan |
| 3 | DS:   * Keluarga mengatakan jarang membuka jendela * Tn. T mengatakan tidak mau menggunakan masker karena merasa sesak * Keluarga mengatakan tidak mau menggunakan masker karena merasa tidak enak kepada Tn. T * Tn. T mengatakan memakai peralatan makan yang sama dengan keluarganya * Tn. T mengatakan membuang dahak di kamar mandi dan langsung disiram   DO:   * Dari 3 kamar yang dimiliki keluarga hanya terdapat satu kamar yang memilki jendela * Tn. T tampak tidak menggunakan masker * Anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker * Jendela tampak tidak dibuka * Tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T | Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan Tn. T tampak tidak menggunakan masker, anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker, jendela tampak tidak dibuka, tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T |

**3.2. Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan ditandai dengan adanya BTA (+), tanda-tanda vital: N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg, pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, bunyi nafas ronchi
2. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan
3. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan Tn. T tampak tidak menggunakan masker, anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker, jendela tampak tidak dibuka, tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T

**Diagnosa Keperawatan Keluarga dan Scoring**

1. Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan ditandai dengan adanya BTA (+), tanda-tanda vital: N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg, pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, bunyi nafas ronchi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | Score | Pembenaran |
| 1. | Sifat masalah:  -aktual | 3/3 x 1 | Tn. T sering merasa sesak dan sulit mengeluarkan dahak, dan saat dilakukan pemeriksaan fisik tampak saat melakukan inspirasi Tn. T menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, RR: 28 x/menit dan bunyi nafas ronchi |
| 2. | Kemungkinan masalah untuk diubah:  -mudah | 2/2 x 2 | Keluarga tahu tentang keadaan Tn. T, dilihat dari jarak Puskesmas tidak terlalu jauh dari rumah dan keluarga juga sering membawa Tn. T kontrol ke Puskesmas |
| 3. | Potensial masalah untuk dicegah  -cukup | 2/3 x 1 | Masalah dapat dicegah dilihat dari penyakit yang diderita Tn. T dan sekarang dalam proses penyembuhan |
| 4. | Menonjolnya masalah:   * harus segera ditangani | 2/2 x 1 | Masalah bersihan nafas tidak efektif dan keluarga membawa Tn. T ke pelayanan kesehatan atau Puskesmas |
|  | Total | 4 2/3 |  |

1. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | Score | Pembenaran |
| 1. | Sifat masalah:  -aktual | 3/3 x 1 | Tn. T mengatakan tidak selera makan dan hanya menghabiskan ½ dari satu porsi bubur yang disediakan, dan terlihat dari pemeriksaan fisik BB: 50 kg TB: 162 cm dan konjungtiva anemis |
| 2. | Kemungkinan masalah untuk diubah:  -mudah | 2/2 x 2 | Keluarga tahu tentang keadaan Tn. T, dan keluarga tampak bertanya bagaimana cara meningkatkan selera makan pasien |
| 3. | Potensial masalah untuk dicegah  -cukup | 2/3 x 1 | Masalah dapat dicegah dilihat dari Tn. T tidak mempunyai masalah baik dalam menelan maupun masalah pencernaan |
| 4. | Menonjolnya masalah:  -segera diatasi | 2/2 x 1 | Masalah pada Tn. T keluarga berkeinginan agar dia bisa mengendalikan pola makan sesuai dengan kebutuhan |
|  | Total | 4 2/3 |  |

1. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan Tn. T tampak tidak menggunakan masker, anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker, jendela tampak tidak dibuka, tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | Score | Pembenaran |
| 1. | Sifat masalah:  -resiko tinggi | 2/3 x 1 | Masalah ini belum terjadi namun jika tidak segera ditangani akan berlanjut ke aktual |
| 2. | Kemungkinan masalah untuk diubah:  -mudah | 2/2 x 2 | Keluarga tahu tentang keadaan Tn. T, dan masalah dapat diubah dengan tindakan pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan penularan Tb Paru dan keluarga tampak terbuka dan kooperatif saat diajak berkomunikasi dan mau mendengar saran dari tenaga kesehatan |
| 3. | Potensial masalah untuk dicegah  -cukup | 2/3 x 1 | Masalah ini belum terjadi, dan keluarga tampak terbuka dan kooperatif saat diajak berkomunikasi dan mau mendengar saran dari tenaga kesehatan |
| 4. | Menonjolnya masalah:  -tidak perlu segera diatasi | 1/2 x 1 | Keluarga merasakan resiko tinggi penularan Tb Paru menjadi masalah tetapi tidak perlu segera diatasi |
|  | Total | 3 5/6 |  |

* 1. **Rencana Keperawatan Keluarga**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | | Evaluasi | | Intervensi |
| Umum/TUM | Khusus/TUK | Kriteria | Standar |
| Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan ditandai dengan adanya BTA (+), tanda-tanda vital: N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg, pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, bunyi nafas ronchi | Setelah melakukan kunjungan rumah, keluarga mampu merawat Tn. T | 1. Selama kunjungan rumah keluarga diharapkan mampu mengenal masalah Tb Paru pada anggota keluarga 2. Setelah melakukan 1 kali kunjungan selama 30 menit keluarga mampu mengambil keputusan kepada Tn. T 3. Setelah melakukan 1 kali kunjungan selama 30 menit diharapkan keluarga mampu memodifikasi lingkungan rumah | Respon Verbal  Respon Verbal  Respon Motorik  Respon motorik  Respon verbal | TB Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan oksigen yang tinggi  Batuk, batuk berdarah, sesak nafas, nyeri dada, demam, berkeringat pada malam hari  Seluruh anggota keluarga terutama Tn. T dapat mendemonstrasikan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam  Keluarga dapat mendemonstrasikan cara membirakan posisi semi fowler  Keluarga memutuskan untuk merawat Tn. T dengan penyakit TB Paru | * Diskusi bersama keluarga tentang pengertian Tb Paru * Tanyakan kembali pada keluarga tentang pengertian Tb Paru * Beri pujian atas jawaban yang tepat * Diskusi bersama keluarga tentang tanda dan gejala Tb Paru * Tanyakan kembali pada keluarga tentang tanda dan gejala Tb Paru * Beri pujian atas jawaban yang tepat * Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam * Anjurkan keluarga untuk mendemons trasikan teknik relaksasi nafas dalam * Beri pujian jika keluarga dapat melakukan dengan baik * Ajarkan cara membuat posisi semi fowler * Anjurkan keluarga untuk mendemons trasikan cara membuat posisi semi fowler, beri pujian jika keluarga dapat melakukan dengan baik * Diskusikan dengan keluarga tentang keiginan keluarga merawat Tn. T * Beri motivasi dan semangat atas keputusan keluarga merawat Tn. T |
| Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakanResiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan | Selama 3 hari kunjungan rumah diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi | 1. Selama kunjungan rumah keluarga mampu mengenal cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit   Dengan cara:   * Menyebutkan cara memberi diet pada anggota keluarga yang sakit * Menyebutkan makanan apa saja yang harus dikonsumsi oleh penderita TB Paru | Respon Verbal | * Memberikan anggota keluarga yang sakit makan sedikit tapi sering dan makanan dalam keadaan hangat. * Penderita Tb Paru harus banyak mengonsumsi makanan bergizi tinggi seperti ikan, daging, telur, susu dan buah-buahan untuk mempercepat kesembuhan dan pemulihan | * Diskusikan dengan keluarga tentang cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit * Tanyakan kembali pada keluarga cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit * Beri pujian atas jawaban yang tepat |
| Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan Tn. T tampak tidak menggunakan masker, anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker, jendela tampak tidak dibuka, tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T | Selama 3 hari kunjungan rumah diharapkan resiko tinggi penularan TB Paru tidak terjadi | Selama kunjungan rumah keluarga mampu mengenal cara pencegahan penularan TB Paru  Dengan cara:   * Menyebutkan cara cara pencegahan penularan TB Paru * Menganjurkan membuka jendela setiap hari * Menganjurukan sering menjemur tilam dan bantal | Respon Verbal | * Memakai masker saat berinteraksi dengan penderita Tb Paru * Membuat wadah khusus yang tertutup untuk penampungan dahak penderita Tb Paru * Membuka jendela dapat membuat sirkulasi udara lancar * Menjemur tilam dan bantal dapat mencegah kuman berkembang biak di tilam atau bantal | * Diskusikan dengan keluarga tentang cara cara pencegahan penularan TB Paru * Tanyakan kembali pada keluarga cara cara pencegahan penularan TB Paru * Beri pujian atas jawaban yang tepat |

* 1. **Implementasi dan Evaluasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
| 1. | Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan ditandai dengan adanya BTA (+), tanda-tanda vital: N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg, pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, bunyi nafas ronchi | Tgl 27 Mei 2019 jam 09.00 wib   * + Mengucapkan salam   + Menvalidasi keadaan keluarga   + Mengingatkan kontrak   + Menjelaskan tujuan   TUK 1   * Mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian Tb Paru * Menanyakan kembali pada keluarga tentang pengertian Tb Paru * Mendiskusikan bersama keluarga tentang tanda dan gejala Tb Paru * Menanyakan kembali pada keluarga tentang tanda dan gejala Tb Paru * Memberi pujian atas jawaban yang tepat * Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam * Menganjurkan keluarga untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam * Ajarkan cara membuat posisi semi fowler * Menganjurkan keluarga untuk mendemonstrasikan cara membuat posisi semi fowler * Memberi pujian jika keluarga dapat melakukan dengan baik | S:  - Keluarga menjawab salam  - Tn. T mengatakan sering merasa sesak dan sulit mengeluarkan dahak  - Tn. T dapat menyebutkan pengertian TB Paru  - Tn. T dapat menyebutkan tanda dan gejala TB Paru  - Tn. T mengatakan mampu dan mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam  - Tn. T mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler yang diberikan  - Keluarga Tn. T mengatakan bertambah ilmu tentang penyakit TB Paru  O:  - Keluarga Tn. T kooperatif dan aktif saat dijelaskan  - Keluarga mendengarkan penjelasan yang diberikan  - Tn. T dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi yang diajarkan  A:  - Keluarga dapat menyebutkan pengertian TB Paru  - Keluarga dapat menyebutkan tanda dan gejala TB Paru  P:  Intervensi dilanjutkan   * Mendiskusikan dengan keluarga tentang keiginan keluarga merawat Tn. T * Memberi motivasi dan semangat atas keputusan keluarga merawat Tn. T * Memberikan pujian atas jawaban yang tepat |
|  |  | TUK 2   * Mendiskusikan dengan keluarga tentang keiginan keluarga merawat Tn. T * Memberi motivasi dan semangat atas keputusan keluarga merawat Tn. T | S:  - Keluarga mengatakan akan merawat Tn. T dirumah  O:   * Keluarga tampak kooperatif saat diajak berdiskusi   A:  - Keluarga memutuskan untuk merawat Tn. T di rumah  P:  Intervensi dilanjutkan:   * Mendiskusikan dengan keluarga tentang cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit * Menanyakan kembali pada keluarga cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit * Memberikan pujian atas jawaban yang tepat |
| 2 | Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan | Tgl 28 Mei 2019 jam 09.00 wib  TUK:   * Mendiskusikan dengan keluarga tentang cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit (makanan yang bergizi tinggi seperti: daging, ikan, susu, telur, sayuran dan buah) * Menanyakan kembali pada keluarga cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit * Memberikan pujian atas jawaban yang tepat | S:   * Keluarga mengatakan akan memberi Tn. T makan sedikit tapi sering dengan makanan dalam keadaan hangat * Tn. T mengatakan akan mengkonsumsi makanan bergizi untuk mempercepat penyembuhannya   O:   * Keluarga tampak kooperatif saat diajak berdiskusi   A:   * Keluarga dapat menyebutkan cara pemenuhan nutrisi anggota keluarga yang sakit   P:  Intervensi dilanjutkan:   * Mendiskusikan dengan keluarga tentang cara-cara pencegahan penularan TB Paru * Menanyakan kembali pada keluarga cara- cara pencegahan penularan TB Paru * Memberikan pujian atas jawaban yang tepat |
| 3 | Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan Tn. T tampak tidak menggunakan masker, anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker, jendela tampak tidak dibuka, tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T | Tgl 29 Mei 2019 jam 09.00 wib  TUK:   * Mendiskusikan dengan keluarga tentang cara-cara pencegahan penularan TB Paru (membuka jendela setiap hari agar sirkulasi udara lancar, menggunakan masker, menggunakan wadah tertutup untuk membuang dahak) * Menanyakan kembali pada keluarga cara- cara pencegahan penularan TB Paru * Memberikan pujian atas jawaban yang tepat | S:   * Keluarga mengatakan akan membuka jendela setiap hari agar sirkulasi udara lancar * Keluarga mengatakan akan menggunakan masker * Tn. T mengatakan akan menggunakan wadah tertutup untuk membuang dahak   O:   * Keluarga tampak kooperatif saat diajak berdiskusi   A:   * Keluarga dapat menyebutkan cara pencegahan penularan penyakit TB Paru   P:  Intervensi dihentikan |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang Asuhan Keperawatan Tn. T pada Keluarga Tn. T Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Langkat Tahun 2019. Adapun ruang lingkup pembahasan ini adalah sesuai dengan proses keperawatan, yaitu dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

* 1. **Pengkajian**

Dalam melaksanakan pengkajian untuk memperoleh data, penulis melakukan wawancara langsung ke keluarga, observasi, dan pemeriksaan langsung ke rumah keluarga. Selain itu penulis juga mendapatkan data dari perawat di Puskesmas yang merawat pasien dan dari catatan perkembangan pasien. Pelaksanaan pengkajian mengacu pada teori, menurut landasan teori dan gejala utama pasien yang sering dijumpai pada pasien TB Paru adalah batuk, dahak yang purulen/kuning, batuk darah, nyeri dada, wheezing, dispneu.

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 27 Mei 2019 pasien mengeluh sering merasa sesak, sulit untuk mengeluarkan dahak, N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang muncul secara teori adalah: Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, dengan batasan karakteristik, kegagalan melakukan tindakan, mengurangi faktor resiko, kesulitan dengan regimen yang ditetapkan, ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, kurang perhatian terhadap penyakit.

Faktor yang berhubungan:

a. Kerumitan regimen terapeutik

b. Kerumitan sistem pelayanan kesehatan

c. Kesulitan ekonomi

d. Konflik keluarga

e. Konflik pengambilan keputusan (Nanda, 2015)

Sementara berdasarkan pengkajian di kasus didapatkan 3 diagnosa keperawatan keluarga, yaitu:

1. Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan ditandai dengan adanya BTA (+), tanda-tanda vital: N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg, pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, bunyi nafas ronchi
2. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan
3. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan Tn. T tampak tidak menggunakan masker, anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker, jendela tampak tidak dibuka, tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T

Dari data di atas, diagnosa keperawatan yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori sehingga tidak ada kesenjangan yang ditemukan pada pasien sesuai dengan pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis.

* 1. **Intervensi**

Perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah yang ada disesuaikan dengan kondisi keluarga saat ini. Tujuan ditetapkan dengan mengacu pada masalah yang akan diatasi/diminimalkan dan yang mencapai alat ukur, tercapainya tujuan. Rencana/intervensi adalah bagian akhir dari perencanaan dimana perawat memutuskan strategi dan tindakan yang akan dilakukan, diarahkan langsung pada etiologi atau faktor pendukung diagnosa keperawatan.

Tujuan dari diagnosa keperawatan yang penulis susun antara lain setelah dilakukan tindakan keperawatan bersihan jalan nafas menjadi efektif, setelah dilakukan kunjungan keluarga diharapkan mampu memenuhi nutrisi sesuai kebutuhan tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan pengetahuan keluarga bertambah dan resiko penularan TB Paru tidak terjadi.

* 1. **Implementasi**

Pada bab implementasi penulis melakukan kegiatan berupa pelaksanaan dari perencanaan yang telah dibuat serta mengkaji respon pasien, serta dilakukan tindakan-tindakan seperti: mengkaji pengetahuan keluarga tentang Tuberkulosis paru, mengevaluasi kembali, melaksanakan penyuluhan tentang penyakit TB Paru, tanda dan gejala, serta penyebab dan menganjurkan untuk sering mengkonsumsi makanan yang bergizi.

Saat dilakukan tindakan keperawatan pada Tn. T implementasi dari diagnosa keperawatan pertama sampai yang ketiga tidak ditemukan hambatan yang berarti. Hal ini didukung keterlibatan keluarga dalam membantu penulis memberikan asuhan keperawatan gerontik kepada pasien selain itu adanya semangat yang pasien miliki dalam melaksanakan tindakan yang diberikan.

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan ini penulis bekerja sama dengan perawat di Puskesmas Tanjung Langkat Kec. Salapian Kab. Langkat, keluarga pasien serta tim kesehatan lainnya, kemudian tindakan tersebut beserta respon pasien didokumentasikan dalam catatan keperawatan.

* 1. **Evaluasi**

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi yang dilakukan penulis adalah melihat apakah masalah yang ada sudah teratasi/diminimalkan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Pada kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan ditandai dengan adanya BTA (+), tanda-tanda vital: N: 82 x/menit, RR: 28 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg, pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, bunyi nafas ronchi

Diagnosa keperawatan ini dapat teratasi dimana keluarga sudah mengerti dan dapat menyebutkan pengertian TB Paru, tanda dan gejala TB Paru, Tn. T mampu dan mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

1. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan BB: 50 kg, TB: 162 cm, conjungtiva: pucat/anemis, Tn. T hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan

Diagnosa keperawatan ini dapat teratasi dimana keluarga dapat menyebutkan cara pemenuhan dan pemberian nutrisi anggota keluarga yang sakit.

1. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan Tn. T tampak tidak menggunakan masker, anggota keluarga yang lain tampak tidak menggunakan masker, jendela tampak tidak dibuka, tidak ada wadah tertutup khusus untuk tempat penampungan dahak Tn. T

Diagnosa keperawatan ini dapat teratasi dimana keluarga dapat menyebutkan cara pencegahan dan pelaksanaan pencegahan penularan penyakit TB Paru.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. **Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Tn. T pada Keluarga Tn. T Dengan Gangguan Sistem Pernafasan TB Paru Di Wilayah kerja Puskesmas Tanjung Langkat Tahun 2019 penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap ini, penulis menemukan data dari klien dan keluarga serta dapat bekerjasama sehingga penulis dapat memperoleh data yang baik dan akurat.

1. Tahap Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini, penulis menemukan 3 (tiga) diagnosa keperawatan yang terdapat dalam teori dan semua ditemukan dalam kasus

1. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan berjalan dengan baik, dimana klien, keluarga dan tenaga kesehatan dapat bekerjasama dengan penulis.

1. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini, penulis tidak menemukan adanya hambatan sehingga tahap pelaksanaan ini terlaksana dengan baik. Hal ini disebabkan adanya dukungan dan keinginan dari klien dan keluarga untuk kesembuhan penyakitnya.

1. Tahap Evaluasi

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Tn. T pada Keluarga Tn. T Dengan Gangguan Sistem Pernafasan TB Paru yang dilaksanakan selama 3 (tiga) hari terdapat 3 (tiga) diagnosa keperawatan yang dapat teratasi.

* 1. **Saran**

Setelah penulis mempelajari dan mengamati pada kasus Tuberkulosis Paru maka penulis menyarankan:

1. Bagi Perawat

Agar terus memberikan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan kepada keluarga agar dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit.

1. Bagi Keluarga

Dengan adanya anggota keluarga yang menderita TB paru, keluarga memiliki peran penting dalam penyembuhan penyakit TB paru, karena pada penyakit TB paru sangat dibutuhkan PMO untuk mengontrol pengobatan pada pasien TB paru

1. Bagi Puskesmas

Bagi Puskesmas Selesai untuk dapat menjadi referensi dan pemberian tambahan waktu dan durasi kunjungan keluarga dengan TB paru

**DAFTAR PUSKATA**

Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Kelularga* . Jakarta: Cv Sagung Seto.

Ahmad. (2015). *Harrison Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Vol. 2. Edisi 13.Jakarta: EGC.

Amalia Z. (2017). *Profil Hasil Pemeriksaan Mycobacterium Tuberculosis Menggunakan Genexpert pada Pasien di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Periode Juni 2016-Juni 2017*.

Aundrey, J. (2010). *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik Buku Saku Klinis*, Ed. 7. Jakarta: EGC.

Azis Alimul Hidayat. (2002). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Burke, K. M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Ed. 5, Vol. 4. Jakarta: EGC.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Cv. Trans Info Media.

Herawati, Mrs. (2015). *Hubungan Pengetahuan dengan Efikasi Diri Penderita Tuberkulosis Paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta*. Diss. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.

Loscalzo Joseph. (2016). *Kardiologi dan Pembuluh Darah*. Jakarta: EGC.

Marwansyah. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi ke 2. Bandung: Alfabeta.

Murniasih, E. (2010). *Hubungan Pemberian Imunisasi Bcg Dengan Kejadian Tuberculosis Paru Pada Anak Balita Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru Ambrawa*. Jurnal Kesehatan Surya Medika.

Muttaqin, A. (2011). *Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik* .Jakarta : Salemba Medika .

Naga, Sholeh S. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: DIVA Press.

Najmah. (2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Cv.Trans Info Media.

Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Defenisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 Editor T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru*. Jakarta: EGC.

Priyoto. (2014). *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rohmah. (2013). *Proses Keperawatan Teori Dan Aplikasi Dilengkapi Dengan Noc-Nic Dan Aplikasi Dalam Berbagai Kasus*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Suddarth, B. &. (2015). *Handbook For Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Jakarta : EGC.

Wahid. (2013). *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Muskuloskletal.* Jakarta: CV. Sangung Seto.

Widyanto, F. C. (2014). *Buku Keperawatan Komunitas dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wijaya A. S & Putri. (2013). *KMB I Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wilkinson, J. M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis Nanda, Intervensi Nic, Kriteria Hasil Noc*. Jakarta : EGC.

.

Yasmara, Deni. (2017). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.

Zaidin Ali, H. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.