**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, 2016). 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, 2016)

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.

Pada tahun 2017 diperoleh angka Case Notification Rate/CNR (kasus baru) TB Paru BTA (+) di Sumatera Utara sebesar 104,3 per 100.000. Berdasarkan data Profil Kesehatan yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang jumlah penderita TB Paru tahun 2015 sebanyak 2.992 penduduk atau sebesar 129,26% (Dinkes Kab. Deli Serdang, 2016).

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).

Menurut data dari Puskesmas Selesai jumlah penderita TB Paru tahun 2018 sebanyak 77 kasus dan bulan Januari-Mei 2019 sebanyak 30 kasus. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis mengambil judul kasus: **”Asuhan Keperawatan Ny. S pada Keluarga Tn. H Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Selesai Kecamatan Selesai Kab. Langkat Tahun 2019”.**

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

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

* + 1. **Tujuan Khusus**

a. Mampu melakukan pengkajian Ny.S pada Keluarga Tn. H dengan TB Paru

b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan Ny.S pada Keluarga Tn. H dengan TB Paru

c. Mampu membuat intervensi keperawatan Ny.S pada Keluarga Tn. H dengan TB Paru

d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan Ny.S pada Keluarga Tn. H dengan TB Paru

e. Mampu menggambarkan hasil evaluasi keperawatan Ny.S pada Keluarga Tn. H dengan TB Paru

f. Mampu membuat dokumentasi keperawatan Ny.S pada Keluarga Tn. H dengan TB Paru

* 1. **Metode Penulisan**

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggambarkan kasus Tuberkulosis melalui cara berikut ini :

* + 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 Keluarga Tn. H yang berkaitan dengan kasus.

* + 1. **Observasi**

Melakukan pengamatan secara langsung Keluarga Tn. H dengan TB Paru.

* + 1. **Studi Dokumentasi**

Pengumpulan data melalui catatan atau arsip di Puskesmas Selesai 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 Ny. S pada Keluarga Tn. H dengan Gangguan Sistem Pernapasan: Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Selesai Kec. Selesai Kab. 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 : Landasan teoritis yang meliputi; Konsep dasar TB Paru : pengertian, etiologi, anatomi dan fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penilaian tingkat keparahan, evaluasi diagnostik, penatalaksanaan, dan Asuhan keperawatan TB Paru yang terdiri dari: pengkajian, diagnosa keperawatan, dan intervensi keperawatan.

BAB III : Laporan 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**

**LANDASAN TEORITIS**

**2.1. Konsep Dasar Tuberculosis**

**2.1.1. Pengertian**

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**

Penyakit tuberculosis adalah bakteri mycobacterium tuberculosis dan mycobacterium bovis. Kuman tersebut mempunyai ukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, dan tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar yang tebal yang terdiri dari lipoid. Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik. Kuman tuberculosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat dorman dan aerob.

Bakteri tuberculosis ini mati pada pemanasan 1000C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 600C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama di tempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara. (Widoyono, 2011)

**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. Pencegahan Penularan**

a. Sinar Matahari

Sinar matahari langsung membunuh kuman TB dalam waktu 5 menit. Maka, memanfaatkan sinar matahari adalah cara paling cocok untuk dilakukan di daerah tropis (tetapi kuman-kuman dapat bertahan hidup selama bertahun-tahun di tempat gelap: mungkin banyak terjadi penularan di rumah atau di gubuk yang gelap).

b. Sodium hipoklorit (1%)

Sodium hipoklorit (1%) melarutkan dahak dan mampu membunuh kuman TB dengan cepat. Tetapi digunakan di dalam gelas, karena bahan tersebut dapat merusak logam. Bahan ini juga memutihkan/memudarkan warna jika terkena bahan berwarna. Tambahkan hipoklorit dua kali volume dahak.

c. Panas

TB dimusnahkan dalam waktu 20 menit pada suhu 60ºC dan dalam 5 menit pada suhu 70ºC

d. Tissu

Tissu harus di bakar secepat mungkin sesudah digunakan.

e. Menjemur di udara dan di bawah sinar matahari untuk semua bahan-bahan yang digunakan seperti selimut, wol, katun dll, merupakan metode yang baik digunakan untuk daerah tropis

f. Meningkatkan daya tahan tubuh

g. Memperbaiki standart hidup

1) Makan-makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna

2) Lengkapi ventilasi yang baik

3) Usahakan tidur yang cukup dan teratur

4) Lakukan olahraga pada tempat yang mengandung udara segar

h. Lakukan peningkatan kekebalan tubuh dengan vaksin BCG yang diberikan pada bayi baru lahir melalui SC (Sub Cutan)

**2.1.6. Komplikasi Tuberculosis Paru**

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 (Wahid, 2013)

**2.1.7. Penatalaksanaan**

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 (Burke, 2016)

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 |

(Muttaqin, 2011)

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 (Suddarth, 2015)

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 (Amalia, 2017).

**2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga**

**2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus anggota keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian 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 oleh Manalu (2010), 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 (Manalu, 2010).

**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. (Gusti, 2013)

**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 Tuberculosis 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).

**14) 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).

**15) 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 (Efendi, 2009).

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 (Efendi, 2009).

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 (Efendi, 2009).

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 (Efendi, 2009).

5) Lantai dan Dinding yang Aman

a) Mudah dibersihkan

b) Permukaan halus atau rata

c) Lantai terbuat dari kayu, bambu, ubin, atau plester (Efendi, 2009).

**16) 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 (Widyanto F. C., 2014)

**17) Mobilitas Geografis Keluarga**

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat (Widyanto F. C., 2014)

**18) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.**

Data ini menjalaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauhmana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat (Widyanto F. C., 2014)

**19) 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 (Widyanto F. C., 2014)

**20) Struktur Komunikasi dengan Keluarga**

a) Pola komunikasi keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara komunikasi dengan keluarga serta frekuensinya.

b) Struktur kekuatan keluarga

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

c) Struktur peran

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

d) Nilai/norma keluarga

Data ini menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait kesehatan khusunya pada penyakit Tuberculosis paru (Widyanto F. C., 2014)

**21) Fungsi Keluarga**

a) 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 tuberculosis paru untuk teratur minum obat.

b) Fungsi Sosialisasi

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

c) Fungsi Perawatan Kesehatan

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

2. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

d) Fungsi Reproduksi

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

e) 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 (Widyanto F. C., 2014)

**22) 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 (Mubarak, 2009)

**23) 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 (Muttaqin, 2011).

**24) 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).

**2.2.2. Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian.

Tipologi Diagnosa Keperawatan:

1.    Aktual: terjadi defisit/gangguan kesehatan

Dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan

2. Risiko: ancaman kesehatan

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

3.    Potensial: keadaan sejahtera atau “wellness”

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

**Skala Untuk Menentukan Prioritas Masalah:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Kriteria** | **Skor** | **Bobot** | **Nilai** |
| 1. | **Sifat Masalah** :- Tidak/ kurang sehat/ aktual-   - Ancaman kesehatan/ risiko-   - Keadaan sejahtera/ potensial | 321 | 1 |  |
| 2. | **Kemungkinan Masalah Dapat Diubah**- Mudah- Sebagian- Tidak dapat | 210 | 2 |  |
| 3. | **Petensi Masalah Untuk Dicegah**- Tinggi- Cukup- Rendah | 321 | 1 |  |
| 4. | **Menonjolnya Masalah**- Masalah berat, harus segera ditangani- Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani- Masalah tidak dirasakan | 210 | 1 |  |
| **Jumlah** |  |

**Skoring**:

1. Tentukan skore untuk setiap kriteria
2. Skore dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{Score}{Angka tertinggi} x Bobot$$

1. Jumlahkanlah skore untuk semua kriteria

**Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas:**

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

Untuk kriteria yang **kedua**, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:

-     Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah

-     Sumber daya keluarga: dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga

-    Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan dan waktu

-    Sumber daya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakatdan sokongan masyarakat

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

-     Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah

-    Lamanya masalah, yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada

-     Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah

-     Adanya kelompok “high risk” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah

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

**Etiologi dari Diagnosa Keperawatan**

**a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga**.

***Intervensi*** :

1. Berikan informasi tentang pengertian, penyebab, tanda gejala, komplikasi,serta penanganannya.

2. Identifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.

3. Dorong sikap emosi yang sehat dalam mengatasi masalah keluarga.

4. Beri penjelasan tentang keuntungan mengenal masalah-masalah kesehatan.

**b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tidakan kesehatan yang tepat**.

***Intervensi*** :

1. Musyawarah bersama keluarga mengenai akibat – akibat bila mereka tidak mengambil keputusan.

2. Perkenalkan kepada keluarga tentang alternatif yang dapat mereka pilih dan sumber–sumber yang di perlukan untuk melakukan tindakan keperawatan.

3. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.

**c.**  **Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.**

***Intervensi***:

1. Beri penjelasan keluarga cara perawatan anggota keluarga yang sakit.

2. Gunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.

3. Awasi keluarga melakukan perawatan.

4. Bantu anggota mengembangkan kesanggupan dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

**d.** **Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga**.

***Intervensi:***

1. Modifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan.

2. Beri penjelasan tentang keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan rumah.

3. Gali sumber–sumber keluarga yang mendukung memperbaiki keadaan fisik rumah yang tidak sehat.

4. Berikan penjelasan kepada keluarga pentingnya sanitasi lingkungan.

5. Lakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.

**e**. **Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat guna memelihara kesehatan.**

***Intervensi***:

1. Kenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.

2. Berikan penjelasan kepada keluarga tentang fungsi fasilitas kesehatan.

3. Bantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

4. Beri penjelasan tentang keuntungan menggunakan fasilitas kesehatan bagi keluarga.

**Masalah Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien Tuberculosis Paru menurut Nanda (2015):**

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

b. Ketidakefektifan management kesehatan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengabil keputusan dalam melakukan tindakan terhadap masalah kesehatan Tuberculosis paru

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan Tuberculosis Paru

d. Ketidakpatuhan terapi Tuberculosis paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan di masyarakat

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

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

g. Kepatuhan minum obat berhubungan dengan kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan di masyarakat

**Faktor Yang Berhubungan**

a. Regimen terapeutik inefektif

b. Sistem pelayanan kesehatan inefektif

c. Kesulitan ekonomi

d. Konflik keluarga

e. Konflik pengambilan keputusan (Nanda, 2015)

**2.2.3. Intervensi Keperawatan**

**2.2.3.1. Tujuan NOC**

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

**2.2.3.2. Intervensi NIC**

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. H

2. Alamat : Dusun Tanjong Kelurahan K. Parit Kec. Selesai

3. Komposisi Keluarga :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama Anggota Keluarga | JK | Hub. Dgn KK | Umur | Pendidikan | Pekerjaan |
| 12345 | Tn. HNy. SAn. KAn. SAn. A | LPLLP | Kepala KeluargaIstriAnakAnakAnak | 48 thn40 thn18 thn15 thn10 thn | SLTPSLTPSLTASDSD | WiraswastaWiraswastaPelajarPelajarPelajar |

**Genogram**

Keterangan :

: Perempuan : Perkawinan

: Laki-laki : Keturunan

: Perempuan meninggal : Laki-laki meninggal

: klien :yang tinggal bersama

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

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

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

7. Status sosial ekonomi keluarga : Tn. H mengatakan penghasilan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penghasilan diperoleh dari usaha dagang 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. H 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. H dan Ny. S sudah tinggal di rumah milik sendiri/pribadi. Anak pertama baru tamat SLTA dan akan melanjut ke perguruan tinggi, anak kedua dan ketiga sedang duduk dibangku sekolah menengah pertama dan sekolah dasar.

1. Riwayat keluarga inti

Ny. S mengatakan Tn.H 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. H berada di Dusun Tanjong Kelurahan K. Parit Kec. Selesai. Rumah yang di tempati keluarga Tn. H adalah milik sendiri dengan luas rumah 7x16 m2 Penataan peralatan rumah tangga tertata rapi, ventilasi dan pencahaayaan 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 3 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

14. Karateristik tetangga dan komunitas RW (Lingkungan):

Tetangga Keluarga Tn. H memiliki beragam pekerjaan, mulai dari pegawai swasta, pegawai negeri, dan yang berjualan makanan ringan. Tetangga keluarga Tn. H masih berstatus saudara dan hidup rukun dengan tetangga.

15. Mobilitas geografis keluarga :

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

16. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:

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

1. Sistem pendukung keluarga :

Dalam keluarga Tn. H apabila megalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan, maka Tn. H mendapat bantuan dari saudaranya.

**3.1.4. Struktur Keluarga**

18. Pola komunikasi keluarga : Dalam keluarga Tn. H saling terbuka satu sama lain, dalam keluarga semua anggota keluarga bebas mengatakan pendapat dan apabila ada masalah akan dibahas secara bersama

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

20. Struktur peran : Tn. H adalah kepala keluarga dan sekarang bekerja sebagai wiraswasta untuk dapat membiaya kebutuhan keluarga dan biaya pengobatan istri yang sedang sakit. Ny. S adalah seorang ibu rumah tangga dan bekerja sebagai wiraswasta juga tetapi sudah tidak bekerja lagi karena sakit. Anak K, anak S, dan anak A sebagai anak juga membantu Tn. H dalam merawat Ny. S

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

**3.1.5. Fungsi Keluarga**

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

23. Fungsi sosial : Anggota keluarga Tn. H dapat bersosialisasi dengan masyarakat di sekitarnya. Ini terlihat dari Tn. H mengenal dan mampu menyebutkan tetangga rumahnya

24. Fungsi perawatan keluarga : Selama Ny.S sakit, seluruh anggota keluarga saling membantu dalam merawat Ny. S. Tn. H yang selalu menemani setiap hari dan membantu memenuhi kebutuhan aktivitas Ny. S. Ny. S selalu rutin ke Puskesmas untuk memeriksakan kesehatannya dan mengambil obat apabila sudah habis. Apabila ada anggota keluarga yang sakit akan di bawa ke Puskesmas

**3.1.6. Stres dan Koping Keluarga**

25. Stressor jangka panjang dan pendek: Ny. S sering merasa sesak, sulit untuk mengeluarkan dahak, 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 Ny. S menjadi lebih baik dan terkontrol keadaannya.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Tn. H** | **Ny. S** | **An. K** | **An. S** | **An. A** |
| 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 | Rambut hitam, bersih dan lebat, tidak terdapat benjolan |
| Tanda-tanda vital | HR: 72 x/menitRR: 18 x/menitTemp: 37oCTD: 130/80 mmHg | N: 82 x/menitRR: 24 x/menitTemp: 37, 5oCTD: 110/70 mmHg | N: 80 x/menit RR: 20 x/menit Temp: 36,50 CTD:120/80 mmHg | N: 84 x/menit RR: 22 x/menit Temp: 36,50 CTD:120/80 mmHg | N: 87 x/menit RR: 22 x/menit Temp: 370 C |
| BB, TB/PB | BB: 68 kgTB: 162 cm | BB: 42 kg TB: 151 cm  | BB: 63 kg TB:168 cm  | BB: 48 kg TB:150 cm | BB: 38 kg TB:140 cm |
| Mata | Mata simetrisConjungtiva: tidak anemisSklera: putih  | Mata simetrisConjungtiva: pucat/anemisSklera: putih  | Mata simetrisConjungtiva: tidak anemis Sklera: putih | Mata simetrisConjungtiva: tidak anemisSklera: putih | Mata simetrisConjungtiva: tidak anemisSklera: 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 | 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 | 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 | Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada benjolan |
| Dada | Bunyi jantung normal lup-dup Paru vesikular  | Bunyi jantung normal lup-dup Pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, terdengar bunyi nafas ronchi | Bunyi jantung normal lup-dupParu vesicular  | Bunyi jantung normal lup-dupParu vesicular | Bunyi jantung normal lup-dupParu 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 | 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 | Ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak ada kelainan |

**3.1.9. Analisa Data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Data | Diagnosa Keperawatan |
| 1. | DS:* Ny. S mengatakan sering merasa sesak
* Sulit untuk mengeluarkan dahak

DO:* Tanda-tanda vital:

N: 82 x/menitRR: 24 x/menitTemp: 37, 5oCTD: 110/70 mmHg* Pada saat melakukan inspirasi pasien menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan
* Bunyi nafas ronchi
 | Bersihan jalan nafas tidak efektif pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru |
| 2 | DS:* Ny. S mengatakan tidak selera makan dan hanya menghabiskan setengah dari porsi yang disediakan

DO:* BB: 42 kg
* TB: 151 cm
* Conjungtiva: Pucat/anemis
* Ny.S hanya menghabiskan ½ dari 1 porsi bubur yang disediakan
 | Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru |
| 3 | DS:* Keluarga mengatakan jarang membuka jendela
* Ny. S mengatakan tidak mau menggunakan masker karena merasa sesak
* Keluarga mengatakan tidak mau menggunakan masker karena merasa tidak enak kepada Ny. S
* Ny. S mengatakan memakai peralatan makan yang sama dengan keluarganya
* Ny. S mengatakan membuang dahak di kamar mandi dan langsung disiram

DO:* Dari 3 kamar yang dimiliki keluarga hanya terdapat satu kamar yang memilki jendela
* Ny. S 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 Ny. S
 | Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru |

**3.1.10. Diagnosa Keperawatan Keluarga dan Scoring**

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | Score | Pembenaran |
| 1. | Sifat masalah:-aktual  | 3/3 x 1 | Ny. S sering merasa sesak dan sulit mengeluarkan dahak, dan saat dilakukan pemeriksaan fisik tampak saat melakukan inspirasi Ny. S menggunakan otot-otot aksesoris pernafasan, RR: 24 x/menit dan bunyi nafas ronchi |
| 2. | Kemungkinan masalah untuk diubah:-mudah  | 2/2 x 2 | Keluarga tahu tentang keadaan Ny. S, dilihat dari jarak Puskesmas tidak terlalu jauh dari rumah dan keluarga juga sering membawa Ny. S kontrol ke Puskesmas |
| 3. | Potensial masalah untuk dicegah -cukup | 2/3 x 1 | Masalah dapat dicegah dilihat dari penyakit yang diderita Ny. S dan sekarang dalam proses penyembuhan |
| 4. | Menonjolnya masalah:* harus segera ditangani
 | 2/2 x 1  | Masalah bersihan nafas tidak efektif sering dirasakan oleh Ny. S dan keluarga meminta masalah agar segera diatasi |
|  | Total  | 4 2/3 |  |

1. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | Score | Pembenaran |
| 1. | Sifat masalah:-aktual  | 3/3 x 1 | Ny. S mengatakan tidak selera makan dan hanya menghabiskan ½ dari satu porsi bubur yang disediakan, dan terlihat dari pemeriksaan fisik BB: 42 kg TB: 151 cm dan konjungtiva anemis |
| 2. | Kemungkinan masalah untuk diubah:-mudah  | 2/2 x 2 | Keluarga tahu tentang keadaan Ny. S, 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 Ny. S tidak mempunyai masalah baik dalam menelan maupun masalah pencernaan |
| 4. | Menonjolnya masalah:-segera diatasi | 2/2 x 1  | Masalah pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan pada Ny. S dirasakan oleh keluarga dan keluarga mengatakan harus segera diatasi |
|  | Total  | 4 2/3 |  |

1. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 Ny. S, 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 |  |

**3.2. Prioritas Diagnosa Keperawatan**

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru
2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru
3. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru
	1. **Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Evaluasi | Intervensi |
| TUM | TUK | Kriteria | Standar |
| Bersihan jalan nafas tidak efektif pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru | Selama 3 hari kunjungan rumah, bersihan jalan nafas efektif pada Ny. S | 1. Selama kunjungan rumah keluarga diharapkan mampu mengenal masalah Tb Paru pada anggota keluarga.

Dengan cara:* Menyebutkan pengertian TB Paru
* Menyebutkan tanda dan gejala Tb Paru
* Melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi sesak pada Ny.S
* Memberikan posisi semi fowler kepada Ny S
1. Selama kunjungan keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat Ny. S dengan TB Paru

Dengan cara:* Memutuskan untuk

Merawat Ny. S | Respon VerbalRespon VerbalRespon MotorikRespon motorikRespon 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 tinggiBatuk, batuk berdarah, sesak nafas, nyeri dada, demam, berkeringat pada malam hariSeluruh anggota keluarga terutama Ny. S dapat mendemonstrasikan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalamKeluarga dapat mendemonstrasikan cara memberikan posisi semi fowlerKeluarga memutuskan untuk merawat Ny. S 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 Ny. S
* Beri motivasi dan semangat atas keputusan keluarga merawat Ny. S
 |
| Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru | 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 ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru | Selama 3 hari kunjungan rumah diharapkan resiko tinggi penularan TB Paru tidak terjadi | Selama kunjungan rumah keluarga mampu mengenal cara pencegahan penularan TB ParuDengan 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. | Bersihan jalan nafas tidak efektif pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru  | 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- Ny. S mengatakan sering merasa sesak dan sulit mengeluarkan dahak- Ny. S dapat menyebutkan pengertian TB Paru- Ny. S dapat menyebutkan tanda dan gejala TB Paru- Ny. S mengatakan mampu dan mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam- Ny. S mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler yang diberikan- Keluarga Tn. H mengatakan bertambah ilmu tentang penyakit TB ParuO: - Keluarga Tn. H kooperatif dan aktif saat dijelaskan - Keluarga mendengarkan penjelasan yang diberikan - Ny. S dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi yang diajarkanA: - Keluarga dapat menyebutkan pengertian TB Paru- Keluarga dapat menyebutkan tanda dan gejala TB Paru P: Lanjutkan ke TUK berikutnya  |
|  |  | TUK 2* Mendiskusikan dengan keluarga tentang keiginan keluarga merawat Ny. S
* Memberi motivasi dan semangat atas keputusan keluarga merawat Ny. S
 | S:- Keluarga mengatakan akan merawat Ny. S dirumah O:* Keluarga tampak kooperatif saat diajak berdiskusi

A:- Keluarga memutuskan untuk merawat Ny. S di rumahP:- Lanjutkan ke TUK berikutnya  |
| 2 | Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru | Tgl 28 Mei 2019 jam 09.00 wibTUK:* 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
 | S:* Keluarga mengatakan akan memberi Ny. S makan sadikit tapi sering dengan makanan dalam keadaan hangat
* Ny. S 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:Lanjutkan ke TUK berikutnya  |
| 3 | Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru | Tgl 29 Mei 2019 jam 09.00 wibTUK:* 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
 |  S:* Keluarga mengatakan akan membuka jendela setiap hari agar sirkulasi udara lancar
* Keluarga mengatakan akan menggunakan masker
* Ny. S 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 Keluarga Tn. H pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Selesai Kecamatan Selesai Kab. Langkat. 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 Tuberkulosis 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: 24 x/menit, Temp: 37, 5oC, TD: 110/70 mmHg.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang muncul secara teori adalah:

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

b. Ketidakefektifan management kesehatan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengabil keputusan dalam melakukan tindakan terhadap masalah kesehatan Tuberculosis paru

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan Tuberculosis Paru

d. Ketidakpatuhan terapi Tuberculosis paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan di masyarakat

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

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

g. Kepatuhan minum obat berhubungan dengan kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan di masyarakat

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

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru.
2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru
3. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru

Adapun diagnosa keperawatan yang terdapat di teoritis tetapi tidak terdapat di kasus yaitu:

1. Ketidakefektifan management kesehatan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengabil keputusan dalam melakukan tindakan terhadap masalah kesehatan Tuberculosis paru
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan Tuberculosis Paru
3. Ketidakpatuhan terapi Tuberculosis paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan di masyarakat
4. Peningkatan Status kesehatan berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
5. Kepatuhan minum obat berhubungan dengan kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan di masyarakat

Adapun diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teoritis yaitu:

1. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru
	1. **Perencanaan/Implementasi**

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.

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 Ny. S 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 Selesai Kecamatan Selesai Kab. Langkat, keluarga pasien serta tim kesehatan lainnya, kemudian tindakan tersebut beserta respon pasien didokumentasikan dalam catatan keperawatan.

* 1. **Evaluasi**

Tahap evaluasi merupakan tahap dimana terjadi proses umpan balik bahkan tindakan yang dilaksanakan secara umum dari hasil implementasi yang telah dilakukan baik. Hal ini terlihat dari tindakan yang telah dilakukan dari hasil sesuai dengan kriteria dan tujuan yang diharapkan.Setelah dilakukan tindakan, penulis melakukan penilaian atas 3 diagnosa keperawatan yang ada dan semua masalah dapat teratasi.

* 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru
	2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. S di keluarga Tn. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Ny. S dengan TB Paru
	3. Resiko tinggi penularan Tb Paru berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan terutama pada pencegahan penularan Tb Paru

Hal ini disebabkan karena adanya kemauan dan kerjasama yang baik antara keluarga dan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga masalah keperawatan yang terdapat pada keluarga dengan TB Paru sudah teratasi secara maksimal sesuai rencana/tindakan yang dilaksanakan perawat.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. **Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. H pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pernafasan Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Selesai Kecamatan Selesai Kab. Langkat 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 Keluarga Tn. H pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pernafasan Tuberkulosis 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 agar perawat lebih meningkatkan waktu dan durasi kunjungan keluarga dengan TB paru

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya untuk bisa lebih spesifik lagi dalam menentukan intervensi untuk 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.

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.

Efendi, F. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

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

Herawati, Mrs. (2016). *Hubungan Pengetahuan dengan Efikasi Diri Penderita Tuberkulosis Paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta*. Diss. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Profil Kesehatan Sumatera Utara*. Kemenkes RI.

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

Manalu, H. S. T. (2010). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru dan Upaya Penanggulangannya*. Jurnal Ekologi Kesehatan Volume 9 Nomor 4.

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

Mubarak, W. I., Chayatin, N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.

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.

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

Rosiana, Anny. (2013). *Perbedaan Kepatuhan Minum Obat Sebelum dan Setelah Afirmasi Positif pada Penderita TB Paru di Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan.

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

Sudoyo A W, Setyohadi D, Alwi I dkk. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Edisi 5. Jakarta: Interna Publishing Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam.

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

Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.

Widyanto, F. C. (2014). *Buku Keperawatan Komunitas dengan Pendekatan Praktis*. 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.