

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, kelahiran atau adopsi yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 2010).

2.1.2 Ciri-Ciri Keluarga

Ciri keluarga menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton (dalam Padila, 2012) yaitu:

1. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
2. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
3. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (*Nomen clatur*) termasuk perhitungan garis keturunan.
4. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
5. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Ciri keluarga Indonesia menurut Padila (2012):

1. Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
2. Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
3. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah.
4. Berbentuk monogram.
5. Bertanggung jawab.
6. Mempunyai semangat gotong royong.

2.1.3 Tipe/ Bentuk Keluarga

Menurut Setiadi (2008) pembagian tipe ini bergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan:

1. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (anak kandung atau anak angkat).
 - 2) Keluarga besar (*extended family*), yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah misalnya kakek, nenek, paman, bibi atau keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti keluarga nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek-nenek) dan keponakan.
2. Secara modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain diatas adalah:

1) *Tradisional nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

2) *Reconstituted nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/ istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan perkawinan baru, satu/ keduanya dapat berkeja di luar rumah.

3) *Niddle age/ Aging couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/ kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meniggalkan rumah mereka karena sekolah/ perkawinan/ meniti karir.

4) *Dyanic nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak lagi mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja diluar rumah.

5) *Single parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau diluar rumah.

6) *Dual carrier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

7) *Commuter married*

Suami/ istri atau keduanya orang karir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) *Single adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9) *Three generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) *Institutional*

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam satu panti-panti.

11) *Communal*

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) *Group marriage*

Yaitu suatu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunan didalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

2.1.4 Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2010) struktur keluarga terdiri atas:

1. Pola komunikasi

Pola komunikasi keluarga sebagai suatu simbolis, proses transaksional menciptakan dan membagi arti dalam keluarga. Seperti halnya setiap orang mempunyai gaya komunikasi yang berbeda, begitu pula setiap keluarga mempunyai gaya dan pola komunikasi yang unik. Komunikasi yang jelas dan fungsional antara anggota keluarga merupakan alat yang penting untuk mempertahankan lingkungan yang kondusif yang diperlukan untuk mengembangkan perasaan berharga dan harga diri serta menginternalisasikannya.

Sebaliknya komunikasi yang tidak jelas diyakini sebagai penyebab utama fungsi keluarga yang buruk.

2. Struktur kekuasaan

Kekuasaan merupakan kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah orang lain kearah positif. Kekuasaan selalu melibatkan hubungan interpersonal yang tidak simetris. Salah seorang yang berinteraksi memiliki pengaruh/ kendali yang lebih besar dalam suatu hubungan. Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan keluarga pada umumnya lebih sering dilakukan secara bersama dalam keluarga saat ini dan masa lampau.

3. Struktur peran

Peran adalah perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu, posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial. Serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri, suami atau anak.

4. Nilai atau norma keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat sistem nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

2.1.5 Fungsi Pokok Keluarga

Menurut Friedman (2010) fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga terdapat dalam fungsi keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi biologis, adalah fungsi yang bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak-anak untuk kelanjutan generasi seterusnya.
4. Fungsi psikologis, adalah fungsi yang terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.
5. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
6. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

7. Fungsi pendidikan, adalah fungsi yang diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

2.1.6 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Menurut Friedman (2010) mengemukakan bahwa kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari lima tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Adapun lima tugas kesehatan keluarga tersebut meliputi:

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

2.1.7 Peran Perawat Keluarga

Menurut Muhlisin (2012) mengemukakan bahwa perawat kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan pada keluarga sebagai unit pelayanan untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Fungsi perawat, membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga. Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga antara lain:

1. Pendidik

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga.

2. Koordinator

Koordinator diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai. Koordinasi juga sangat diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan.

3. Pelaksana

Perawat yang bekerja dengan pasien dan keluarga baik di rumah klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung. Kontak pertama perawat kepada keluarga melalui anggota keluarga yang sakit. Perawat dapat mendemonstrasikan kepada keluarga asuhan keperawatan yg diberikan dengan harapan keluarga nanti dapat melakukan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit.

4. Pengawas kesehatan

Sebagai pengawas kesehatan perawat harus melakukan "*home visit*" atau kunjungan rumah yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan tentang kesehatan keluarga.

5. Konsultan (penasehat)

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga didalam mengatasi masalah kesehatan. Agar keluarga mau meminta nasehat kepada perawat maka

hubungan perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya.

6. Kolaborasi

Perawat juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

7. Fasilitator

Peran perawat keluarga disini adalah membantu keluarga didalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Kendala yang sering dialami keluarga adalah keraguan didalam menggunakan pelayanan kesehatan, masalah ekonomi, dan sosial budaya. Agar dapat melaksanakan peran fasilitator dengan baik maka perawat keluarga harus mengetahui sistem pelayanan kesehatan, misalnya sistem rujukan dan dana sehat.

8. Penemu kasus

Peran perawat keluarga yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan atau wabah.

9. Modifikasi lingkungan

Perawat keluarga juga harus dapat memodifikasi lingkungan masyarakat agar dapat tercipta lingkungan yang sehat.

2.1.8 Tugas Perkembangan Keluarga

Terdapat tahapan-tahapan didalam siklus kehidupan keluarga, seperti halnya individu-individu yang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan secara terus menerus. Menurut Duval (dalam Padila, 2012) mengemukakan bahwa

terdapat delapan tahap siklus kehidupan keluarga beserta tugas perkembangannya adalah sebagai berikut:

1. Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

Keluarga baru/ pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- c. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
- d. Menetapkan tujuan bersama
- e. Persiapan menjadi orang tua
- f. Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

2. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- a. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
- b. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- c. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- d. Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek, dan nenek
- e. Bimbingan orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
- f. Konseling KB post partum 6 minggu

- g. Menata ruang untuk anak
- h. Menyiapkan biaya *Child bearing*
- i. Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga
- j. Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

3. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan – 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
- b. Mensosialisasikan anak
- c. Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
- d. Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
- e. Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
- f. Pembagian tanggung jawab
- g. Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

4. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 6 – 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- b. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- c. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

- d. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- e. Menyediakan aktivitas untuk anak.

5. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13 – 20 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika menjadi dewasa dan semakin mandiri
- b. Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
- c. Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
- d. Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.

6. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
- b. Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- c. Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
- d. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- e. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- f. Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

7. Tahap keluarga usia pertengahan

Tugas perkembangan keluarga:

- a. Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- b. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak
- c. Memperkokoh hubungan perkawinan
- d. Persiapan masa tua/ pensiun.

8. Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga:

- a. Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- b. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- c. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- d. Mempertahankan hubungan perkawinan
- e. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- f. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- g. Melakukan *life review* masa lalu.

2.2 Teori Tuberkulosis Paru

2.2.1 Pengertian

Tuberkulosis Paru adalah penyakit infeksius yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis* yang paling banyak menyerang organ paru-paru, dengan gejala yang sangat bervariasi (Padila, 2013).

2.2.2 Etiologi

Agen infeksius utama, *Mycobacterium tuberculosis* adalah batang aerobic tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitive terhadap panas dan sinar ultraviolet. *Mycobacterium tuberculosis* berbentuk batang dan panjang 1-4/ μm dengan tebal 0,3-0,5/ μm . Selain itu juga terdapat *Mycobacterium bovis* dan *Mycobacterium africanum* pada kejadian yang jarang berkaitan dengan terjadinya infeksi Tuberkulosis. Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan hidup terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga disebut (BTA) Bahan Tahan Asam (Padila, 2013).

2.2.3 Klasifikasi Tuberkulosis

Klasifikasi Tuberkulosis Paru menurut gejala klinis, radiologi dan riwayat penyakit sebelumnya yaitu:

1. Kategori 0
 - 1) Tidak pernah terpapar/ terinfeksi
 - 2) Riwayat kontak negatif
 - 3) Tes tuberculin negatif
2. Kategori I
 - 1) Terpapar TB tapi tidak terbukti ada infeksi

- 2) Riwayat/ kontak negatif
 - 3) Tes tuberculin negatif
3. Kategori II
- 1) Terinfeksi TB tapi tidak sakit
 - 2) Tes tuberculin positif
 - 3) Radiologis dan sputum negatif
4. Kategori III

- 1) Terinfeksi dan sputum positif/ sakit

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatannya ada beberapa tipe pasien yaitu:

1. Baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah minum OAT kurang dari 1 bulan (4 minggu).

2. Kambuh

Adalah pasien Tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan Tuberkulosis dan dinyatakan sembuh, pengobatan lengkap diagnosis kembali dengan BTA positif (apusan kultur).

3. Putus berobat (*Droup out*)

Adalah pasien yang telah berobat 2 (dua) bulan atau lebih dengan BTA positif.

4. Gagal (*Failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan (Padila, 2013).

2.2.4 Patofisiologi

Jalan masuk awal bagi basilus tuberkel ke dalam paru atau tempat lainnya pada individu yang sebelumnya sehat menimbulkan respon peradangan akut nonspesifik yang jarang diperhatikan dan biasanya disertai dengan sedikit atau sama sekali tanpa gejala. Basilus kemudian ditelan oleh makrofag dan diangkut ke kelenjar limfe regional. Bila penyebaran organisme tidak terjadi pada tingkat kelenjar limfe regional, lalu basilus tuberkel mencapai aliran darah dan terjadi diseminata yang luas. Kebanyakan lesi tuberkulosis diseminata menyembuh, sebagaimana lesi paru primer, walaupun tetap ada focus potensial untuk reaktivasi selanjutnya. Selama 2 hingga 8 minggu setelah infeksi primer, saat basilus terus berkembang biak di lingkungan intraselulernya, timbul hipersensitivitas pada penjamu yang terinfeksi. Limfosit yang cakap secara imunologik memasuki daerah infeksi, di situ limfosit menguraikan faktor kemotaktik, interleukin dan limfokin. Sebagai responnya, monosit masuk ke daerah tersebut dan mengalami perubahan bentuk menjadi makrofag dan selanjutnya menjadi histiosit khusus yang tersusun menjadi granuloma. Mikobakterium dapat bertahan dalam makrofag selama bertahun-tahun walaupun terjadi peningkatan pembentukan lisozim dalam sel ini, namun multiplikasi dan penyebaran selanjutnya biasanya terbatas. Kemudian terjadi penyembuhan, seringkali dengan klasifikasi granuloma yang lambat yang kadang meninggalkan lesi sisa tampak pada foto rontgen paru (Asdie, 2014).

2.2.5 Manifestasi klinis

Gejala umum Tuberkulosis Paru adalah batuk lebih dari 4 minggu dengan atau tanpa sputum, malaise, gejala flu, demam ringan, nyeri dada dan batuk darah,

dengan gejala lain yaitu kelelahan, penurunan berat badan serta keluar keringat pada malam hari.

1. Demam : subfebril menyerupai influenza
2. Batuk : batuk kering (non produktif), batuk produktif (sputum), hemaptoe (batuk darah).
3. Sesak nafas : pada penyakit TB yang sudah lanjut dimana infiltrasinya sudah $\frac{1}{2}$ bagian paru-paru.
4. Nyeri Dada
5. Malaise : anoreksia, nafsu makan menurun, sakit kepala, nyeri otot, dan keringat malam (Padila, 2013).

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Beberapa jenis pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis TB menurut Nizar (2017) sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Darah

Dengan cara melakukan pemeriksaan laju endapan darah (LED) dan leukosit, merupakan diagnostik penunjang untuk menegakkan diagnosis TB. Dalam keadaan infeksi atau virulensi akan terjadi peningkatan LED dan jumlah leukosit dan sedikit limposit. Namun dalam keadaan penyembuhan jumlah leukosit dan LED akan menurun.

2. Pemeriksaan Dahak/ mikroskopis

Standar yang ditetapkan WHO dalam kesepakatan global dengan strategi DOTS penegakkan diagnosis metode mikroskopis dilakukan dengan mengumpulkan tiga spesimen dahak dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa **Sewaktu-Pagi-Sewaktu** (SPS). Penilaian disesuaikan

berdasarkan skala IUAT (*International Union Against Tuberculosis*) sebagai berikut:

- a. Bila tidak ditemukan BTA dalam 100 LP maka dikategorikan negatif
 - b. Ditemukan BTA 1-9 dalam 100 LP, catat jumlah kuman yang meragukan
 - c. Ditemukan BTA 10-99 dalam 100 LP dikategorikan 1+
 - d. Ditemukan BTA 1-10 dalam 1 LP dikategorikan 2+
 - e. Lebih dari 10 BTA ditemukan dalam 1 LP dikategorikan 3+
3. Uji Tuberkulin

Standar tes tuberkulin yang direkomendasikan oleh *Purified Protein Derivative* (PPD) setelah 48-72 jam penyuntikan akan terjadi reaksi indurasi (*not erythema*). Apabila luas reaksinya sekitar 0-4 mm dikatakan negatif hasil tes tuberkulin. Luas antara 5-9 mm dikategorikan hasil yang meragukan dan keluasan reaksi >10 mm baru dikatakan positif.

4. Rontgen thorax atau X-Ray

Pada umumnya pemeriksaan rontgen thorax diberlakukan pada pasien dengan kondisi tertentu.

2.2.7 Pengobatan Tuberkulosis Paru

Pengobatan Tuberkulosis Paru adalah sebagai berikut :

Program nasional pemberantasan Tuberkulosis di Indonesia sudah dilaksanakan sejak tahun 1950-an. Ada 6 macam inisial yang telah dipakai sbb; isoniazid (H), Paramino salisilik acid (PAS), Streptomisin (S), Etambutol (E), Rifampisin (R), dan Pirazinamid (Z). Sejak tahun 1994 sampai saat ini program pengobatan TB Indonesia sudah mengacu pada program *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) yang berdasarkan rekomendasi WHO.

Regimen pengobatan saat ini (metode DOTS)

1. Kategori 1

Pasien TB dengan sputum BTA positif dan kasus baru, regimen pengobatan fase inisial regimen terdiri dari HRZSE, setiap hari selama 2 bulan obat H, R, Z, dan S atau E. Sputum BTA awal yang positif diharapkan setelah 2 bulan menjadi negatif, dan kemudian dilanjutkan ke fase lanjutan 4HR atau 4H R3 atau 6HE. Apabila sputum BTA masih tetap positif setelah 2 bulan, fase intensif diperpanjang dengan 4 minggu lagi, tanpa melihat apakah sputum sudah negatif atau tidak.

2. Kategori 2

Pasien kasus kambuh atau gagal dengan sputum BTA positif. Pengobatan fase inisial terdiri dari 2HRZES/ 1HRZE yaitu R dan H, Z, E setiap hari selama 3 bulan, ditambah dengan S selama 2 bulan pertama. Apabila sputum menjadi negatif, fase lanjutan bisa segera dimulai. Apabila sputum BTA masih positif pada minggu ke-12, fase obat dengan 4 obat dilanjutkan 1 bulan lagi. Bila akhir bulan ke-4 sputum masih positif semua obat dihentikan selama 2-3 hari dan dilakukan kultur sputum untuk uji kepekaan. Obat dilanjutkan memakai regimen fase lanjutan, yaitu 5HRE.

3. Kategori 3

Pasien TB dengan sputum BTA negatif tetapi kelainan paru tidak luas (selain dari kategori 1). Pengobatan fase inisial terdiri dari 2HRZ.

4. Kategori 4

Tuberkulosis kronik, pada pasien ini mungkin mengalami resistensi ganda, sputumnya harus di kultur dan uji kepekaan obat.

Tabel 2.1 Regimen pengobatan Tuberkulosis

No.	Kategori pasien TB	Fase awal	Fase lanjutan
1.	TB sputum BTA positif baru bentuk TBC berat, dan TBC BTA negatif	2 SHRE (EHRZ) 2 SHRZ (EHRZ) 2 SHRZ (EHRZ)	6 HE 4 HR 4 HR
2.	Kegagalan pengobatan	2 SHZE/ 1 HRZE 2 SHZE/ 1 HRZE	5 HRE 5 HRE
3.	TB sputum BTA negatif TB ekstra-paru (menengah berat)	2 HRZ 2 HRZ 2 HRZ	6 HE 2 HR/ 4H 2 HR/ 4H
4.	Kasus kronik (masih BTA positif setelah pengobatan ulang yang disupervisi)	Tidak dapat di aplikasikan	

Tabel 2.2 Dosis Obat

Nama obat	Dosis Harian		Dosis berskala 3 x seminggu
	BB < 50 kg	BB > 50 kg	
Isoniazid	300 mg	400 mg	600 mg
Rifampisin	450 mg	600 mg	600 mg
Pirazinamid	1000 mg	2000 mg	2-3 g
Streptomisin	750 mg	1000 mg	1000 mg
Etambutol	750 mg	1000 mg	1-1,5 g
Etionamid	500 mg	750 mg	
PAS	99 g	10 g	

Tabel 2.3 Efek Samping Obat

Efek Samping Obat	
INH	Neuropati perifer dapat dicegah dengan pemberian vitamin B6
Rifampisin	Sindrom flu, hepatotoksik
Streptomisin	Nefrotoksik, gangguan nervus VIII kranial
Etambutol	Neuritis optika, nefrotoksik, dermatitis
Etionamid	Hepatotoksik, gangguan pencernaan
PAS	Hepatotoksik, gangguan pencernaan

2.2.8 Komplikasi

Menurut Ardiansyah (2012) komplikasi dari penyakit TB ada 2, yaitu:

1. Komplikasi dini:
 - 1) Pleuritis
 - 2) Efusi pleura
 - 3) Pneumonia
 - 4) Laringitis
2. Komplikasi lanjut:
 - 1) Obstruksi jalan nafas
 - 2) Kor pulmonale
 - 3) Sindrom gagal nafas

2.2.9 Upaya Pencegahan Tuberkulosis di Rumah

1. Upaya promotif

Upaya ini dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan memberikan:

- 1) Penyuluhan kesehatan masyarakat mengenai Tuberkulosis Paru
- 2) Peningkatan gizi pada pasien dengan Tuberkulosis Paru
- 3) Pemeliharaan kesehatan perorangan
- 4) Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- 5) Olahraga teratur

2. Upaya preventif

Ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit gangguan terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok masyarakat melalui kegiatan

- 1) Imunisasi pada bayi, balita dan ibu hamil

- 2) Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas, maupun kunjungan rumah.
- 3) Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas atau di rumah.

3. Upaya kuratif

Upaya kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota keluarga, kelompok dan masyarakat yang menderita penyakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan:

- 1) Perawatan orang sakit di rumah
- 2) Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas atau rumah sakit

4. Upaya rehabilitatif

Upaya ini merupakan pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat maupun pada kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misal: Tuberkulosis, kusta, cacat fisik dan lainnya dilakukan latihan fisik, dan pengobatan rutin.

2.3 Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga (Setiadi, 2008). Pengumpulan data pada keluarga dapat dilakukan dengan cara wawancara, pengamatan, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik.

Pada kegiatan pengkajian ada beberapa tahap yang perlu dilakukan yaitu:

1. Membina hubungan yang baik.

Hubungan yang baik antar perawat dan pasien (keluarga) merupakan modal utama pelaksanaan asuhan keperawatan.

2. Pengkajian awal.

Pengkajian ini terfokus sesuai data yang di peroleh dari unit pelayanan kesehatan.

3. Pengkajian lanjutan (tahap kedua)

Menjelaskan tujuan kunjungan dan meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di keluarga.

Hal-hal yang perlu dikaji pada tahap pengkajian adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data yang perlu dikaji adalah:

1. Data umum
 - a) Identitas kepala keluarga

Terdiri dari nama, umur, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta nomor telpon yang cukup jelas dari kepala keluarga.

b) Komposisi keluarga

Komposisi ini biasanya terdiri dari nama, jenis kelamin, hubungan dengan KK, umur, pendidikan dan status imunisasi dari masing-masing anggota keluarga yang dibuat dalam bentuk tabel untuk memudahkan pengamatan.

Tabel 2.4 Komposisi Keluarga

No	Nama	L/P	Hub. Dgn KK	Umur	Pendidikan	Status Imunisasi					Ket
						B C G	Polio	DPT	Hepatitis	Ca mp ak	

c) Genogram

Adalah simbol-simbol yang dipakai dalam pembuatan genogram untuk menggambarkan susunan keluarga. Adapun simbol-simbol tersebut adalah sebagai berikut:

- : laki-laki
- : perempuan
- : meninggal
- : meninggal
- : tinggal serumah
-  : pasien

d) Tipe keluarga

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

e) Suku bangsa (etnis)

Menjelaskan tentang latar belakang etnis keluarga, tempat tinggal keluarga, kegiatan-kegiatan keagamaan, sosial, budaya, rekreasi, pendidikan, kebiasaan-kebiasaan diet dan berbusana, struktur kekuasaan keluarga tradisional atau modern, penggunaan jasa-jasa perawatan kesehatan keluarga dan praktisi, serta penggunaan bahasa sehari-hari di rumah.

f) Agama dan kepercayaan

Menjelaskan tentang apakah anggota keluarga berbeda dalam praktik keyakinan atau tidak, seberapa aktif keluarga terlibat dalam kegiatan agama, keluarga menganut agama apa, kepercayaan dan nilai keagamaan yang dianut dalam kehidupan keluarga terutama dalam hal kesehatan.

g) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya, kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

h) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan saat ini

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan Duvall, ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya.

3. Riwayat kesehatan keluarga

a) Riwayat keluarga sebelumnya

Disini diuraikan riwayat keluarga kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini.

b) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga saat ini

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota dan sumber pelayanan yang digunakan keluarga.

c) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

Dikaji tentang jika keluarga mengalami masalah kesehatan maka berobat kemana.

4. Pengkajian lingkungan

a) Karakteristik rumah

Mengkaji tentang gambar tipe tempat tinggal, denah rumah, gambaran kondisi rumah meliputi jumlah kamar dan tipe kamar, perabot, penerangan, ventilasi, lantai, tangga, susunan dan bangunan yang lain dalam kondisi yang adekuat. Di dapur, amati suplai air minum, penggunaan alat-alat

masak, pengamanan untuk kebakaran. Di kamar mandi, amati sanitasi, air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk. Kaji pengaturan tidur di dalam rumah. Amati keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah. Apakah ada serbuan serangga-serangga kecil atau masalah-masalah sanitasi yang disebabkan oleh kehadiran binatang peliharaan. Kaji perasaan subyektif keluarga terhadap rumah. Evaluasi pengaturan privasi dan bagaimana keluarga merasakan privasi mereka memadai. Evaluasi tidak adanya bahaya terhadap keamanan rumah/ lingkungan. Evaluasi adekuasi pembuangan sampah. Kaji perasaan puas/ tidak dari anggota keluarga serta keseluruhan dengan pengaturan/ penataan rumah.

b) Karakteristik tetangga

Menjelaskan mengenai karakteristik tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat, budaya yang mempengaruhi kesehatan.

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan-kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal atau tidak.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.

e) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan

meliputi fasilitas fisik, psikologis atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat.

5. Struktur keluarga

a) Pola komunikasi

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan adakah hal-hal/ masalah dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

b) Struktur kekuasaan

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya pengambilan keputusan dalam keluarga, perasaan puas dengan pola yang digunakan dalam keluarga.

c) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

6. Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepada keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b) Fungsi sosialisasi

Bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, tahu budaya dan perilaku.

c) Fungsi perawatan keluarga

Sejauh mana keluarga menyiapkan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, merawat anggota yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat, menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat.

d) Fungsi reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

e) Fungsi ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandangan, pangan dan papan, dan memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya meningkatkan status kesehatan keluarga.

7. Pemeriksaan fisik

Diperiksa persistem sesuai dengan keadaan klien.

8. Koping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan dan jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.

- b) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.

- c) Strategi koping yang digunakan

Strategi yang digunakan keluarga dalam menghadapi pemasalahan yang muncul.

- d) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga apabila terjadi masalah.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga mengenai masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

Tahap dalam diagnosa keperawatan keluarga antara lain:

1. Analisa Data

Cara analisa data adalah:

- 1) Validasi data, yaitu meneliti kembali data yang terkumpul dalam format pengkajian
- 2) Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual
- 3) Membandingkan dengan standar
- 4) Membuat kesimpulan dari kesenjangan yang di timbulkan

2. Perumusan Masalah

Komponen diagnosa keperawatan keluarga meliputi:

1. Masalah (problem)

Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan IPKKI (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Kesehatan
 - a. Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga.
 - b. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.
 - c. Perilaku kesehatan cenderung berisiko.
- 2) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perawatan Diri
 - a. Hambatan pemeliharaan rumah.
- 3) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Peran Caregiver
 - a. Kesiapan meningkatkan pemberian ASI.
 - b. Ketegangan peran pemberi asuhan.
 - c. Kesiapan meningkatkan menjadi orang tua.
- 4) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Hubungan Keluarga
 - a. Risiko gangguan perlekatan.
 - b. Gangguan proses keluarga.
 - c. Kesiapan meningkatkan proses keluarga.
- 5) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perfoma Peran
 - a. Risiko ketidakefektifan hubungan.
 - b. Konflik peran orang tua.
 - c. Ketidakefektifan perfoma peran.
 - d. Hambatan interaksi sosial.
- 6) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Respon Koping
 - a. Penurunan koping keluarga.

- b. Ketidakmampuan koping keluarga.
 - c. Kesiapan meningkatkan koping keluarga.
- 7) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Nilai/ Keyakinan/
Aksikongruen
- a. Konflik pengambilan keputusan.
 - b. Kesiapan meningkatkan pengambilan keputusan.
- 8) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Pertumbuhan
- a. Risiko pertumbuhan tidak proporsional.
- 9) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perkembangan
- a. Risiko keterlambatan perkembangan.
- 10) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Cares
- a. Gangguan kemampuan untuk melakukan perawatan.
- 11) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Emosional/ Isu Psikologikal
- a. Gangguan komunikasi.
- 12) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perawatan Keluarga
- a. Gangguan proses keluarga.
- 13) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Health Promotion
- a. Gangguan mempertahankan kesehatan.
 - b. Risiko bahaya lingkungan.
- 14) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Perawatan
Jangka Panjang
- a. Kurang pengetahuan tentang penyakit.
- 15) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Medikasi
- a. Ketidakpatuhan.

16) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Risiko

- a. Kekerasan rumah tangga.
- b. Risiko jatuh.
- c. Risiko infeksi.

17) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Keadaan Sosial

- a. Kurangnya dukungan sosial.

Adapun diagnosa yang sering muncul pada keluarga Tuberkulosis Paru menurut IPKKI (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Ketidapatuhan dalam pengobatan
- 2) Ketidakmampuan koping keluarga
- 3) Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
- 4) Gangguan proses keluarga

2. Penyebab (etiologi)

Faktor yang berhubungan dapat dicerminkan dalam respon fisiologi yang dipengaruhi oleh unsur psikososial, spiritual, dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab maupun faktor resiko. Dalam keperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga (Friedman, 2010) yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- 3) Melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

3. Tanda (sign)

Tanda dan gejala adalah sekumpulan data subyektif dan obyektif yang diperoleh perawat dari keluarga yang mendukung masalah dan penyebab. Perawat hanya boleh mendokumentasikan tanda dan gejala yang paling signifikan untuk menghindari diagnosis keperawatan yang panjang.

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga dapat dibedakan menjadi 5 (lima) kategori, yaitu:

1. Aktual (terjadi defisit/ gangguan kesehatan)

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang ditemukan yaitu dengan ciri dari pengkajian didapatkan tanda dan gejala dari gangguan kesehatan. Diagnosa keperawatan aktual memiliki 3 komponen diantaranya adalah problem, etiologi, dan symptom.

- a. Problem, mengacu pada permasalahan yang dihadapi klien
- b. Etiologi (faktor yang berhubungan), merupakan etiologi atau factor penyebab yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Faktor ini mengacu pada 5 tugas keluarga.

Symptom (batasan karakteristik), yang menentukan karakteristik yang mengacu pada petunjuk klinis, tanda subyektif dan obyektif.

2. Resiko (ancaman kesehatan)

Diagnosa keperawatan resiko memiliki dua komponen diantaranya adalah problem dan etiologi. Ciri diagnosa resiko adalah sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.

3. *Wellness* (keadaan sejahtera)

Keputusan klinik tentang keadaan keluarga dari transisi tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Cara pembuatan diagnosa ini menggabungkan pernyataan fungsi positif dalam masing – masing pola kesehatan fungsional sebagai alat pengkajian yang disahkan. Jadi dalam keperawatan menunjukkan terjadi peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif.

3. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Magayla) sebagai berikut:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat.
2. Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{skor}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

Tabel 2.5 Skala Bailon dan Maglaya

No	Kriteria	Nilai	Skor
1	Sifat masalah a. Tidak atau kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	3 2 1	2
3	Potensi masalah dapat dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah a. Masalah berat harus segera	2	

	ditangani		
	b. Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1	1
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber : Setiadi (2008)

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala:

Kriteria I, yaitu masalah, bobot yang lebih berat yaitu tidak atau sehat karena memerlukan tindakan segera dan disadari dan dirasakan keluarga. Untuk mengetahui sifat masalah ini mengacu pada tipologi masalah kesehatan yang terdiri dari 3 kelompok besar, yaitu:

1. Ancaman kesehatan

Yaitu kesehatan yang memungkinkan keadaan terjadinya penyakit kecelakaan, dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan. Keadaan yang disebut dalam ancaman kesehatan antara lain:

- a. Penyakit keturunan seperti asma, diabetes mellitus, dan sebagainya.
- b. Anggota keluarga ada yang menderita penyakit menular, seperti Tuberkulosis, gonore, hepatitis, dan sebagainya.
- c. Jumlah anggota keluarga terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga.
- d. Resiko terjadi kecelakaan seperti rumah tangga terlalu curam, benda tajam diletakkan disembarang tempat.
- e. Kekurangan atau kelebihan gizi dari masing-masing anggota keluarga.
- f. Keadaan yang menimbulkan stress antara lain:
 - 1) Hubungan keluarga yang tidak harmonis.
 - 2) Hubungan orang tua dengan anak yang tegang.
 - 3) Orang tua yang tidak dewasa.

- g. Sanitasi lingkungan yang buruk, diantaranya:
 - 1) Ventilasi yang kurang baik.
 - 2) Sumber air minum tidak memenuhi syarat.
 - 3) Polusi udara.
 - 4) Tempat pembuangan sampah yang tidak memenuhi syarat.
 - 5) Tempat pembuangan tinja yang mencemari sumber air minum.
 - 6) Kebisingan.
- h. Kebiasaan yang merugikan kesehatan, diantaranya:
 - 1) Merokok.
 - 2) Minuman keras.
 - 3) Makan obat tanpa resep.
 - 4) Makan daging mentah.
 - 5) Hygiene perseorangan yang jelek.
- i. Sifat yang melekat, misalnya pemaarah.
- j. Riwayat persalinan sulit.
- k. Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal.
- l. Imunisasi yang tidak lengkap.

2. Kurang atau tidak sehat

Yaitu gagal dalam memantapkan kesehatan

- a. Keadaan sakit (sebelum dan sesudah didiagnosa)
- b. Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.

3. Situasi krisis

- a. Perkawinan
- b. Kehamilan
- c. Persalinan
- d. Masa nifas
- e. Menjadi orang tua
- f. Penambahan anggota keluarga (bayi)
- g. Abortus
- h. Anak masuk sekolah
- i. Anak remaja
- j. Kehilangan pekerjaan
- k. Kematian anggota keluarga
- l. Pindah rumah

Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah. Perhatikan terjangkaunya faktor-faktor berikut:

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

Kriteria III, yaitu potensi masalah dapat dicegah faktor-faktor yang diperhatikan adalah:

- a. Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.

- b. Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- c. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- d. Adanya kelompok “High Risk” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

Kriteria IV, yaitu menonjolnya masalah:

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut (Setiadi,2008).

2.3.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang/pendek), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga (Setiadi, 2008).

1. Penetapan tujuan

Adalah hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan keluarga. Bila dilihat dari sudut jangka waktu, maka tujuan perawatan keluarga dapat dibagi menjadi:

a. Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah kepada kemampuan mandiri. Dan lebih baik ada batas waktu, misalnya 2 hari. Pencantuman jangka waktu ini adalah untuk mengarahkan evaluasi pencapaian pada waktu yang telah dicantumkan sebelumnya.

b. Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupan.

2. Penetapan kriteria standart

Merupakan standart evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberikan petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam pertimbangan. Bentuk dari standart dari kriteria ini adalah pernyataan verbal (pengetahuan), sikap, dan psikomotor. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Berfokus pada keluarga
- b. Singkat dan jelas
- c. Dapat diobservasi dan diukur
- d. Realistis
- e. Ditentukan oleh perawat dan keluarga

3. Pembuatan Rencana Keperawatan

Fokus dari intervensi keperawatan keluarga antara lain meliputi kegiatan yang bertujuan:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan.
- 2) Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota yang sakit.
- 3) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat.
- 4) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

- 5) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan yang tepat, dengan cara:
 - a. Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan kegiatan
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c. Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- 6) Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota yang sakit, dengan cara:
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- 7) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga secara optimal mungkin.
- 8) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan Keluarga

Implementasi atau tindakan adalah pengelolaan atau perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini perawat mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri, tapi perlu melibatkan secara integrasi semua profesi kesehatan yang menjadi tim perawatan kesehatan di rumah (Setiadi, 2008).

Tahap 1 : Persiapan

- a) Kontrak dengan keluarga
- b) Mempersiapkan alat yang di perlukan
- c) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif
- d) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik

Tahap 2 : Intervensi

- a) Independent

Independent merupakan suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan kompetensi keperawatan tanpa petunjuk dan perintah dari tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan independent keperawatan dapat di kategorikan menjadi 4, yaitu : Tindakan diagnostik, Tindakan teraupetik, Tindakan edukatif, Tindakan merujuk

- b) Interdependent

Yaitu suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi, fisioterapi

- c) Dependent

Yaitu pelaksanaan tindakan medis

Tahap 3 : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila tidak atau belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak

dapat dilaksanakan dalam satu kunjungan rumah ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati bersama.

Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

1. Evaluasi berjalan (formatif)
2. Evaluasi akhir (sumatif)

Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAP.

S: Data Subjektif

Perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.

O: Data Objektif

Perkembangan yang dapat diamati dan diukur oleh perawat atau petugas kesehatan lain.

A: Analisis

Penilaian dari kedua jenis data (subjektif maupun objektif), apakah kearah perbaikan atau kemunduran.

P: Perencanaan

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis yang berisi lanjutan perencanaan sebelumnya jika masih ada keadaan atau masalah yang belum teratasi.

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis Paru

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

a. Identitas

Pada kasus Tuberkulosis Paru sebagian besar terjadi pada usia produktif yaitu usia 15-55 tahun, dikarenakan pada usia produktif manusia cenderung mempunyai mobilitas yang tinggi sehingga kemungkinan untuk terpapar kuman TB lebih besar (Linda, 2012). Penyakit Tuberkulosis Paru tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin karena, laki-laki maupun perempuan sama-sama memiliki potensial risiko Tuberkulosis Paru.

b. Komposisi Keluarga

Tabel 2.6 Komposisi Keluarga

No	Nama	L/P	Hub. Dgn KK	Umur	Pendidikan	Status Imunisasi					Ket
						B C G	Polio	DPT	Hepatitis	Ca mp ak	

c. Genogram

d. Type Keluarga

Garis keturunan atau silsilah keluarga dari tiga generasi ada yang menderita penyakit Tuberkulosis Paru sebelumnya: antara lain *extended family* berisiko terhadap penularan penyakit Tuberkulosis Paru.

e. Suku Bangsa

Adanya pengaruh budaya yang dianut oleh keluarga seperti keluarga berkeyakinan bahwa penyakit Tuberkulosis Paru merupakan penyakit turunan bahkan kutukan. Interaksi dan komunikasi dalam keluarga serta penggunaan tempat pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap ketaatan pasien dalam berobat.

f. Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

Agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti keluarga percaya dengan berdoa dan usaha maka penyakit Tuberkulosis Paru dapat disembuhkan.

g. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Status sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap perkembangan penyakit Tuberkulosis seperti ketidakmampuan keluarga untuk berobat ke pelayanan kesehatan dan membeli makanan sehat yang dapat mengurangi terjadinya komplikasi.

h. Aktifitas Rekreasi Keluarga

Identifikasi aktifitas dalam keluarga, frekuensi aktifitas tiap anggota keluarga dan penggunaan waktu senggang seperti berolahraga.

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga yang berisiko mengalami masalah Tuberkulosis Paru adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada manusia pola kebiasaan sehari-hari yang

kurang bersih dapat menyebabkan risiko penularan penyakit (Friedman, 2010).

b. Tahap perkembangan yang belum terpenuhi

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi yang berkaitan dengan masalah ketidakpatuhan dalam pengobatan Tuberkulosis Paru (Setiadi, 2008).

c. Riwayat kesehatan keluarga inti

a) Riwayat kesehatan keluarga saat ini

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit yang dapat ditularkan dalam konteks keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan merupakan upaya yang dapat mengontrol status perkembangan kesehatan keluarga.

b) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya ditemukan dari pengkajian anggota keluarga dari pihak suami atau istri yang menderita Tuberkulosis Paru sebelumnya.

3. Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik Rumah

Cara memodifikasi rumah dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah tangga, jenis septik tank dan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta denah rumah yang baik dapat mempengaruhi faktor terjadinya

Tuberkulosis Paru dan juga ketenangan rumah tangga dapat memperkecil serangan Tuberkulosis Paru.

- b. Lingkungan: lingkungan sangat mempengaruhi yakni ekonomi keluarga menengah ke bawah.
 - c. Macam lingkungan tempat tinggal yang sempit, padat, sanitasi yang tidak terjaga dan lingkungan sekitar rumah yang tidak bersih.
 - d. Mobilitas geografis keluarga : status rumah yang dihuni oleh keluarga apakah rumah sendiri atau menyewa, sudah berapa lama tinggal di daerah tersebut, dan pindah dari daerah mana.
 - e. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
Merupakan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta interaksi keluarga dengan masyarakat.
 - f. Sistem pendukung keluarga
Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik dengan kebiasaan olahraga, fasilitas psikologis atau dukungan anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat guna pencegahan penyakit Tuberkulosis Paru.
4. Struktur Keluarga
- a. Pola Komunikasi Keluarga: bahasa yang digunakan dalam keluarga, mengenai frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan masalah keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

- b. Struktur Kekuasaan Keluarga: kemampuan anggota keluarga dalam mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.
- c. Struktur Peran Keluarga: peran dari masing-masing keluarga baik secara formal atau informal.
- d. Nilai dan Norma Keluarga: nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Gambaran diri anggota keluarga, anggota keluarga tidak memiliki orang yang dipercaya dalam keluarga dan tidak ada dukungan terhadap anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru sehingga keterlambatan penanganan.

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru biasanya tidak memiliki kekuatan untuk memutuskan tindakan yang tepat untuk segera berobat ke fasilitas kesehatan yang ada sehingga terjadilah keterlambatan penanganan, tidak adanya pengaturan secara khusus pembagian tanggung jawab, keluarga biasanya mempunyai masalah dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang terkena Tuberkulosis Paru serta pengetahuan keluarga mengenai perawatan, kesanggupan keluarga melakukan tugas perawatan kesehatan keluarga, meliputi:

1. Mengenal masalah kesehatan

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Tuberkulosis Paru salah satu faktor penyebabnya yaitu kurangnya pengetahuan. Sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan dalam pengobatan pada pasien dengan Tuberkulosis Paru.

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat untuk melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat dan luasnya masalah yang dihadapi pada penyakit Tuberkulosis Paru.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakmampuan dalam merawat anggota keluarga disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya keluarga tidak mengetahui pengertian Tuberkulosis, cara penularan, tanda gejala, penyebab, dan pengobatan serta risiko komplikasi.

4. Memelihara lingkungan rumah yang sehat

Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara lingkungan rumah dapat berpengaruh terhadap kesehatan. Ketidakmampuan ini disebabkan karena sumber-sumber dalam keluarga tidak mencukupi, diantaranya adalah biaya.

5. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat

Sejauh mana keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat merupakan hal yang sangat penting bagi keluarga penderita Tuberkulosis Paru, berkaitan dengan pengobatan Tuberkulosis Paru yaitu selama 6 bulan rutin tidak boleh putus. Sehingga pasien dapat memeriksakan perkembangan penyakitnya secara rutin di pelayanan kesehatan.

d. Fungsi Reproduksi

Hal-hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi adalah:

1. Jumlah anak
2. Rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga
3. Metode yang digunakan keluarga sebagai upaya pengendalian jumlah anggota keluarga.

e. Fungsi Ekonomi

Tuberkulosis Paru sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah ke bawah. Dengan status ekonomi tersebut keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan seperti makanan yang kaya akan zat gizi menyebabkan tubuh mudah terserang penyakit terutama bakteri Tuberkulosis.

6. Stress dan Koping Keluarga

Stressor meliputi dua komponen yakni stressor jangka pendek dan jangka panjang. Keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita Tuberkulosis Paru akan mengalami stress jangka panjang karena masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi penyakit tersebut karena lamanya proses pengobatan Tuberkulosis Paru yaitu selama 6 bulan.

7. Pemeriksaan Fisik

Pada pasien penderita Tuberkulosis Paru terdapat masalah pada sistem pernafasan yaitu nafas menjadi pendek, batuk, peningkatan frekuensi pernafasan, pengembangan pernafasan tidak simetris, bunyi nafas pekak, didapati defiasi trakeal dan sputum/ dahak dengan karakteristik: hijau/ kurulen, kuning atau bercak darah (Padila, 2013).

8. Harapan Keluarga

Keluarga berharap anggota keluarga penderita Tuberkulosis Paru dapat mematuhi pengobatan dan segera pulih.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan (IPKKI, 2015)

1. Ketidapatuhan dalam pengobatan
2. Ketidakmampuan koping keluarga
3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
4. Gangguan proses keluarga

2.4.3 Prioritas Diagnosa Keperawatan Yang Ditemukan

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah memprioritaskan masalah sesuai dengan keadaan keluarga, dalam suatu keluarga perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan. Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Maglaya).

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

$$\frac{\text{skor}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- 3) Jumlahkanskor untuk semua kriteria, skor tetinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

Tabel 2.7 Prioritas Diagnosa Keperawatan

No	Kriteria	Nilai	Skor	Pembenaran
1	Sifat masalah			
	a. Tidak atau kurang sehat	3		
	b. Ancaman kesehatan	2	1	Argumen terhadap penentuan skala
	c. Keadaan sejahtera	1		

2	Kemungkinan masalah dapat di ubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	3 2 1	2	
3	Potensi masalah dapat dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1	
4	Menonjolnya masalah a. Masalah berat harus segera ditangani b. Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1	

2.4.4 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang atau pendek) penetapan standart dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga.

1. Diagnosa: Ketidakpatuhan dalam pengobatan Tuberkulosis

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 6 kali kunjungan rumah selama 2 minggu diharapkan pasien patuh terhadap pengobatan.

b. Kriteria hasil

1) Standar Kognitif

(1) Pasien dan keluarga mengetahui prosedur pengobatan Tuberkulosis Paru.

(2) Pasien dan keluarga mampu menyebutkan dampak dari ketidakpatuhan dalam pengobatan Tuberkulosis Paru.

2) Standar Afektif

- (1) Pasien dan keluarga mampu mengambil keputusan untuk kontrol rutin ke puskesmas.

3) Standar Psikomotor

- (1) Keluarga mampu membuat tempat obat dan jadwal minum obat untuk pasien.
- (2) Keluarga mampu melakukan pengawasan menelan obat pada pasien.
- (3) Pasien minum obat secara teratur.

c. Rencana tindakan

1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai prosedur pengobatan Tuberkulosis Paru.
2. Beri penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur pengobatan, pencegahan serta dampak dari ketidakpatuhan dalam pengobatan Tuberkulosis Paru.
3. Libatkan keluarga dalam peningkatan kepatuhan pasien terhadap pengobatan.
4. Demonstrasi kepada keluarga cara pembuatan tempat obat dan jadwal minum obat untuk pasien.
5. Anjurkan keluarga untuk melakukan pengawasan menelan obat pada pasien.
6. Beri saran kepada pasien dan keluarga akan kontrol secara rutin ke puskesmas.
7. Kolaborasi dengan petugas puskesmas untuk melakukan pendampingan pada pasien.
8. Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.

2.4.5 Pelaksanaan Keperawatan

1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai prosedur pengobatan Tuberkulosis Paru.
2. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur pengobatan, pencegahan serta dampak dari ketidakpatuhan dalam pengobatan Tuberkulosis Paru.
3. Melibatkan keluarga dalam peningkatan kepatuhan pasien terhadap pengobatan.
4. Mendemonstrasikan kepada keluarga cara pembuatan tempat obat dan jadwal minum obat untuk pasien.
5. Menganjurkan keluarga untuk melakukan pengawasan menelan obat pada pasien.
6. Memberikan saran kepada pasien dan keluarga akan kontrol secara rutin ke puskesmas.
7. Melakukan kolaborasi dengan petugas puskesmas untuk melakukan pendampingan pada pasien.
8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAP.

S: Hal-hal yang dikemukakan keluarga, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

O: Hal-hal yang ditemukan perawat, keadaan umum pasien dan pemeriksaan fisik.

A: Analisa hasil yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan diagnosa.

P: Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.