

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan di bahas tentang konsep peran keluarga, konsep perilaku dan TB paru.

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Menurut Bailon yang di kutip Efendi, F & Makhfudli (2009) menjelaskan keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan satu budaya.

Menurut undang-undang no. 10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami isteri atau suami isteri dan anaknya atau, ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Setiadi, 2008).

2.1.2 Fungsi keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi keperawatan atau pemeliharaan kesehatan yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi. Ini dikembangkan menjadi tugas di bidang kesehatan.

2.1.3 Konsep peran keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat (Friedman, 2010)

Menurut Friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikasi menjadi dua kategori, yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga. Peran informal bersifat tidak tampak dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional keluarga dan

memelihara keseimbangan keluarga. Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah :

1. Peran formal

Peran parental dan pernikahan, diidentifikasi menjadi delapan peran yaitu peran sebagai provider (penyedia), peran sebagai pengatur rumah tangga, peran perawatan anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan (kindship), peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif), dan peran seksual.

2. Peran informal

Terdapat berbagai peran informal yaitu peran pendorong, pengharmonis, insiator-kontributor, pendamai, pioner keluarga, penghibur, pengasuh keluarga, dan perantara keluarga.

Sedangkan Effendi (2002) membagi peran keluarga sebagai berikut:

1. Peranan ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anaknya, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberian rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota keluarga masyarakat dari lingkungannya.

2. Peranan ibu

Ibu sebagai istri dari suami dan anak-anaknya. Mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3. Peranan anak

Anak-anaknya melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, sosial, dan spiritual.

2.1.4 Peranan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan keluarga

Keluarga berperan dalam memberikan perawatan kesehatan yang terapeutik kepada anggota keluarga yang menderita suatu penyakit. Perawatan adalah suatu usaha yang berdasarkan kemanusiaan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bagi terwujudnya manusia yang sehat seutuhnya (Depkes RI, 2008). Penelitian dari Prasetyawan (2008) secara umum, penderita yang mendapatkan perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau keluarga biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis daripada penderita yang kurang mendapatkan dukungan sosial (peran keluarga). Menurut La, Groca (1998) yang dikutip oleh Prasetyawan (2008) bahwa keluarga memainkan peranan yang sangat penting dalam pengelolaan medis pada salah satu anggota keluarga yang sakit.

1. Tujuan perawatan individu dalam konteks keluarga

- 1) Teratasinya masalah yang dihadapi individu yang ada kaitannya dengan latar belakang keluarganya.
- 2) Teratasinya masalah yang dihadapi individu dengan dukungan, bantuan atau pemeranan keluarga.
- 3) Terlaksananya pemberian asuhan keperawatan yang paripurna kepada sasaran individu dari keluarganya, sebagai tindak lanjut pelayanan rawat inap maupun jalan

- 4) Meningkatkan kesadaran keluarga dan anggota keluarganya yang belum mencari pelayanan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar yang tersedia.
 - 5) Meningkatkan kemampuan individu dan keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri.
2. Tugas keluarga di dalam menanggulangi masalah kesehatan:

Menurut Bailon dan Maglaya (1978) yang dikutip Efendi, F & Makhfudli (2009) secara umum keluarga mampu melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu:

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga atau orang tua.

2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

3) Memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit

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

- a. Keadaan penyakit
- b. Sifat dan perkembangan perawat yang diperlukan untuk perawatan
- c. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
- d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
- e. Sikap keluarga terhadap yang sakit
- f. Memodifikasi lingkungan rumah yang sehat

Ketika memodifikasi lingkungan rumah yang sehat kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut :

- a) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki
- b) Manfaat pemeliharaan lingkungan
- c) Pentingnya higiene sanitasi
- d) Upaya pencegahan penyakit
- e) Sikap atau pandangan keluarga
- f) Kekeompakan antara anggota keluarga
- g) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini :

- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
- b) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
- c) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- d) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- e) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

2.1.5 Perubahan peran selama sakit

Ada dua tipe perubahan peran yang terjadi akibat hilangnya atau ketidakmampuan anggota keluarga. Yang pertama, anggota keluarga yang lain memiliki cukup sumber dari dalam dan luar sehingga mereka mampu melkaskan kewajiban dan tugas-tugas peran dasar dan penting dengan cara fungsional. Yang kedua, anggota keluarga kehilangan sumber dari dalam dan luar yang diperlukan, sebagai akibatnya, peran dasar dan penting tertentu dalam keluarga tidak dilakukan atau dilakukan tetapi tidak memuaskan.

2.1.6 Variabel yang mempengaruhi struktur peran

Menyangkut struktur kekuasaan keluarga, ada faktor utama yang mempengaruhi peran keluarga. Faktor tersebut menurut Friedman (2010), meliputi: pengaruh kelas sosial, bentuk keluarga, pengaruh etnik/budaya, pengaruh perkembangan atau siklus hidup, peristiwa situasional, termasuk perubahan sehat dan sakit

2.1.7 Upaya kesehatan tingkat pencegahan

Menurut Efendi, F & Makhfudli (2009), sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang berhubungan dengan upaya kesehatan tingkat pencegahan penyakit TB paru yang perlu dipahami meliputi.

1. Pencegahan TB paru tingkat I

1) Individu dan keluarga:

- (1) Gizi seimbang dan istirahat yang cukup

- (2) Tidak merokok
- (3) Olahraga
- (4) Bayi mendapat imunisasi BCG
- (5) Mengajak keluarga dengan tanda-tanda TB paru ke UPK

2) Kelompok/ masyarakat

- (1) Bayi mendapat imunisasi lengkap
- (2) Menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan perumahan.
- (3) Dukungan masyarakat terhadap penderita TB paru melalui kelompok pemerhati TB paru
- (4) Mengajak orang dengan tanda-tanda TB paru ke UPK

2. Pencegahan TB paru tingkat II

1) Individu

- (1) Datang ke UPK untuk kepastian TB paru
- (2) Kepatuhan berobat
- (3) Gizi seimbang
- (4) Perilaku untuk mencegah penularan TB paru

2) Keluarga

Sikap positif keluarga terhadap penderita TB paru dengan memfasilitasi:

- (1) Gizi seimbang dan istirahat yang cukup
- (2) Tidak merokok
- (3) Olahraga
- (4) Tidak mengucilkan penderita
- (5) Keluarga bersedia memerikasakan anggota keluarga yang lain apabila ada tanda dan gejala

(6) Mengawasi penderita TB paru minum obat secara teratur.

3) Kelompok / masyarakat:

(1) Tidak mengucilkan penderita TB paru dan keluarga

(2) Dukungan masyarakat terhadap penderita TB paru melalui kelompok pemerhati TB paru

(3) Deteksi dini pada kelompok / masyarakat yang beresiko terkena TB paru

3. Pencegahan TB paru tingkat III:

1) Individu dan keluarga:

Hidup bersih dan sehat untuk mencegah kekambuhan dan penularan

(1) Gizi seimbang dan istirahat yang cukup

(2) Tidak merokok

(3) Olahraga

(4) Menjaga kebersihan dan kesehatan di rumah

(5) Tidak mengucilkan penderita

(6) Bayi mendapat imunisasi lengkap

(7) Tidak mengabaikan penderita TB paru yang sudah sembuh

2) Kelompok / masyarakat

(1) Membentuk kelompok masyarakat pemerhati TB paru

2.2 Konsep Perilaku

2.2.1 Batasan Perilaku

Teori Skinner (1938) menyatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus, yang sering digunakan dengan S-O-R atau

Stimulus-Organisme-Respon. Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*), merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung/ tertutup sehingga tidak dapat diamati oleh orang lain. Respon ini terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap.⁷
2. Perilaku terbuka (*overt behavior*), merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata/ terbuka. Respon ini berupa tindakan nyata atau praktek yang dengan mudah dapat diamati oleh orang lain.
(Notoatmodjo,2003)

2.2.2 Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku diatas, maka perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makan dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan dapat di kelompokkan menjadi 3, yaitu:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), merupakan usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit. Perilaku ini terdiri dari 3 aspek :
 - 1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bila telah sembuh dari sakit.
 - 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.

- 3) Perilaku gizi, terkait makanan dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, namun dapat juga menurunkan kesehatan seseorang.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut sebagai perilaku pencarian pengobatan (health seeking behavior). Perilaku jenis ini meliputi upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan. Perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri (self treatment) hingga berobat keluar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan, merupakan respon seseorang terhadap lingkungan (fisik, sosial, budaya) sehingga tidak memengaruhi kesehatannya. Becker (1979) juga membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan, yang terdiri dari :
 - 1) Perilaku hidup sehat, berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya.
 - 2) Perilaku sakit (ilness behavior), mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyakit, pengobatan, dan sebagainya.
 - 3) Perilaku peran sakit (sick role behavior), meliputi tindakan untuk memperoleh kesembuhan, mengenal/ mengetahui sarana atau fasilitas penyembuhan penyakit yang layak, serta mengetahui hak dan kewajiban orang sakit (Notoatmodjo, 2003)

2.3 Konsep Tuberkulosis Paru (TB) Paru

2.3.1 Pengertian TB Paru

TB Paru adalah Penyakit infeksi Yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*.(Irman somantri 2009). Sementara itu, menurut Ardiansyah (2012) menyebutkan tuberkulosis (TB) sebagai suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis* kompleks yang secara khas ditandai oleh pembentukan granuloma dan menimbulkan nekrosis jaringan.

2.3.2 Etiologi

Penyebab TB adalah *Mycobacterium tuberculosis* sejenis kuman berbrntuk batang dengan ukuran panjang 1-4 mikron, lebar kuman 0,3-0,6 mikron. Kuman akan tumbuh optimal pada suhu sekitar 37°C dengan pH optimal 6,4-7. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak. Lipid inilah yang menyebabkan kuman lebih tahan asam dan lebih kuat terhadap gangguan kimia dan fisik. Kuman dapat hidup pada udara kering dan dingin. Hal ini terjadi karena kuman berada dalam keadaan dorman (tidur) yang dapat bangkit kembali dan menjadi tuberkulosis aktif dalam keadaan tertentu. Di dalam jaringan kuman hidup dalam sitoplasma makrofag sebagai parasit intraseluler. Makrofag yang semula memfagositosis kuman menjadi disukai karena mengandung banyak lipid. Sifat lain kuman ini adalah aerob yang menunjukkan bahwa kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kadar oksigennya.

Kuman *Mycobacterium tuberculosis* ini terbagi atas empat kelompok populasi yaitu :

1. Populasi A : Kuman tumbuh dan berkembang terus dengan cepat, kuman banyak terdapat pada dinding kaviti atau dalam lesi pH netral

2. Populasi B : kuman tumbuh sangat lambat dan berada dalam lingkungan asam. Lingkungan asam inilah yang melindungi kuman terhadap obat anti tuberkulosis tertentu .
3. Populasi C : kuman berada dalam keadaan dorman hampir sepanjang waktu. Hanya kadang kadang saja kuman mengalami metabolisme secara aktif dalam waktu yang singkat, kuman jenis ini banyak terdapat pada dinding kaviti.
4. Populasi D : kuman – kuman sepenuhnya bersifat dorman sehingga sama sekali tidak dapat dipengaruhi oleh obat antituberkulosis. Jumlah populasi jenis ini tidak jelas dan hanya bisa dimusnahkan oleh mekanisme pertahanan tubuh manusia itu sendiri.

2.3.3 Patofisiologi

Seseorang yang dicurigai menghirup basil mycobacterium tuberculosis akan menjadi terinfeksi. bakteri menyebar melalui jalan nafas ke alveoli, dimana pada daerah tersebut bakteri bertumpuk dan berkembang biak. Penyebaran basil ini bisa juga melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, korteks serebri).

Sistem kekebalan tubuh berespons dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag memfagositosis (menelan) bakteri. Limfosit yang spesifik terhadap tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli dan terjadilah bronkopneumoni. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2 – 10 minggu setelah terpapar.

Penyakit akan berkembang menjadi aktif setelah infeksi awal, karena respons sistem imun yang tidak adekuat. Penyakit aktif dapat juga timbul akibat infeksi ulang atau aktifnya kembali bakteri yang tidak aktif. Pada kasus ini, terjadi ulserasi pada ghon tubercle, dan akhirnya terjadi perkijauan. Tuberkel yang ulserasi mengalami proses penyembuhan membentuk jaringan parut. Paru – paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan bronkopneumonia, pembentukan turkabel, dan seterusnya basil ini juga menyebar melalui kelenjarnya. pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui kelenjar getah bening. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis serta jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respons berbeda dan akhirnya membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel.

2.3.4 Cara penularan TB paru

Penyakit TB paru biasanya menular melalui udara yang tercemar dengan bakteri mycobacterium tuberculosis yang dilepaskan pada saat penderita TB batuk dan anak-anak sumber infeksi umumnya berasal dari penderita TB dewasa. selengkapnya cara penularan TB paru dapat melalui droplet, kontak langsung, kulit, plasenta, cadaver dan susu.

Umunya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara

sianar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.

Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemereiksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpapar kuman tuberculosi ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes RI, 2008).

2.3.5 Resiko Penularan TB paru

Resiko tertular tergantung dari tingkat paparan dengan percikan dahak. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan resiko penularan lebih besar dari pasien dengan BTA negatif. Resiko penularan tiap tahunnya ditunjukkan dengan Annual Risk of Tuberculosis Infection (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang beresiko terinfeksi TBC selama setahun. ARTI sebesar 1% berarti 10 orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun. Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif (Depkes RI, 2007).

2.3.6 Manifestasi klinis TB paru

1. Gejala penyakit TB paru

1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Biasanya batuk ringan sehingga dianggap batuk biasa atau akibat rokok. Proses yang paling ringan ini menyebabkan sekret akan terkumpul pada waktu penderita tidur dan dikeluarkan saat penderita bangun pagi hari.

2) Dahak

Dahak awalnya bersifat mukoid dan keluar dalam jumlah sedikit, kemudian berubah menjadi mukopurulen / kuning atau kuning hijau sampai purulen dan kemudian berubah menjadi kental bila sudah terjadi pengejuan dan perlunakan. Jarang berbau busuk, kecuali bila ada infeksi anaerob.

3) Batuk Darah

Darah yang dikeluarkan penderita mungkin berupa garis atau bercak – bercak darah, gumpalan – gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah yang sangat banyak (profus)

4) Nyeri Dada

Nyeri dada pada tuberculosis paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Bila nyeri bertambah berat berarti telah terjadi pleuritis luas (nyeri dikeluarkan didaerah aksila, diujung skapula atau tempat – tempat lain)

5) Whezing

Whezing terjadi karena penyempitan lumen endobronkus yang disebabkan oleh sekret, bronkostenosis, peradangan, jaringan granulasi, ulserasi dan lain – lain (pada tuberculosis lanjut)

6) Dispneu

Dispneu merupakan *late symptom* dari proses lanjut tuberculosis paru akibat adanya restriksi dan obstruksi saluran pernafasan serta *loss of vascular bed / vascular thrombosis* yang dapat mengakibatkan gangguan difusi, hipertensi pulmonal dan korpumonol.

2. Gejala – Gejala Umum

1) Panas Badan

Merupakan gejala paling sering dijumpai dan paling penting. Sering kali panas badan sedikit meningkat pada siang maupun sore hari.

2) Menggigil

Dapat terjadi bila panas badan naik dengan cepat, tetapi tidak diikuti pengeluaran panas dengan kecepatan yang sama atau dapat terjadi sebagai suatu reaksi umum yang lebih hebat.

3) Keringat Malam

Keringat malam bukanlah gejala yang patognomis untuk penyakit tuberkulosis paru. Keringat malam umumnya baru timbul bila proses telah lanjut, kecuali pada orang – orang dengan vasomotor labil, keringat malam dapat timbul lebih dini. Nausea, takikardi dan sakit kepala timbul bila ada panas.

4) Gangguan menstruasi

Gangguan menstruasi sering terjadi bila proses tuberkulosis paru sudah menjadi lanjut.

5) Anoreksia

Anoreksia dan penurunan berat badan merupakan manifestasi toksemia yang timbul belakangan dan lebih sering dikeluarkan bila proses progresif.

6) Lemah badan

Gejala – gejala ini dapat disebabkan oleh kerja berlebihan, kurang tidur dan keadaan sehari – hari yang kurang menyenangkan. Karena itu harus dianalisa dengan baik dan harus lebih berhati – hati apabila dijumpai perubahan sikap dan tamperamen (misalnya penderita yang mudah

tersinggung) perhatian penderita berkurang atau menurun pada pekerjaan, anak yang tidak suka bermain, atau penderita yang kelihatan neurotik.

Gejala umum ini sering kali baru disadari oleh penderita setelah ia memperoleh terapi dan saat ini masih lebih baik dari sebelumnya (*retrospective symptomatology*)

2.3.7 Diagnosis TB paru

1. Diagnosis TB paru

- 1.) Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu - pagi - sewaktu (SPS).
- 2.) Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.
- 3.) Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi overdiagnosis.
- 4.) Gambar kelainan radiologi paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit

2. Diagnosis TB Ekstra Paru.

- 1.) Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada Meningitis TB, nyeri dada pada TB pleura (Pleuritis), pembesaran kelenjar limfe superfisialis pada limfadenitis TB dan deformitas tulang belakang (gibbus) pada spondilitis TB dan lain-lainnya.

- 2.) Diagnosis pasti sering sulit ditegakkan sedangkan diagnosis kerja dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis TB yang kuat (presumtif) dengan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain. Ketepatan diagnosis tergantung pada metode pengambilan bahan pemeriksaan dan ketersediaan alat-alat diagnostik, misalnya uji mikrobiologi, patologi anatomi, serologi, foto toraks dan lain-lain.
- 3.) Indikasi Pemeriksaan Foto Toraks Pada sebagian besar TB paru, diagnosis terutama ditegakkan dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan tidak memerlukan foto toraks. Namun pada kondisi tertentu pemeriksaan foto toraks perlu dilakukan sesuai dengan indikasi sebagai berikut:
 - 1.) Hanya 1 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif. Pada kasus ini pemeriksaan foto toraks dada diperlukan untuk mendukung diagnosis 'TB paru BTA positif. (lihat bagan alur)
 - 2.) Ketiga spesimen dahak hasilnya tetap negatif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT. (lihat bagan alur)
 - 3.) Pasien tersebut diduga mengalami komplikasi sesak nafas berat yang memerlukan penanganan khusus (seperti: pneumotorak, pleuritis eksudativa, efusi perikarditis atau efusi pleural) dan pasien yang mengalami hemoptisis berat (untuk menyingkirkan bronkiektasis atau aspergiloma). (Depkes RI 2009)

2.3.8 Klasifikasi penyakit dan tipe pasien

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien tuberculosis memerlukan suatu definisi kasus yang meliputi empat hal, yaitu :

1. lokasi atau organ tubuh yang sakit: paru atau ekstra paru
2. bakteriologi (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis): BTA positif atau BTA negatif.
3. Tingkat keparahan penyakit: ringan atau berat.
4. Riwayat pengobatan TB sebelumnya: baru atau sudah pernah diobati.

Empat definisi kasus tuberculosis adalah sebagai berikut :

1. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena

- 1.) Tuberculosis paru.

Tuberculosis paru adalah tuberculosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

- 2.) Tuberculosis ekstra paru

Tuberculosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usu ginjal, saluran kencing, alat kelamin dan lain-lain.

2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis :

- 1) TB paru BTA positif

1. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
2. spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran TB.

3. 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
4. 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) TB paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif.

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi :

1. Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative
2. Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran TB.
3. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
4. Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

3. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit

1. TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paruyang luas atau keadaan umum pasien buruk
2. TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu :
 1. TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.
 2. TB ekstra paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usu, TB saluran kemih dan alat kelamin.

4. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya
5. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien (Depkes RI, 2007), yaitu:
 1. Baru
Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernahmenelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu)
 2. Kambuh (Relaps)
Adalah pasien TB yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan TB dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur)
 3. Pengobatan setelah putus berobat (Default)
Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 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.
 5. Pindahan (Transfer In)
Adalah pasien yang dipindahkan dari sarana pelayanan kesehatan yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.
 6. Kasus Lain
semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masi BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

2.3.9 Pencegahan penularan TB paru

Beberapa cara dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan TB paru ke orang lain (Depkes RI, 2007), diantaranya :

1. Menutup mulut bila batuk atau bersin
2. Meludah pada wadah tertutup yang telah diberikan desinfektan
3. Penjemuran kasur dan bantal terutama pagi-pagi
4. Ventilasi yang cukup agar sinar matahari dan udara segar masuk ke tempat tidur.
5. Menghindari udara dingin
6. Makanan tinggi karbohidrat dan protein
7. Pemeriksaan rutin penderita TB paru dan memeriksakan anggota keluarga lainnya apakah juga tertular TB paru
8. Memisahkan alat makan dan minum
9. Imunisasi BCG diberikan kepada bayi usia 3-14 bulan

Tindakan pencegahan penularan TB paru yang dapat dilakukan oleh keluarga atau penderita TB paru adalah :

1. Menutup mulut bila batuk dan bersin
2. Tidak membuang ludah disembarang tempat
3. Membuang ludah atau dahak pada wadah tertutup yang telah disediakan misalnya kaleng yang telah diisi pasir atau cairan lisol
4. Tidak tinggal sekamar dengan anggota keluarga yang lain
5. Jemur kasur bekas tempat tidur penderita secara teratur
6. Minum obat secara teratur sampai selesai program pengobatan
7. Memisahkan alat makanan dan minum dengan anggota keluarga yang lain

8. Memeriksa anggota keluarga lainnya apakah juga terkena penularan TB paru
9. Mengajukan kepada anggota keluarga lain untuk menjaga stamina dan membiasakan hidup sehat
10. Mengajukan kepada anggota keluarga untuk memberikan imunisasi BCG kepada anggota keluarga yang mempunyai anak balita
11. Memodifikasi lingkungan yang dapat menurunkan resiko penularan TB paru antara lain:
 - 1) Lantai yang tidak lembab
 - 2) Bebas dari debu rumah
 - 3) Jendela atau ventilasi yang cukup (20% dari luas lantai) dapat dengan ventilasi alamiah (jendela, pintu, lubang angin, celah dinding, dsb). Pada prinsipnya yang penting udara mengalir keluar masuk rumah.
 - 4) Pencahayaan yang cukup, yaitu luasnya $\pm 15\%$ sampai 20% dari luas lantai rumah untuk masuknya cahaya dan upaya sinar matahari lamanya menyinari lantai bukan dinding. Jalan masuknya cahaya alami juga bisa diupayakan dengan genteng kaca.
 - 5) Lingkungan rumah yang bersih, yaitu terdapat khususnya untuk membuang sampah, dan jauh dari kandang ternak.

2.3.10 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Sputum atau Dahak

Pemeriksaan dahak sangatlah penting karena untuk menegakkan diagnosis Tuberkulosis diperlukan pemeriksaan dahak (SPS). Pemeriksaan dahak dilakukan 3 (tiga) kali yaitu dahak sewaktu datang (S), dahak pagi (P), dan

dahak pada sewaktu kunjungan kedua (S). Apabila 2 (dua) atau 3 (tiga) spesimen dahak positif maka pemeriksaan dahak diulang kembali.

Apabila pada pemeriksaan dahak ulang hasilnya negatif maka diperlukan untuk foto thorax, jika dengan hasil foto thorax tidak mendukung berarti bukan Tuberkulosis, apabila pada pemeriksaan dahak ulang hasilnya positif maka bisa didiagnosis Tuberkulosis. Untuk memastikan jenis kuman mengidentifikasi perlu dilakukan pemeriksaan biakan / kultur kuman dari dahak yang diambil.

2. Zielhl-Neelsen (Pewarnaan sputum)

3. Positif jika ditemukan bakteri tahan asam

4. Skin test (PPD, Mantoux)

5. Uji Tuberkulin

a) Indurasi 0-5 mm : hasil mantoux negatif

b) Indurasi 6-9 mm : hasil meragukan

c) Indurasi 10-15 mm : hasil mantoux positif

d) Indurasi lebih dari 16 mm : hasil mantoux positif kuat

Reaksi timbul 48-72 jam setelah injeksi antigen intra kutan, berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrasi limfosit yakni persenyawaan antara antibody dan antigen tuberculin.

6. Rontgen dada (Foto thorax)

Menunjukkan adanya infiltrasi lesi pada paru – paru bagian atas, timbunan kalsium dari lesi primer atau penumpukan cairan, perubahan yang menunjukkan perkembangan Tuberkulosis meliputi adanya kavitas dan area fibrosa.

7. Pemeriksaan kultur jaringan
8. Positif bila terdapat mycobacterium Tuberkulosis
9. Biopsi jaringan paru
10. Adanya sel – sel yang besar yang mengindikasikan terjadinya nekrosis
11. Pemeriksaan fungsi paru

Turunnya kapasitas vital, meningkatnya rasio residu udara pada kapasitas total paru, dan menurunnya saturasi oksigen sebagai akibat infiltrasi parenkim / fibrosa, hilangnya jaringan paru, dan kelainan pleura (akibat dari Tuberkulosis kronis)

12. Pengobatan tuberkulosis paru

Pengobatan pada penderita Tuberkulosis bertujuan untuk menyembuhkan, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutus rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

2.3.11 Komplikasi Tuberkulosis

Penyebaran infeksi Tuberkulosis ke bagian tubuh non pulmonal dikenal sebagai tuberkulosis miliaris. Tuberkulosis ini diakibatkan oleh invasi ini terjadi akibat reaksi lambat infeksi dormant dalam paru atau ditempat lain dan menyebar melalui darah ke organ lainnya. Basil yang memasuki aliran darah dapat berasal dari fokus kronis yang mengalami ulserasi ke dalam pembuluh darah atau pembesaran tuerkel yang melapisi permukaan dalam duktus torakik. Organisme bermigrasi dari fokus infeksi ke dalam aliran darah, terbawa keseluruh tubuh, dan berdiseminasi melalui jaringan, dengan tuberkel miliaris kecil yang berkembang dalam paru – paru, limpa, hepar, miningen, dan organ lainnya.

Perjalanan klinis Tuberkulosis miliaris dapat beragam dari infeksi akut, berkembang secara progresif dengan demam tinggi sampai proses indolen dengan demam tingkat rendah, anemia dan perlemahan tubuh secara keseluruhan. Pada awalnya mungkin tidak terdapat tanda lokalisasi kecuali pembesaran limpa dan menurunnya jumlah leukosit. Penyebaran Tuberkulosis pada ginjal mengakibatkan perubahan fungsi ginjal hingga terjadi gagal ginjal. Pada meningitis menyebabkan kerusakan sel otak dan berakibat gangguan kesadaran. Penyebaran pada muskuloskeletal berakibat kerusakan pada tulang dan kemungkinan fraktur spontan akibat osteomielitis dari infeksi Tuberkulosis.

2.3.12 Penatalaksanaan TB paru

Menurut DEPKES RI (2008) prinsip pengobatan TB paru adalah sebagai berikut:

Obat TB paru diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal. Apabila panduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis dosis, jangka waktu pengobatan) kuman TB paru akan berkembang menjadi kuman kebal obat.

Menurut Depkes RI (2008) program nasional penanggulangan TB paru di Indonesia menggunakan OAT:

1. Kategori 1: 2HRZE/4H3R3

Tahap intensif terdiri dari Isoniosid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z) dan Etambutol (E). Obat-obatan tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniosid (H) dan Rifampisin (R) diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4

bulan (4H3R3). Obat ini diberikan untuk penderita TB paru BTA positif, TB paru BTA negatif Rontgen positif yang sakit berat dan TB ekstra paru berat.

2. Kategori 2: 2HRZES/HRZE/5H3R3E3

Tahap intensif selama 3 bulan yaitu 2 bulan sengan Isoniosid (H), Rifampisin (R), Pirasunamid (Z) dan Etambutol (E) dan suntikan streptomisin setiap hari. Dilanjutkan 1 bulan Isoniosid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z) dan Etambutol (E) setiap hari setelah itu tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE diberikan tiga kali dalam seminggu. Obat ini diberikan untuk penderita kambuh, gagal dan lalai.

3. Kategori 3: 2HRZ/4H3R3

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HR), diteruskan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 2 bulan tiga kali seminggu (4H3R3). Obat ini untuk penderita baru BTA negatif dengan Rontgen positif sakit ringan, ekstra paru ringan.

2.4 Teori Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tuberkulosis Paru (TB)

Paru

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil data secara terus menerus terhadap keluarga yang dibinanya.

1. Identifikasi data

Data-data dasar yang digunakan oleh perawat untuk mengukur keadaan pasien dengan memakai norma kesehatan keluarga maupun sosial yang merupakan system integritas dan kesanggupan untuk mengatasinya.

Pengumpulan data pada keluarga dengan TB paru pada komponen-komponen

yang berkaitan dengan TB paru dengan menggunakan metode wawancara, observasi misalnya tentang keadaan/fasilitas rumah. Data sekunder seperti hasil laboratorium, hasil X-ray dan lain sebagainya. Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

- a. Nama kepala keluarga
- b. Alamat dan telepon
- c. Pekerjaan kepala keluarga
- d. Pendidikan kepala keluarga

2. Komposisi keluarga

Menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagiandari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencamtumkan penghuni rumah tangga,tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut. Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian diikuti anggota keluarga yang lain yang sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang lenih tua, kemudian mencantumkan jenis kelamin, hubungan setiap anggota keluarga tersebut, tempat tanggal lahir/umur dan pendidikan.

3. Tipe keluarga

Garis keturunan atau silsilah keluarga dari tiga generasi ada yang menderita penyakit TB paru sebelumnya : antara lain exteded famly beresiko terhadap penularan TB paru.

4. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi

keluarga termasuk golongan ekonomi yang rendah status ekonomi ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

5. Aktivitas rekreasi keluarga

Identifikasi aktivitas dalam keluarga, frekuensi aktivitas tiap anggota keluarga dan penggunaan waktu senggang.

6. Riwayat dan Tahapan Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan setiap anggota keluarga dari yang usia bayi sampai lanjut usia.

7. Riwayat Penyakit Keluarga Sebelumnya

Riwayat kesehatan dalam keluarga adakah anggota keluarga yang pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular atau penyakit yang sifatnya hereditas, dan riwayat gangguan tumbuh kembang.

8. Struktur dan sifat anggota keluarga

a. Anggota-anggota keluarga dan hubungan dengan kepala keluarga

b. Data demografi : umur jenis kelamin, kedudukan dalam keluarga

c. Tempat tinggal masing-masing anggota keluarga

d. Macam struktur anggota keluarga apakah matrikat, patrikat berkumpul atau menyebar

e. Anggota keluarga yang menonjol dalam pengambilan keputusan

f. Hubungan dengan anggota keluarga termasuk dalam perselisihan yang nyata ataupun tidak nyata

g. Kegiatan dalam hidup sehari-hari, kebiasaan tidur, kebiasaan makan dan penggunaan waktu senggang

9. Faktor Sosial budaya/kebiasan

a. Kebiasaan makan

Kebiasaan makan ini meliputi jenis makanan yang dikonsumsi oleh keluarga. Pada keluarga sering dijumpai pola hidup sehat yang tidak benar seperti buang sampah sembarangan yang banyak mengandung penyakit TB paru

b. Pemanfaatan fasilitas kesehatan

Perilaku keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan merupakan faktor yang penting dalam pengelolaan penyakit TB paru. Adanya sumber pelayanan kesehatan digunakan untuk upaya pencegahan dan pengobatan dini karena dapat mencegah timbulnya penularan.

10. Pengkajian Lingkungan

TB paru berkaitan erat dengan penularan keluarga lainnya. Tahap ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya.

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, jarak septik tank dan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta denah rumah yang baik dapat mempengaruhi faktor terjadinya TB paru dan juga ketenangan Rumah tangga dapat memperkecil serangan TB paru.

b. Lingkungan : lingkungan sangat mempengaruhi yakni dengan ekonomi keluarga menengah kebawah.

- c. Macam lingkungan tempat tinggal yang sempit, padat, sanitasi yang tidak terjaga dan lingkungan sekitar rumah yang kurang 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. Interaksi dengan masyarakat.

11. Sistem pendukung dalam keluarga

Dukungan keluarga untuk meningkatkan status keberhasilan lingkungan sangat penting karena kebersihan lingkungan dapat dipengaruhi oleh semua penyakit.

12. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi

Bahasa yang digunakan dalam percakapan sehari-hari di dalam keluarga dan waktu yang sering digunakan untuk berkomunikasi.

b. Struktur peran

Keluarga sudah menjalankan perannya dengan fungsinya, struktur kekuatan keluarga sejauh mana keluarga mampu mengambil keputusan dengan tepat mengatasi masalah penyakit yang ada di keluarga.

13. Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Gambaran diri anggota keluarga, anggota keluarga tidak memiliki orang yang dipercayai dalam keluarga dan tidak ada dukungan terhadap anggota keluarga yang menderita TB paru sehingga keterlambatan penanganan.

b. Fungsi sosialisasi

Keluarga yang menderita TB paru biasanya tidak memiliki kekuatan untuk memuruskan 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.

14. Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang terkena TB paru serta pengetahuan keluarga mengenai perawatan, kesanggupan keluarga melakukan tugas perawatan keluarga yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan.

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengenal masalah pada TB paru salah satu Faktor penyebabnya adalah karena kurang pengetahuan tentang TB paru. Apabila keluarga tidak mampu mengenal masalah TB paru.

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat dan luasnya masalah yang dihadapi dan masalah tidak begitu menonjol. Penyakit TB paru yang tanpa penanganan akan mengaibatkan penularan.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidaksanggupan dalam merawat anggota keluarga disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit, misalnya keluarga tidak mengetahui

tentang pengertian, penularan, tanda dan gejala, penyebab dan pengelolaan TB paru.

4. Memelihara lingkungan rumah yang sehat

Ketidak sanggupannya 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

Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah TB paru. Agar penderita dapat memerikasakan kesehatannya secara rutin.

15. Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah :

- a. Jumlah anak
- b. Rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga.
- c. Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga

16. Fungsi ekonomi

TB paru sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah kebawah. Karena faktor lingkungan dan gaya hidup yang tidak sehat seperti kurang aktifitas fisik, dan stress berperan penting sebagai pemicu TB paru.

17. Cara pengumpulan data

Observasi langsung : dapat mengetahui keadaan secara langsung, keadaan fisik dari tiap anggota keluarga, komunikasi dari tiap anggota keluarga, peran dari tiap anggota keluarga, keadaan rumah dan lingkungan

18. Wawancara

Dapat mengetahui hal-hal : aspek fisik, aspek mental, sosial budaya, ekonomi, kebiasaan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan (Amin Huda Nurarif, 2013)

1. Resiko penularan penyakit Tuberkulosis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Tuberkulosis
2. Resiko Drop out (Pengobatan) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.
3. Ketidak efektifan penatalaksanaan rumah berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

2.4.3 Perioritas dari 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 perioritas terhadap diagnosa keeperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala perioritas (skala Baylon dan Maglaya).

- a. Tentukan skor untuk tiap kreteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\frac{\text{SKOR}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Jumlah skor untuk semua kriteria

c. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot

Skala Bilon dan Maglaya

Tabel : 2.1 skala bilon dan maglaya

No	Kriteria	Hasil	Bobot
1.	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak atau kurang sehat • Ancaman kesehatan • Keadaan sejahtera 	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah <ul style="list-style-type: none"> • Mudah • Sebagian • Tidak dapat 	2 1 0	2
3.	Potensi masalah dapat dicegah <ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Cukup • Rendah 	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> • masalah berat harus segera ditangani • Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani • 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. Rencana tindakan untuk diagnosa 1

Resiko penularan penyakit tuberkulosis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Tuberkulosis Meliputi pengertian, penyebab, cara penularan dan cara pencegahan.

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mengerti tentang masalah Tuberkulosis Paru yang meliputi pengertian, Penyebab, cara penularan dan cara pencegahan penyakit tuberculosi paru.

b. Kreteria hasil

1. Kognitif : Keluarga Mampu Menjelaskan pengertian, penyebab, cara penularan dan cara pencegahan penyakit Tuberkulosis Paru.
2. Afektif : Keluarga Dapat menentukan Resiko penularan dengan menyiapkan tempat dahak yang tertutup, Tidak membuang dahak sembarangan, menutup mulut pada saat batuk.
3. Psikomotor : Keluarga dapat mencegah penularan penyakit TBC

c. Rencana tindakan

1. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang Penyakit Tuberkulosis.
2. Jelaskan cara penularan penyakit TBC
3. Anjurkan pada klien dan keluarga agar memakai masker setiap dirumah

4. Anjurkan pada klien dan keluarga untuk menyiapkan tempat dahak yang tertutup dengan didesinfektan.

d. Rasional

1. Diharapkan akan diketahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang TB paru
2. Diharapkan keluarga mengenal dan mengetahui cara penularan TB paru
3. Diharapkan Mengurangi resiko terjadinya penularan
4. Diharapkan Mengurangi terjadinya penyebaran kuman

2. Rencana tindakan diagnosa ke 2

Resiko drop out (Pengobatan) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

b. Kriteria hasil

1. Kognitif : Keluarga mampu mengenal cara pengobatan tuberculosis Paru
2. Afektif : Keluarga mampu merawat anggota Keluarga Yang sakit
3. Psikomotor : Keluarga mampu mengontrol secara rutin, Mengawasi minum obat.

c. Rencana Tindakan

1. Jelaskan kepada keluarga tentang pentingnya fasilitas kesehatan
2. Jelaskan akibat jika tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan.

3. Berikan Motivasi kepada keluarga untuk dapat menggunakan fasilitas kesehatan.
4. Anjurkan kepada keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan.

d. Rasional

1. Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan.
2. Mencegah Terjadinya kekambuhan kembali pada klien
3. Dengan memberikan motivasi akan menambah rasa keyakinan diri terhadap klien menderita penyakit TB paru.
4. Dengan menggunakan fasilitas kesehatan keluarga akan lebih mengerti tentang penyakitnya.

3. Rencana tindakan untuk diagnosa 3

Ketidakefektifan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mampu memelihara lingkungan yang sehat

b. Kriteria hasil

1. Kognitif : Keluarga mampu menyebutkan cara meminimalkan terjadinya infeksi akibat lingkungan yang kurang sehat.
2. Afektif : Keluarga dapat membuat rencana kebersihan rumah setiap hari
3. Psikomotor : keluarga mampu mengelola lingkungan yang sehat seperti membersihkan rumah, memasang ventilasi jendela, memasang lubang angin.

c. Rencana tindakan

1. Kaji pengetahuan keluarga mengenai modifikasi lingkungan yang sesuai pada penderita Tuberculosis Paru.
2. Jelaskan mengenai cara memodifikasi lingkungan yang sesuai pada penderita TBC
3. Berikan motivasi kepada keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang sesuai pada penderita Tuberculosis Paru

d. Rasional

1. Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat mengurangi resiko penularan
2. Diharapkan keluarga mengenal dan mengetahui cara memodifikasi lingkungan untuk mengurangi terjadinya resiko penularan
3. Dengan memberikan motivasi keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang sesuai

4. Rencana tindakan diagnosa ke 4

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang sakit.

b. Kreteria hasil

- 1) Kognitif : Keluarga mengetahui menu makanan yang sehat
- 2) Afektif : Keluarga mampu menyediakan makanan

- 3) Psikomotor : Keluarga mau merawat klien yang mengalami nutrisi kurang

c. Rencana tindakan

- 1) Jelaskan kepada keluarga tentang pentingnya mengetahui tentang penatalaksanaan TB paru
- 2) Jelaskan tentang cara merawat keluarga yang menderita TB paru.
- 3) Kaji pengetahuan keluarga cara merawat klien yang menderita TB paru
- 4) Berikan motivasi kepada keluarga untuk mau merawat klien TB paru
- 5) Jelaskan tentang pentingnya kontrol secara rutin

d. Rasional

- 1) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat mengetahui penatalaksanaan yang tepat bagi pasien TB paru
- 2) Agar keluarga mau merawat anggota keluarga yang menderita TB paru secara benar
- 3) Dengan memberikan informasi kepada keluarga diharapkan keluarga mematuhi pengobatan yang dianjurkan.
- 4) Dengan memotivasi keluarga diharapkan keluarga mau merawat anggota keluarga yang dianjurkan
- 5) Dengan pemeriksaan kontrol secara rutin dapat mengetahui keadaan pasien secara dini

2.4.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan suatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir.

Evaluasi dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

1) Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP.

2) Evaluasi akhir (formatif)

Evaluasi ini dikerjakan dengan cara membandingkan antar tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan antara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah, atau rencana yang perlu dimodifikasi.