

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sebuah kesatuan sosial yang dibentuk oleh ikatan darah antar individu, biasanya mencakup suami, istri, serta anak-anak. Sebagai unit sosial paling dasar, keluarga memainkan peran krusial dalam pembentukan karakter suatu bangsa. Istilah ini juga merujuk pada sekelompok orang yang tinggal serumah, minimal terdiri dari suami, istri, dan anak-anak. (Ramdani dkk, 2023).

Menurut Stuart (2014) dalam Wahyuni, Parliani & Hayati (2021), keluarga adalah satuan paling kecil di masyarakat. Istilah kekerabatan digunakan untuk menggambarkan keluarga, di mana individu terikat melalui perkawinan dan berperan sebagai orang tua. Secara lebih luas, anggota keluarga mencakup mereka yang menjalin hubungan personal timbal balik, melaksanakan tanggung jawab, serta memberikan dukungan akibat kelahiran, adopsi, atau perkawinan.

2.1.2 Tipe-tipe Keluarga

Menurut Ariyanti dkk. (2023), tipe keluarga dikategorikan menjadi dua kelompok utama:

a. Tipe keluarga Tradisional

- 1) Keluarga inti (The nuclear family), yakni kesatuan yang meliputi suami, istri, dan anak.

- 2) Keluarga pasangan suami istri (The dyad family), yaitu pasangan suami-istri tanpa anak yang tinggal serumah.
- 3) Keluarga usia lanjut (The elderly family), yakni pasangan suami-istri lanjut usia dengan anak yang telah mandiri.
- 4) Keluarga tanpa anak (The childless family), yaitu pasangan yang gagal memiliki keturunan karena pernikahan terlambat atau prioritas karir/pendidikan pada wanita.
- 5) Keluarga luas (The extended family), yakni tiga generasi yang tinggal bersama dalam satu rumah, seperti keluarga inti ditambah paman, tante, kakek-nenek, keponakan, dan sebagainya.
- 6) Keluarga tunggal orang tua (The single-parent family), yaitu satu orang tua (ayah atau ibu) bersama anak, akibat perceraian, kematian, atau pelanggaran hukum pernikahan.
- 7) Keluarga komuter (Commuter family), yaitu orang tua yang bekerja di kota berbeda, dengan salah satu sebagai tempat tinggal tetap, dan pertemuan keluarga pada akhir pekan.
- 8) Keluarga multigenerasi (Multigeneration family), yaitu beberapa generasi atau kelompok usia yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 9) Keluarga jaringan kerabat (Kin-network family), yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal serumah atau berdekatan, berbagi fasilitas seperti dapur, kamar mandi, televisi, telepon, dan lain-lain.
- 10) Keluarga campuran (Blend family), yaitu terbentuk dari pernikahan kembali duda atau janda yang membesarkan anak dari pernikahan sebelumnya.

- 11) Keluarga dewasa tunggal (The single adult living alone/ single-adult family), yaitu individu dewasa yang tinggal sendiri akibat pilihan atau perpisahan seperti perceraian atau ditinggal mati.

b. Tipe Keluarga Non-tradisional

- 1) Ibu remaja belum menikah (The unmarried teenage mother), yaitu orang tua (khususnya ibu) dengan anak dari hubungan di luar nikah.
- 2) Keluarga dengan orang tua tiri (The stepparent family)
- 3) Keluarga komune (Commune family), yaitu beberapa pasangan (dengan anak) tanpa ikatan darah yang tinggal bersama, berbagi sumber daya, fasilitas, pengalaman, serta membesarkan anak secara kolektif.
- 4) Keluarga kohabitasi heteroseksual non-pernikahan (The nonmarital heterosexual cohabiting family), yaitu pasangan yang berganti-ganti tanpa ikatan pernikahan.
- 5) Keluarga gay dan lesbian (Gay and lesbian families), yaitu individu sesama jenis yang hidup bersama seperti pasangan suami-istri.
- 6) Pasangan kohabitasi (Cohabiting couple), yaitu dewasa yang tinggal bersama di luar pernikahan karena alasan tertentu.
- 7) Keluarga pernikahan kelompok (Group-marriage family), yaitu beberapa dewasa yang berbagi peralatan rumah tangga, menganggap diri saling menikah, termasuk berbagi seksualitas dan pengasuhan anak.
- 8) Keluarga jaringan kelompok (Group network family), yaitu keluarga inti yang terikat aturan/nilai, tinggal berdekatan, berbagi barang rumah tangga, layanan, serta tanggung jawab pengasuhan anak.

- 9) Keluarga asuh (Foster family), yaitu penerimaan anak tanpa ikatan darah secara sementara, hingga orang tua biologis dapat reunifikasi.
- 10) Homeless family, yaitu keluarga tanpa tempat tinggal permanen akibat krisis pribadi terkait ekonomi atau gangguan kesehatan mental.
- 11) Gang, yaitu bentuk keluarga destruktif dari pemuda yang mencari ikatan emosional dan rasa memiliki, tetapi berkembang melalui kekerasan serta kriminalitas.

2.1.3 Struktur Keluarga

Menurut Friedman dalam Wahyuni dkk (2021), struktur keluarga dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Struktur komunikasi

Komunikasi keluarga dinilai efektif apabila berlangsung secara jujur, terbuka, melibatkan perasaan, konflik dapat diselesaikan, serta terdapat hierarki kekuasaan yang jelas. Pihak pengirim pesan mampu menyampaikan informasi secara jelas dan berkualitas, serta terbuka terhadap umpan balik. Penerima pesan mampu mendengarkan, memberikan respon, dan memvalidasi pesan yang diterima. Sebaliknya, komunikasi dianggap tidak efektif apabila bersifat tertutup, dipenuhi isu negatif, tidak fokus, serta sering mengulang permasalahan yang sama. Pengirim pesan cenderung berasumsi, mengekspresikan perasaan secara tidak jelas, bersifat menghakimi, dan tidak selaras dalam berkomunikasi. Penerima pesan pun gagal mendengar dengan baik, menolak pesan, bersikap defensif atau negatif, sehingga menimbulkan miskomunikasi dan kurangnya validasi.

b. Struktur peran

Struktur peran merupakan kumpulan perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi masing-masing anggota keluarga. Peran tersebut dapat bersifat formal maupun informal.

c. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan menggambarkan kemampuan seseorang dalam mengendalikan, memengaruhi, atau mengubah perilaku anggota keluarga lainnya. Bentuk kekuatan ini meliputi kekuasaan karena hak (legitimate power), keteladanan (referent power), keahlian (expert power), pemberian penghargaan (reward power), paksaan (coercive power), serta kekuatan afektif.

d. Struktur nilai dan norma

Nilai merupakan sistem ide, sikap, dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam suatu budaya. Sementara itu, norma adalah pola perilaku yang diterima dan berlaku dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat sekitar (Mubarak, 2012 dalam Wahyuni dkk, 2021).

2.1.4 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1998) sebagaimana dikutip dalam Lukman (2024), fungsi keluarga secara umum meliputi hal-hal berikut:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif keluarga memainkan peran krusial dalam mempersiapkan anggota untuk berinteraksi dengan pihak luar. Fungsi tersebut mendukung pertumbuhan individu serta dimensi psikososial anggota keluarga. Fungsi ini terkait erat dengan dinamika internal keluarga yang menjadi dasar

ketahanan keluarga. Keberhasilan fungsi ini terlihat dari terbentuknya keluarga harmonis, di mana setiap anggota memiliki konsep diri yang positif, merasa dimiliki dan dihargai, merasa bernilai, serta menerima kasih sayang. Komponen yang harus dipenuhi keluarga untuk mewujudkan fungsi afektif mencakup:

- 1) Kasih sayang, kehangatan, saling merawat, penerimaan, dan dukungan mutlak diperlukan dalam keluarga. Ketika anggota keluarga menerima kasih sayang serta dukungan, kapasitas mereka untuk memberikan balasan juga meningkat, sehingga terbentuk relasi harmonis dan saling mendukung. Relasi positif semacam ini menjadi pondasi bagi interaksi sehat dengan individu di luar keluarga.
- 2) Pemeliharaan sikap saling menghormati dalam keluarga esensial untuk membentuk iklim positif, di mana setiap anggota baik orang tua maupun anak diakui keberadaan dan haknya. Pendekatan ini bertujuan menciptakan lingkungan keluarga yang menghargai harga diri orang tua serta hak anak. Keseimbangan penghormatan timbal balik dapat dicapai jika anggota keluarga saling memerhatikan hak, kebutuhan, dan kewajiban satu sama lain.
- 3) Ikatan serta identifikasi keluarga merupakan elemen kekuatan yang melibatkan persepsi dan pemenuhan kebutuhan individu melalui relasi emosional (bonding) atau keterikatan (attachment). Kedua konsep ini sering kali digunakan secara sinonim. Keterikatan emosional yang khas dan berkelanjutan terbentuk antara dua individu sejak keputusan membangun kehidupan bersama, kemudian berkembang dan menyesuaikan dengan

berbagai dimensi kehidupan serta aspirasi yang sulit diraih secara perorangan.

- 4) Keterpisahan dan keterpaduan keluarga memiliki peran signifikan pada tahap sosialisasi dini, di mana keluarga membentuk perilaku anak untuk membangun identitas diri. Demi mencapai rasa utuh dan keterpaduan yang memuaskan, anggota keluarga harus menempuh proses pemisahan dan penyatuan secara timbal balik. Setiap keluarga mengelola dinamika keterpisahan serta keterpaduan ini dengan cara khas, dengan penekanan yang bervariasi pada salah satu aspek.

b. Fungsi sosial

Proses sosialisasi berlangsung sepanjang hayat individu, dari kelahiran hingga kematian. Keluarga menjadi arena utama sosialisasi individu. Pencapaian tahap perkembangan individu dan keluarga terjadi melalui interaksi yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga mempelajari disiplin, nilai, norma, budaya, serta perilaku melalui interaksi keluarga, sehingga mampu memenuhi peran dalam masyarakat. Fungsi ini melatih serta mengembangkan anak untuk kehidupan sosial sebelum berinteraksi dengan orang lain di luar rumah.

c. Fungsi reproduktif

Keluarga berperan dalam mempertahankan generasi serta kelestarian keluarga. Keluarga bertanggung jawab atas kelanjutan keturunan dan peningkatan sumber daya manusia. Fungsi ini mencakup pewarisan keturunan, pemeliharaan serta pembesaran anak, pemenuhan nutrisi keluarga, dan perawatan anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga bertugas memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga serta mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan pendapatan guna mencukupi kebutuhan tersebut. Komponen yang dijalankan keluarga dalam fungsi ini meliputi pencarian sumber pendapatan untuk kebutuhan, pengelolaan penggunaan pendapatan keluarga, serta penabungan untuk pendidikan anak dan jaminan masa tua.

e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan

Fungsi keluarga ini bertujuan mempertahankan kondisi kesehatan anggota keluarga agar produktivitas tetap optimal. Fungsi tersebut berkembang menjadi tanggung jawab keluarga di ranah kesehatan dan menjadi elemen krusial dalam penilaian keluarga. Dalam perspektif tersebut, fungsi ini menyediakan kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, dan layanan kesehatan. Dari sudut pandang masyarakat, keluarga merupakan sistem dasar yang mengatur, menjamin, serta mengamankan perilaku sehat dan perawatan kesehatan. Keluarga menyediakan perawatan promotif serta preventif, serta secara kolektif merawat anggota yang sakit.

2.1.5 Tahap Perkembangan Keluarga

Walaupun setiap keluarga menjalani siklus perkembangannya secara lengkap, secara keseluruhan keluarga-keluarga tersebut mengikuti pola perkembangan yang seragam (Ariyanti dkk., 2023):

a. Keluarga pasangan baru

Fase ini dimulai ketika individu laki-laki dan perempuan membentuk ikatan keluarga melalui pernikahan yang sah, disertai pelepasan psikologis dari keluarga asal masing-masing:

- 1) Mengembangkan hubungan intim yang memuaskan.
- 2) Menjalin relasi dengan keluarga lain, teman, serta kelompok sosial.
- 3) Merencanakan kehadiran anak.

b. Keluarga masa child-bearing (kelahiran anak pertama)

Fase ini mencakup periode antisipasi kelahiran, mulai dari kehamilan hingga kelahiran anak pertama, dan berlangsung hingga anak tersebut mencapai usia 30 bulan:

- 1) Menyiapkan diri sebagai orang tua.
- 2) Menyesuaikan diri dengan perubahan komposisi anggota keluarga, peran, pola interaksi, relasi seksual, serta rutinitas keluarga.
- 3) Menjaga hubungan pasangan yang memuaskan.

c. Keluarga dengan anak prasekolah

Fase ini bermula sejak kelahiran anak pertama (usia 2,5 bulan) dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun:

- 1) Memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarga, termasuk tempat tinggal, privasi, dan rasa aman.
- 2) Mendukung sosialisasi anak.
- 3) Menyesuaikan diri dengan kehadiran bayi baru, sambil tetap memenuhi kebutuhan anak-anak lainnya.
- 4) Menjaga hubungan sehat baik internal maupun eksternal (dengan keluarga lain dan komunitas sekitar).

5) Mengalokasikan waktu untuk kebutuhan individu, pasangan, dan anak (fase yang paling kompleks).

6) Membagi tanggung jawab antaranggota keluarga.

7) Menyediakan aktivitas dan waktu untuk stimulasi pertumbuhan serta perkembangan anak.

d. Keluarga dengan anak sekolah

Fase ini dimulai ketika anak memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada tahap ini, keluarga biasanya telah mencapai komposisi anggota maksimal, sehingga aktivitas semakin padat:

- 1) Mendukung sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah, dan lingkungan.
- 2) Menjaga keintiman pasangan.
- 3) Memenuhi kebutuhan hidup yang semakin meningkat, termasuk biaya kesehatan anggota keluarga.

e. Keluarga dengan anak remaja

Fase ini dimulai ketika anak pertama berusia 13 tahun dan umumnya berlangsung selama 6-7 tahun hingga anak meninggalkan rumah orang tua. Tujuan utama adalah mempersiapkan anak remaja untuk kemandirian dewasa melalui pemberian tanggung jawab dan kebebasan yang lebih besar:

- 1) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab, mengingat peningkatan kematangan serta otonomi remaja.
- 2) Menjaga keintiman dalam dinamika keluarga.
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara orang tua dan anak, sambil menghindari konflik, kecurigaan, serta permusuhan.

- 4) Menyesuaikan sistem peran dan aturan untuk mendukung perkembangan keluarga.

f. Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)

Fase ini dimulai ketika anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir ketika anak terakhir melakukannya. Durasi fase ini bergantung pada jumlah anak atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Menjaga keintiman pasangan.
- 3) Membantu orang tua pasangan yang sakit atau memasuki usia lanjut.
- 4) Mendukung kemandirian anak di masyarakat.
- 5) Menata ulang peran dan rutinitas rumah tangga.

g. Keluarga usia pertengahan

Fase ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan:

- 1) Menjaga kesehatan.
- 2) Mempertahankan relasi memuaskan dengan rekan sebaya dan anak-anak.
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan.

h. Keluarga usia lanjut

Fase akhir perkembangan keluarga ini dimulai pada pensiun salah satu pasangan, berlanjut melalui kematian salah satu atau keduanya:

- 1) Menciptakan lingkungan rumah yang menyenangkan.
- 2) Menyesuaikan diri dengan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, serta penurunan pendapatan.

- 3) Mempertahankan keakraban dan saling merawat antar pasangan.
- 4) Menjaga hubungan dengan anak dan komunitas sosial.
- 5) Melakukan refleksi hidup (life review).

2.1.6 Tugas keluarga di bidang kesehatan

Menurut Bailon dan Maglaya (1998) sebagaimana dikutip dalam Lukman (2024), tugas kesehatan keluarga mencakup:

a. Menenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan elemen krusial dalam dinamika keluarga. Absennya kesehatan dapat mengurangi makna kehidupan secara keseluruhan dan menguras sumber daya serta dana keluarga. Orang tua bertanggung jawab mengidentifikasi kondisi kesehatan serta perubahan pada setiap anggota keluarga. Perubahan sekecil apa pun dapat menarik perhatian keluarga. Saat terjadi perubahan kondisi, catatan mengenai waktu, jenis perubahan, tingkat keparahan, serta konsekuensinya menjadi esensial. Pemahaman keluarga terhadap masalah kesehatan meliputi definisi, tanda serta gejala, faktor pemicu, dan perspektif keluarga terhadap kondisi tersebut.

b. Mengambil keputusan

Tugas ini menjadi langkah awal bagi keluarga untuk memperoleh bantuan yang sesuai dengan situasi keluarga, dengan mempertimbangkan anggota mana yang memiliki kapasitas pengambilan keputusan. Tindakan kesehatan keluarga harus akurat agar masalah dapat diminimalkan atau terselesaikan. Jika keluarga kesulitan mengambil keputusan, bantuan dari pihak luar di lingkungan sekitar dapat diminta. Sebelum menetapkan tindakan tepat untuk

mengelola masalah kesehatan, evaluasi kemampuan pengambilan keputusan keluarga diperlukan, termasuk:

- 1) Tingkat pemahaman keluarga terhadap sifat dan cakupan masalah kesehatan.
- 2) Apakah keluarga menyadari keberadaan masalah kesehatan.
- 3) Apakah keluarga merasa putus asa terhadap masalah kesehatan.
- 4) Apakah keluarga cemas terhadap konsekuensi penyakit.
- 5) Apakah keluarga memiliki sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
- 6) Apakah keluarga dapat mengakses fasilitas kesehatan.
- 7) Apakah keluarga kurang percaya pada tenaga kesehatan.
- 8) Apakah keluarga menerima informasi keliru mengenai penanganan masalah kesehatan.
- 9) Siapa yang bertanggung jawab atas keputusan atau siapa yang diminta bantuan.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga yang kerap menghadapi keterbatasan harus memastikan anggota dengan gangguan kesehatan menerima perawatan berkelanjutan agar kondisi tidak memburuk. Perawatan dapat dilakukan di fasilitas layanan kesehatan atau di rumah jika keluarga telah memiliki keterampilan pertolongan pertama. Dalam proses perawatan anggota yang sakit, keluarga perlu memahami:

- 1) Karakteristik penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, serta penanganannya).
- 2) Jenis dan evolusi perawatan yang diperlukan.

- 3) Ketersediaan fasilitas pendukung perawatan.
- 4) Sumber daya internal keluarga (anggota bertanggung jawab, dana, fasilitas fisik, dukungan psikososial).
- 5) Sikap keluarga terhadap anggota yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan rumah yang mendukung kesehatan

Rumah berfungsi sebagai tempat perlindungan di mana anggota keluarga menghabiskan sebagian besar waktu. Idealnya, rumah mencerminkan ketenangan, keindahan, serta peningkatan derajat kesehatan anggota keluarga. Rumah melibatkan:

- 1) Sumber daya milik keluarga.
- 2) Keuntungan dari pemeliharaan lingkungan.
- 3) Relevansi higiene dan sanitasi.
- 4) Strategi pencegahan penyakit.
- 5) Persepsi keluarga terhadap sanitasi.
- 6) Kohesi antaranggota keluarga.

e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Saat menghadapi masalah kesehatan, keluarga atau anggotanya harus memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta asistensi dari tenaga kesehatan. Dalam merujuk anggota ke fasilitas kesehatan, hal-hal berikut perlu diperhatikan:

- 1) Lokasi fasilitas kesehatan yang tersedia.
- 2) Manfaat yang diperoleh dari fasilitas tersebut.
- 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan layanan kesehatan.
- 4) Kemudahan akses fasilitas kesehatan bagi keluarga.

2.2 Tinjauan Teori Tuberkulosis

2.2.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penularannya terjadi melalui droplet dari individu yang terinfeksi bakteri tersebut, sehingga bersifat cepat dan luas. Sumber infeksi utama berasal dari penderita tuberkulosis paru dengan hasil BTA (bakteri tahan asam) positif, yang mampu menularkan ke orang di sekitarnya, khususnya kontak erat (Wijaya & Zaini, 2023).

Menurut World Health Organization (2021), tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksius langsung akibat infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri berbentuk batang tersebut menunjukkan karakteristik resisten terhadap asam saat proses pewarnaan, sehingga dikenal sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Penyebaran terjadi melalui droplet yang dilepaskan saat penderita batuk atau bersin. Droplet tersebut menyebar melalui udara dalam bentuk infeksi airborne, yang berpotensi menginfeksi individu lain.

2.2.2 Etiologi Tuberkulosis

Penyebab tuberkulosis adalah bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang masuk ke dalam tubuh melalui jalur respiratori, gastrointestinal, serta luka kulit terbuka. *Mycobacterium tuberculosis* merupakan patogen utama tuberkulosis paru, yang menular secara langsung melalui droplet dari individu terinfeksi. Bakteri tersebut mampu bertahan lama di lingkungan gelap, lembap, dingin, serta kurang ventilasi, sehingga rentan terhadap paparan sinar matahari langsung. Selain itu, bakteri ini dapat tetap dalam kondisi laten (tidak aktif) di jaringan tubuh untuk periode panjang. Tuberkulosis paru berkembang pesat

di dalam inang berkat kapasitasnya mereplikasi diri pada sel fagosit. (Mathofani & Febriyanti, 2020).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pasien tuberkulosis paru mencakup batuk produktif yang persisten selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk tersebut kerap disertai gejala tambahan berupa hemoptisis atau dahak berlumur darah, akibat ruptur pembuluh darah di kavitas atau ulserasi dinding bronkus (Kemenkes, 2018). Sesak napas, yang sering membuat penderita tampak lemah serta berat badan turun, ronki wheezing lokal dapat terdengar, disebabkan oleh bronkitis tuberkulosis atau kompresi bronkus oleh kelenjar getah bening (Kemenkes, 2018).

1. Nyeri dada, sering kali diamati pada kasus tuberculosi. Gejala ini dapat muncul sebagai rasa sakit ringan yang persisten akibat peregangan otot dari batuk, atau intensitas lebih tinggi saat inspirasi. Kondisi tersebut terjadi ketika infiltrasi radang sampai ke pleura hingga terjadi pleuritis.
2. Demam, umumnya subfebris menyerupai influenza, meskipun dapat mencapai 40-41°C jika proses patologis bersifat progresif.
3. Malaise (lemas), khas dari inflamasi kronis tuberkulosis paru, disertai anoreksia, penurunan berat badan progresif, sakit kepala, mialgia, serta keringat nokturna yang bersifat intermiten dan tidak beraturan.
4. Wheezing, diakibatkan oleh narrowing lumen endobronkus akibat sekret, bronkostenosis, inflamasi, jaringan granulomatosa, ulserasi, dan faktor lain pada tuberkulosis stadium lanjut (Resi, 2020).

Dispnea muncul sebagai gejala akhir dari tuberkulosis paru progresif, disebabkan oleh restriksi serta obstruksi jalur napas, hilangnya vaskularisasi pulmonal atau trombosis vaskular, yang mengganggu difusi gas, memicu hipertensi pulmonal, dan kor pulmonale (Resi, 2020).

2.2.4 Klasifikasi Tuberkulosis

Menurut Kemenkes RI (2020), klasifikasi tuberkulosis serta tipe pasien bergantung pada definisi kasus yang mencakup empat elemen pokok, yaitu:

1. Lokasi atau organ yang terlibat: paru atau ekstra paru.
2. Status bakteriologi (hasil mikroskopis dahak): BTA positif atau BTA negatif.
3. Derajat keparahan: ringan atau berat.
4. Riwayat pengobatan tuberkulosis sebelumnya: kasus baru atau pernah diobati.

Klasifikasi sesuai organ tubuh yang terkena:

1. Tuberkulosis paru menyerang parenkim paru, tidak melibatkan pleura (selaput paru) maupun kelenjar hilus.
2. Tuberkulosis ekstra paru memengaruhi organ selain paru, seperti pleura, selaput otak, perikardium (selaput jantung), kelenjar limfa, tulang, sendi, kulit, usus, ginjal, saluran kemih, organ genital, dan sebagainya.

Klasifikasi berdasarkan pemeriksaan mikroskopis dahak pada tuberkulosis paru:

1. Tuberkulosis paru BTA positif, dengan kriteria:
 - a. Minimal dua dari tiga spesimen dahak SPS positif BTA.
 - b. Spesimen dahak SPS positif BTA disertai gambaran tuberkulosis pada foto toraks.

- c. Spesimen dahak SPS positif BTA dan kultur kuman tuberkulosis positif.
 - d. Satu atau lebih spesimen dahak positif setelah tiga spesimen dahak SPS sebelumnya negatif BTA, tanpa respons terhadap antibiotik non-OAT (Obat Anti Tuberkulosis).
2. Tuberkulosis paru BTA negatif, dengan kriteria diagnostik:
- a. Setidaknya tiga spesimen dahak SPS negatif BTA.
 - b. Foto toraks tidak mengindikasikan tuberkulosis.

2.2.5 Patofisiologi Tuberkulosis

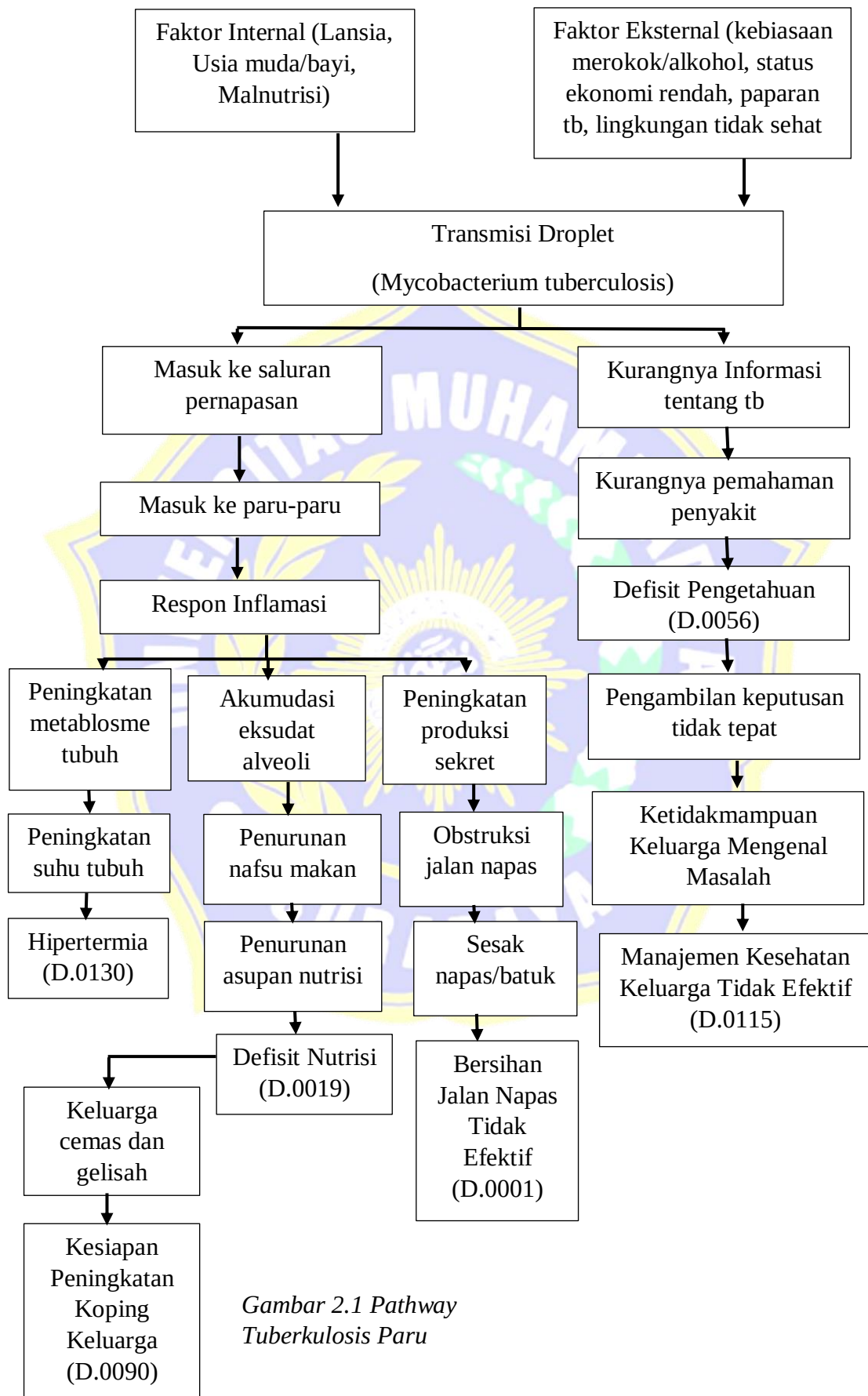
Infeksi tuberkulosis dimulai ketika individu menghirup basil *Mycobacterium tuberculosis*, yang kemudian menyebar melalui saluran pernapasan ke alveoli, di mana bakteri berkembang biak dan membentuk agregat. Penyebaran bakteri juga dapat mencapai lobus atas paru serta organ lain melalui sistem limfatik dan sirkulasi darah, termasuk ginjal, tulang, dan korteks serebri. Respons imun tubuh memicu inflamasi, dengan neutrofil dan makrofag melakukan fagositosis terhadap bakteri, sementara limfosit khusus tuberkulosis melisiskan basil beserta jaringan normal. Akibatnya, eksudat menumpuk di alveoli, sehingga menimbulkan bronkopneumonia. Infeksi primer umumnya muncul 2–10 minggu pasca paparan bakteri. (Wijaya et., al., 2023)

Apabila respons imun tidak memadai, kondisi penyakit akan memburuk, baik karena reinfeksi maupun aktivasi kembali bakteri laten. Pada tahap ini, kompleks Ghon mengalami ulserasi yang menghasilkan nekrosis kaseosa di bronkus. Tuberkel yang terulserasi kemudian sembuh dengan pembentukan

jaringan paru, diikuti inflamasi paru yang memicu bronkopneumonia, pembentukan tuberkel, dan proses berulang. Pneumonia seluler tersebut dapat resolusi spontan, sementara bakteri terus difagositosis atau bereplikasi di dalam sel. Infiltrasi makrofag berlangsung lama, dengan sebagian bergabung membentuk sel epiteloid tuberkel yang dikelilingi limfosit (selama 10–20 hari). Nekrosis lokal dan granulasi yang diselimuti sel epiteloid serta fibroblas menimbulkan respons beragam, yang pada akhirnya membentuk kapsul di sekitar tuberkel (Wijaya et., al., 2023).



2.2.6 WOC



Gambar 2.1 Pathway
Tuberkulosis Paru

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat digunakan untuk mengkonfirmasi diagnosis tuberkulosis (Fitri Mailani, 2023):

a. Pemeriksaan mikroskopis dahak

Pemeriksaan dahak bertujuan mengonfirmasi diagnosis, mengevaluasi efektivitas terapi, serta menilai potensi penularan. Pengumpulan specimen untuk diagnosis dilakukan dengan mengambil tiga sampel dahak dalam dua hari kunjungan berturut-turut menggunakan protokol sewaktu-pagi-sewaktu (SPS):

- 1) S (sewaktu): Sampel pertama dikumpul saat pasien suspek TB datang untuk kunjungan awal. Saat pulang, pasien membawa wadah untuk mengumpul sampel pagi hari kedua.
- 2) P (pagi): Sampel kedua dikumpul di rumah pada pagi hari kedua, tepat setelah bangun tidur, kemudian dibawa dan diserahkan langsung ke petugas.
- 3) S (sewaktu): Sampel ketiga dikumpul pada hari kedua saat menyerahkan sampel pagi.

Pemeriksaan mikroskopis dibedakan menjadi dua jenis: mikroskopis konvensional dengan pewarnaan Ziehl-Neelsen dan mikroskopis fluoresensi dengan pewarnaan auramin-rhodamin (terutama untuk skrining).

- 1) Jika tiga kali positif atau dua kali positif dengan satu kali BTA negatif.
- 2) Jika satu kali positif dan dua kali negatif, maka ulangi pemeriksaan BTA tiga kali.
- 3) Jika satu kali positif dan dua kali negatif dengan BTA positif.

4) Jika tiga kali negatif untuk BTA.

Interpretasi hasil mikroskopis mengikuti skala IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) sesuai rekomendasi WHO:

- a) Tidak ada BTA dalam 100 lapang pandang berarti hasil negatif.
- b) 1-9 BTA dalam 100 lapang pandang dicatat sebagai jumlah kuman yang terdeteksi.
- c) 10-99 BTA dalam 100 lapang pandang dicatat sebagai +(1+).
- d) 1-10 BTA per lapang pandang dicatat sebagai ++(2+).
- e) >10 BTA per lapang pandang dicatat sebagai +++(3+).

b. Pemeriksaan Bactec

Prinsip teknik kultur BACTEC bersifat radiometrik, di mana *Mycobacterium tuberculosis* memetabolisme asam lemak menghasilkan CO₂ yang terdeteksi sebagai indeks pertumbuhan oleh alat. Sistem ini menawarkan alternatif kultur cepat untuk mendukung diagnosis dan uji sensitivitas obat. Varian teknik ini menggunakan *Mycobacteria Growth Indicator Tube* (MGIT).

c. Polymerase chain reaction (PCR)

Teknologi PCR mampu mendeteksi DNA *Mycobacterium tuberculosis*. Hasilnya dapat memperkuat diagnosis jika prosedur dilakukan secara standar dan benar. Namun, hasil PCR positif tanpa dukungan data lain tidak boleh dijadikan dasar diagnosis TB. Spesimen untuk deteksi *Mycobacterium tuberculosis* dapat berasal dari paru atau organ ekstrapulmoner sesuai keterlibatan organ.

d. Pemeriksaan serologi dengan berbagai metode, di antaranya:

1) Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)

Metode ini mendeteksi respons humoral melalui interaksi antigen-antibodi. Tantangan utamanya adalah persistensi antibodi dalam jangka waktu lama.

2) Mycodot

Uji ini mengidentifikasi antibodi antimikobakteri dalam tubuh manusia menggunakan antigen lipoarabinomannan (LAM) yang diimobilisasi pada alat berbentuk sisir plastik. Sisir tersebut dicelupkan ke serum pasien; jika serum mengandung antibodi anti-LAM spesifik yang mencerminkan aktivitas penyakit, perubahan warna akan muncul dan mudah terdeteksi.

3) ICT

Uji immuno-chromatographic tuberculosis (ICT TB) mendeteksi antibodi terhadap *M. tuberculosis* dalam serum menggunakan lima antigen spesifik dari membran sitoplasma *M. tuberculosis*, termasuk antigen 38 kDa. Antigen tersebut membentuk empat garis melintang pada membran imunokromatografi (dua antigen digabung dalam satu garis) ditambah garis kontrol. Sebanyak 30 µl serum ditetaskan ke bantalan, kemudian berdifusi melewati garis antigen. Jika serum mengandung antibodi IgG anti-*M. tuberculosis*, garis merah muda terbentuk. Uji positif jika setelah 15 menit muncul garis kontrol dan minimal satu garis antigen.

e. Pemeriksaan cairan pleura

Analisis cairan pleura dan uji Rivalta diperlukan pada pasien efusi pleura untuk mendukung diagnosis. Temuan yang mengindikasikan tuberkulosis

meliputi uji Rivalta positif, kesan eksudat, dominasi sel limfosit, serta kadar glukosa rendah pada cairan pleura.

f. Pemeriksaan histopatologi jaringan

Sampel histopatologi diperoleh melalui biopsi paru seperti transbronchial lung biopsy (TBLB), transthorakal biopsy (TTB), biopsi paru terbuka, biopsi pleura, biopsi kelenjar getah bening, atau biopsi organ ekstrapulmoner. Teknik aspirasi jarum halus (fine needle aspiration biopsy/FNAB) juga dapat digunakan. Pemeriksaan ini krusial untuk diagnosis TB ekstrapulmoner. Diagnosis definitif TB diperoleh jika histopatologi menunjukkan granuloma dengan kaseifikasi.

g. Pemeriksaan darah

Hasil hematologi rutin tidak menunjukkan marker spesifik untuk tuberkulosis. Laju endap darah (LED) pada jam pertama dan kedua sangat relevan sebagai indikator stabilitas keseimbangan biologis pasien, yang dapat digunakan untuk memantau respons terapi dan memprediksi penyembuhan. Kadar limfosit mencerminkan status imunitas pasien (supresi atau tidak). LED sering meningkat pada fase aktif, meskipun nilai normal tidak mengecualikan tuberkulosis.

h. Uji tuberculin

Pemeriksaan ini bernilai tinggi untuk mendeteksi infeksi TB di wilayah dengan prevalensi rendah. Signifikansinya meningkat jika terjadi konversi dari uji sebelumnya (satu bulan lalu) atau hasil positif yang kuat. Pada pleuritis tuberkulosa, hasil dapat negatif terutama pada malnutrisi atau

infeksi HIV, tetapi mungkin berubah positif jika diulang setelah satu bulan.

Secara tidak langsung, reaksi yang timbul menggambarkan:

- 1) Respons inflamasi pada lesi target organ yang terinfeksi.
- 2) Status respons imun individu terhadap basil tahan asam terkait.

2.2.8 Penatalaksanaan Tuberkulosis

Menurut Anwar (2023), pendekatan medis terhadap pasien tuberkulosis paru pada orang dewasa melibatkan regimen standar yang mencakup agen lini pertama, yaitu isoniazid (INH), rifampisin (R), pirazinamid (Z), etambutol (E), serta streptomisin (S), selama fase intensif dua bulan, diikuti oleh fase kelanjutan dengan INH dan R selama empat bulan. Pada kasus tuberkulosis paru resisten multidrug (MDR-TB) atau ekstensif drug-resistant (XDR-TB), terapi memanfaatkan obat lini kedua yang berbeda karakteristiknya dari obat lini pertama, karena cenderung memiliki efektivitas lebih rendah (misalnya, asam aminosalisilat), potensi toksisitas tinggi (seperti sikloserin), atau keterbatasan ketersediaan di negara-negara berkembang.

Pedoman Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang diterapkan di Indonesia mencakup regimen sebagai berikut:

- 1) Kategori 1: 2(HRZE)/4(HR)³ atau 2(HRZE)/4(HR)
- 2) Kategori 2: 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)³E³ atau 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HRE)

Pada tuberkulosis paru dengan resistensi obat, regimen lini kedua meliputi kanamisin, kapreomisin, levofloksasin, etionamide, sikloserin, serta moksifloksasin. Regimen OAT lini pertama untuk tuberkulosis paru dapat diberikan secara harian atau intermiten (tiga kali seminggu). Dosis untuk dewasa adalah sebagai berikut:

- 1) Isoniazid: harian 4-6 mg/kgBB/hari (maksimal 300 mg/hari); intermiten 8-12 mg/kgBB/minggu (maksimal 900 mg/minggu).
- 2) Rifampisin: harian 8-12 mg/kgBB/hari (maksimal 600 mg/hari).
- 3) Pirazinamid: harian 20-30 mg/kgBB/hari; intermiten 30-40 mg/kgBB/minggu.
- 4) Etambutol: harian 15-20 mg/kgBB/hari; intermiten 25-35 mg/kgBB/minggu.
- 5) Streptomisin: harian 12-18 mg/kgBB/hari; intermiten 12-18 mg/kgBB/minggu.

Regimen kategori 1 direkomendasikan untuk pasien baru, yaitu:

- 1) Pasien tuberkulosis paru dengan bukti bakteriologis,
- 2) Pasien tuberkulosis paru dengan diagnosis klinis, atau
- 3) Pasien tuberkulosis paru ekstrapulmonal.

Tablet OAT KDT untuk dewasa mengandung kombinasi dua atau empat obat dalam satu formulasi, dengan dosis yang disesuaikan berdasarkan berat badan pasien, dikemas dalam satu paket per pasien untuk satu siklus pengobatan. Pasien kategori 2 mencakup individu dengan hasil BTA positif yang memerlukan pengobatan ulang, yaitu:

- 1) Pasien kambuh
- 2) Pasien gagal pengobatan dengan regimen kategori 1 sebelumnya,
- 3) Pasien yang kembali berobat setelah interupsi (default pengobatan).

Regimen harian kategori 2 adalah 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HRE), dengan fase awal harian dan fase lanjutan intermiten 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)³E³.

2.2.9 Komplikasi Tuberkulosis

Komplikasi tuberkulosis (TB) ditentukan oleh tingkat keparahan keterlibatan organ yang terinfeksi serta efek samping dari obat anti-TB. Faktor pendorongnya mencakup kondisi ekonomi rendah, malnutrisi, penekanan imun, serta gangguan sistem kekebalan tubuh. Komplikasi yang mungkin timbul meliputi syok septik, pneumonia, bronkiektasis, hemoptisis, meningitis, osteomielitis, dan infertilitas. Selain itu, terapi TB berpotensi memicu hepatitis, neuritis optik, serta interaksi farmakologi.

Dari sudut pandang kesehatan masyarakat, TB berkorelasi kuat dengan kemiskinan, kepadatan populasi, rendahnya kesadaran, dan keterbatasan akses terhadap pelayanan medis. Kepatuhan yang lemah terhadap regimen pengobatan jangka panjang dapat memperburuk risiko resistensi obat. Mayoritas kasus TB aktif berasal dari reaktivasi infeksi laten, bukan transmisi primer. TB terus menjadi penyumbang utama mortalitas global, khususnya di negara-negara berpenghasilan rendah. Penanganan komplikasi TB menuntut diagnostik presisi, terapi farmakologis yang manjur, serta program kesehatan masyarakat yang terintegrasi secara komprehensif (Tristram, 2025).

Beberapa komplikasi yang mungkin dialami pasien tuberkulosis mencakup (Soedarsono & Astuti, 2020):

- 1) Hemoptisis masif (perdarahan dari saluran pernapasan bawah) yang berpotensi fatal akibat syok hipovolemik atau obstruksi jalan napas.
- 2) Kolaps lobus paru disebabkan retraksi bronkus.
- 3) Bronkiektasis (pelebaran bronkus lokal) dan fibrosis (formasi jaringan ikat selama proses penyembuhan atau respons reaktif) pada paru-paru.

- 4) Pneumotoraks spontan (akumulasi udara di rongga pleura): kolaps paru akibat ruptur jaringan paru.
- 5) Penyebaran infeksi ke organ ekstrapulmoner seperti otak, tulang, sendi, ginjal, dan lainnya.
- 6) Insufisiensi kardiopulmoner.
- 7) Pasien dengan komplikasi berat memerlukan perawatan inap di rumah sakit.

2.3 Konsep Masalah Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

2.3.1 Definisi Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah suatu kondisi di mana pola pengaturan masalah kesehatan dalam kehidupan keluarga sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif terjadi ketika keluarga atau anggota rumah tangga mengalami gangguan kesehatan karena gaya hidup yang tidak sehat atau kurangnya pengetahuan untuk mengatur kondisi kesehatannya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2.3.2 Etiologi Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Etiologi dalam diagnosis keperawatan mengacu pada faktor-faktor yang mendasari perubahan status kesehatan. Faktor penyebab (etiologi) untuk diagnosis manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), adalah sebagai berikut:

- 1) Kerumitan sistem layanan kesehatan.
- 2) Kerumitan program perawatan atau pengobatan.
- 3) Pertentangan dalam pengambilan keputusan.
- 4) Kurangnya paparan terhadap informasi.

- 5) Kendala ekonomi.
- 6) Beban tuntutan yang berlebihan.
- 7) Konflik dalam keluarga.
- 8) Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga.
- 9) Keterbatasan arahan untuk bertindak.
- 10) Minimnya dukungan sosial.

2.3.3 Gangguan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Berdasarkan modul Keperawatan Keluarga mengenai Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif pada anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru, faktor penyebabnya meliputi:

- 1) Kerumitan sistem layanan kesehatan.
- 2) Kerumitan program pengobatan atau perawatan.
- 3) Pertentangan dalam proses pengambilan keputusan.
- 4) Kendala ekonomi.
- 5) Beragam tuntutan.
- 6) Konflik internal keluarga.

2.3.4 Penatalaksanaan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Dalam intervensi utama untuk tuberkulosis paru yang disertai ketidakefektifan manajemen kesehatan, sebagaimana dikemukakan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), dapat dilaksanakan melalui pemberian:

- a. Edukasi kesehatan, yaitu proses peningkatan pemahaman tentang kesehatan beserta pengajaran pengendalian faktor risiko penyakit serta perilaku hidup bersih dan sehat guna meningkatkan derajat kesehatan.

Dalam intervensi pendukung bagi penderita tuberkulosis paru dengan diagnosis keperawatan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), dapat dilaksanakan melalui pemberian:

- a. Pendidikan program pengobatan, yakni aktivitas pengajaran penggunaan obat secara aman dan efektif.

2.3.5 Tanda dan Gejala Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Berdasarkan SDKI (2016), data mayor terkait diagnosis manajemen kesehatan tidak efektif mencakup:

1. Subjektif
 - a. Menyatakan kesulitan dalam menjalankan program perawatan atau pengobatan.
2. Objektif
 - a. Gagal melaksanakan langkah-langkah pencegahan faktor risiko.
 - b. Gagal mengimplementasikan program perawatan dan pengobatan.
 - c. Aktivitas harian tidak efektif dalam mencapai sasaran kesehatan.

2.3.6 Edukasi Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak efektif

Edukasi memainkan peran krusial dalam meningkatkan efektivitas manajemen kesehatan keluarga saat merawat anggota yang menderita Tuberkulosis Paru agar prosesnya optimal; edukasi tersebut harus disampaikan melalui metode yang sesuai supaya keluarga mampu memahami materi yang disajikan (Huda Nurarif & Kusuma, 2015). Bentuk edukasi yang dapat diberikan meliputi:

- a. Penyampaian pemahaman tentang definisi Tuberkulosis Paru.
- b. Penjelasan mengenai pemicu kemunculan Tuberkulosis Paru.

- c. Identifikasi faktor risiko Tuberkulosis Paru.
- d. Deskripsi tanda dan gejala Tuberkulosis Paru.
- e. Rekomendasi diet rendah.
- f. Strategi penanganan pasien Tuberkulosis Paru di lingkungan rumah.
- g. Penggunaan obat secara rutin.

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan, pengujian, analisis, serta penyampaian data mengenai klien. Tujuannya mencakup pembentukan data dasar terkait derajat kesehatan klien, pola praktik kesehatan, riwayat penyakit sebelumnya, pengalaman terkait, serta sasaran perawatan kesehatan. Kondisi pasien akan menentukan durasi dan tingkat kedalaman pengkajian, yang pada akhirnya menghasilkan data dasar. Data dasar tersebut dirangkum dari riwayat keperawatan, dengan pengkajian berfungsi sebagai fondasi dalam proses keperawatan untuk pemberian asuhan keperawatan.

1. Data Umum

a. Identifikasi kepala keluarga

Meliputi inisial nama kepala keluarga, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, nomor telepon (jika tersedia), serta komposisi keluarga yang mencakup nama/inisial, usia, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, pendidikan, agama, status imunisasi, dan genogram tiga generasi.

b. Komposisi keluarga

No.	Nama	L/P (Jenis kelamin)	Umur	Hubungan Keluarga	Pekerjaan	Pendidikan

c. Genogram

Diagram keluarga 3 generasi yang menunjukkan hubungan biologis, emosional, dan pola kesehatan untuk kenali risiko penyakit keturunan.

d. Tipe keluarga

Penjelasan mengenai jenis atau tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang muncul pada tipe keluarga tersebut.

e. Suku bangsa

Pengetahuan tentang suku bangsa keluarga serta identifikasi budaya atau kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

f. Agama

Pengetahuan tentang agama pasien dan keluarga serta sejauh mana pemeliharaan kesehatan keluarga dipengaruhi oleh ajaran agama (Bakri, 2017).

g. Status sosial ekonomi keluarga

Pemenuhan perawatan keluarga dan pemeliharaan kesehatan anggota keluarga bergantung pada kecukupan status sosial ekonomi keluarga (Bakri, 2017).

h. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi dapat menurunkan tingkat stres keluarga yang berpotensi memicu beban pikiran dan penyakit; bentuk rekreasi tidak terbatas pada perjalanan keluarga, melainkan mencakup kegiatan sederhana di rumah seperti menonton televisi (Bakri, 2017).

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Hubungan dan komunikasi antaranggota keluarga, termasuk adanya masalah atau perdebatan, seperti kendala sosial ekonomi yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga menghadapi isu kesehatan.

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Penjelasan penyebab ketidaklengkapan tahapan perkembangan keluarga, seperti tugas-tugas yang belum dilaksanakan.

c. Riwayat keluarga inti

Pengkajian kesehatan seluruh anggota keluarga, riwayat penyakit berisiko hereditas, upaya pencegahan melalui imunisasi, fasilitas kesehatan yang diakses, serta perubahan yang relevan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

- 1) Riwayat kesehatan keluarga saat ini
- 2) Riwayat penyakit turunan
- 3) Riwayat kesehatan masing-masing keluarga

No	Nama	Umur	BB	Keadaan Kesehatan	Imunisasi (BCG/Poli o/DPT/HB/Campak)	Masalah Kesehatan	Tindakan yang telah dilakukan

4) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

5) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

d. Riwayat keluarga

Pengkajian riwayat keluarga besar dari pihak suami maupun istri untuk mendeteksi penyakit genetic, Tuberkulosis Paru bukan penyakit hereditas,

tetapi dapat menjadi faktor pemicu penularan antaranggota keluarga (Bakri, 2017).

3. Data Lingkungan

a. Karakteristik rumah

Pengkajian posisi rumah pada denah perkampungan tempat tinggal keluarga saat ini; lingkungan rumah yang bersih, pengelolaan sampah, dan pembuangan limbah yang tepat dapat mengurangi penularan Tuberkulosis Paru serta menghambat pertumbuhan bakteri

b. Karakteristik tetangga dan komunitas

Pengkajian kondisi rumah serta aktivitas harian yang dilakukan.

c. Mobilitas geografis keluarga

Pengkajian tempat tinggal keluarga dan lingkungan sekitarnya.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam keluarga

Pengkajian komunikasi dengan tetangga, seperti kegiatan arisan ibu rumah tangga, pengajian di masjid, karang taruna, dan sejenisnya.

e. Sistem pendukung dalam keluarga

Pengkajian masalah keuangan yang dapat diatasi melalui dukungan keluarga; menurut Friedman (2017), dukungan keluarga terdiri dari dukungan internal (dari pasangan atau saudara kandung) dan dukungan eksternal (dari keluarga besar serta jaringan sosial).

4. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Keluarga mampu menjelaskan pola komunikasi antaranggota, pesan yang disampaikan, bahasa yang digunakan, komunikasi

verbal/nonverbal, pesan emosional (positif/negatif), frekuensi serta kualitas interaksi langsung, dan rahasia keluarga yang ingin didiskusikan bersama.

b. Struktur kekuatan keluarga

Penentuan figur pengambil keputusan dalam keluarga terkait pengelolaan keuangan, pekerjaan, tempat tinggal, kegiatan, serta disiplin anak.

c. Struktur peran

Penjelasan tugas masing-masing anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada anggota yang menghadapi masalah.

d. Struktur nilai atau norma keluarga

Pengetahuan tentang nilai-nilai yang dianut keluarga dalam konteks kelompok atau komunitas

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Mengkaji gambaran setiap anggota keluarga, hubungan psikososial, dan cara menumbuhkan sikap saling menghargai.

b. Fungsi Sosialisasi

Mengkaji interaksi keluarga, pembelajaran disiplin, norma, dan perilaku anggota.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Kesiapan keluarga merawat anggota yang sakit, fokus pada pencegahan.

d. Fungsi Reproduksi

Perencanaan jumlah anak dan program pengendalian keluarga (Bakri, 2017).

e. Fungsi Ekonomi

Upaya keluarga memenuhi kebutuhan semua anggota (Bakri, 2017).

6. Stres dan mekanisme koping keluarga

Mengidentifikasi stresor jangka pendek (yang diatasi dalam kurun waktu kurang dari 6 bulan) serta stresor jangka panjang (yang diatasi dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan) yang tengah dialami keluarga. Menelusuri justifikasi mengenai strategi apa yang diterapkan keluarga untuk menghadapi, menanggapi, dan mengatasi stresor tersebut (Bakri, 2017).

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum

Kondisi umum penderita tuberkulosis paru dievaluasi melalui penilaian fisik secara keseluruhan. Evaluasi lanjutan pada pasien mencakup status kesadaran, yang meliputi kategori compos mentis, somnolen, sopor, koma sopor, atau koma. Keterampilan spesifik dan pengalaman esensial bagi perawat terletak pada kemampuan menilai kondisi umum, kesadaran, serta pengukuran Glasgow Coma Scale, yang memerlukan pemahaman komprehensif tentang anatomi dan fisiologi dasar. Pada pasien tuberkulosis paru, parameter vital menunjukkan elevasi suhu tubuh yang substansial, peningkatan frekuensi denyut nadi, percepatan laju pernapasan, serta tekanan darah yang kerap disertai hipertensi.

b. Kepala

- 1) Inspeksi: simetri wajah dan tengkorak, warna serta konfigurasi rambut, tingkat kebersihan rambut.
- 2) Palpasi: deteksi massa, pembengkakan, serta nyeri tekan.

a. Mata

1) Inspeksi

- a) Kelopak mata: normal.
- b) Konjungtiva: pucat.
- c) Pupil: penilaian refleks terhadap cahaya.
- d) Sklera: ikterik pada tuberkulosis paru disebabkan oleh disfungsi hati.

2) Palpasi: biasanya nyeri tekan, tidak ada kekerasan atau peningkatan tekanan intraokular.

b. Telinga

Inspeksi dan Palpasi

- 1) Pinna: konfigurasi simetris, warna, absennya lesi dan massa.
- 2) Tragus: terdapat nyeri tekan atau tidak
- 3) Telinga: biasanya bersih/tidak

c. Hidung

- 1) Inspeksi: posisi simetris pada sisi kiri dan kanan, tidak terlihat polip, terobservasi cairan dan sekresi hidung.
- 2) Palpasi: absennya nyeri tekan pada pasien tuberkulosis paru.

d. Mulut dan Faring

Inspeksi:

- 1) Mulut: mukosa bibir kering, warna bibir, keberadaan ulkus dan lesi, kesulitan ekspulsi dahak saat batuk.
- 2) Faring: keberadaan sekresi, observasi simetri uvula, absennya pembesaran tonsil.

e. Leher

- 1) Inspeksi:
 - a) Tiroid: observasi kelenjar tiroid.
 - b) Leher: konfigurasi simetris, warna kulit sawo matang, absennya pembengkakan dan massa.
- 2) Palpasi:
 - a) Kelenjar limfe: absennya pembesaran (adenopati limfatik).
 - b) Kelenjar tiroid: absennya pembesaran gondok.

f. Dada dan Paru-Paru

- 1) Inspeksi: pelebaran ruang interkostal pada sisi yang sakit, asimetri rongga dada, tanda retraksi paru dan diafragma, keterlambatan pergerakan napas, penurunan suara napas.
- 2) Palpasi: nyeri tekan dan simetri ekspansi dada.
- 3) Perkusi: suara ketukan redup atau pekak, reduksi fremitus taktil.
- 4) Auskultasi: bunyi napas ronki.

g. Jantung

- 1) Inspeksi: bentuk dada, denyut apex jantung (point of maximal impulse).
- 2) Palpasi: denyut apex, penurunan denyut nadi perifer.

- 3) Perkusi: pergeseran batas jantung pada tuberkulosis paru dengan efusi pleura masif yang mendorong ke sisi kiri.
- 4) Auskultasi:
- a) Bunyi jantung I melalui stetoskop pada area mitral dan trikuspidalis.
 - b) Bunyi jantung II melalui stetoskop pada area aorta dan pulmonalis. Pada pasien tuberkulosis paru, tidak terdengar bunyi jantung tambahan.
- h. Payudara dan Aksila
- 1) Inspeksi: puting dan areola mammae (konfigurasi, simetri, warna, kondisi kulit, vaskularisasi).
 - 2) Palpasi: nyeri tekan dan benjolan pada aksila.
- i. Abdomen
- 1) Inspeksi: simetri dan warna kulit abdomen.
 - 2) Auskultasi: bising usus 4 kali per menit.
 - 3) Palpasi: identifikasi distensi kandung kemih.
 - 4) Perkusi: timpani.
- j. Ekstremitas
- Reduksi tonus otot, absennya deformitas pada ekstremitas, kulit tampak pucat dan kering.
- k. Genitalia
- 1) Genitalia Wanita
 - a) Inspeksi: kualitas dan distribusi pertumbuhan rambut pubis, karakteristik permukaan labia majora.

b) Palpasi: evaluasi ketegangan otot saluran vagina dan palpasi kelenjar perineum.

2) Genitalia Pria

Evaluasi maturitas seksual klien melalui pengamatan ukuran dan bentuk penis, tekstur kulit skrotum, serta karakteristik dan distribusi rambut pubis.

8. Harapan Keluarga

Mengidentifikasi aspirasi dan ekspektasi keluarga terkait proses perawatan, pemulihan pasien, serta dukungan yang diharapkan dari tim kesehatan. Mengeksplorasi pandangan keluarga mengenai hasil pengobatan, peran mereka dalam kepatuhan terapi, dan bantuan yang diperlukan untuk mengelola kondisi pasien secara berkelanjutan.

9. Skoring

Setelah analisis dan penetapan diagnosis keperawatan keluarga, masalah kesehatan keluarga yang muncul kemudian diurutkan prioritasnya secara bersama-sama dengan keluarga, dengan memerhatikan ketersediaan sumber daya serta kemampuan finansial keluarga. Penentuan prioritas asuhan keperawatan keluarga dilakukan melalui prosedur penskoring. Prosedur penskoring menerapkan skala dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Menetapkan nilai skor sesuai kriteria yang telah dirancang.
- b. Membagi nilai skor dengan nilai tertinggi, kemudian mengalikannya dengan bobot terkait.
- c. Akumulasi skor dari semua kriteria sama dengan total bobot maksimum.

Tabel 2. 1 Skala untuk menentukan prioritas masalah

No.	Kriteria	Score	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat masalah Tidak/ Kurang sehat Ancaman kesehatan Keadaan sejahtera	3		
		2		
		1		
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah Cukup/sebagian Tidak dapat	2		
		1		
		0		
3.	Potensial masalah untuk dicegah: Tinggi Cukup Rendah	3		
		2		
		1		
4.	Menonjolnya masalah: Masalah berat harus segera ditangani Ada masalah tidak perlu ditangani Masalah tidak dirasakan	2		
		1		
		0		
	Total			

2.4.2 Analisa Data

Tahap analisis data melibatkan penetapan masalah kesehatan keluarga yang bersumber dari lima fungsi keluarga, yaitu:

- Mengidentifikasi masalah kesehatan keluarga.
- Merumuskan keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- Melaksanakan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit.
- Mempertahankan lingkungan rumah tangga yang sehat.
- Memanfaatkan fasilitas kesehatan masyarakat yang ada.

Setelah analisis dan penetapan diagnosis keperawatan keluarga, masalah kesehatan keluarga yang muncul kemudian diurutkan prioritasnya secara bersama-sama dengan keluarga, dengan memerhatikan ketersediaan sumber

daya serta kemampuan finansial keluarga. Penentuan prioritas asuhan keperawatan keluarga dilakukan melalui prosedur penskoring. Prosedur penskoring menerapkan skala dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Menetapkan nilai skor sesuai kriteria yang telah dirancang.
- b. Membagi nilai skor dengan nilai tertinggi, kemudian mengalikannya dengan bobot terkait.
- c. Akumulasi skor dari semua kriteria sama dengan total bobot maksimum.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap individu, keluarga, atau komunitas yang diperoleh melalui proses pengumpulan data serta analisis yang teliti dan terstruktur, sehingga menjadi landasan bagi penetapan intervensi keperawatan yang menjadi tanggung jawab perawat.

Diagnosis keperawatan keluarga diformulasikan berdasarkan temuan pengkajian dengan elemen-elemen berikut:

- a. Masalah atau problem.
- b. Etiologi atau faktor penyebab.
- c. Tanda dan gejala pendukung.

Analisis diagnosis keperawatan keluarga didasarkan pada hasil pengkajian yang mengungkap adanya gangguan pada fase perkembangan keluarga, kondisi lingkungan keluarga, komposisi keluarga, fungsi-fungsi keluarga, serta mekanisme koping keluarga, baik yang bersifat aktual, berisiko, maupun sejahtera, di mana perawat berwenang dan bertanggung jawab atas pelaksanaan tindakan keperawatan secara kolaboratif dengan keluarga sesuai kemampuan dan sumber daya yang tersedia. Penetapan

diagnosis dapat didasarkan pada tingkat respons keluarga terhadap stresor yang dialami. Stresor tersebut berdampak pada fase perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, komposisi keluarga, fungsi-fungsi keluarga, dan mekanisme koping keluarga. Kategori diagnosis keperawatan keluarga terdiri atas aktual, berisiko, dan sejahtera.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul adalah:

1. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)

a. Definisi

Pola pengelolaan masalah kesehatan pada keluarga tidak memadai dalam memfasilitasi pemulihan kondisi kesehatan anggota keluarga.

b. Penyebab

- a) Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan.
- b) Kompleksitas program perawatan/pengobatan.
- c) Konflik pengambilan keputusan.
- d) Kesulitan ekonomi.
- e) Banyak tuntutan.
- f) Konflik keluarga.

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif:

- a) Menyatakan kurangnya pemahaman mengenai masalah kesehatan yang dialami.
- b) Menyatakan kesulitan dalam melaksanakan regimen perawatan yang direkomendasikan.

Objektif:

- a) Perburukan gejala penyakit pada anggota keluarga.
- b) Upaya keluarga dalam menangani masalah kesehatan tidak sesuai.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: (tidak tersedia).

Objektif:

- a) Kegagalan melaksanakan intervensi untuk mengurangi faktor risiko

2. Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga (D.0090)

a. Definisi

Pola adaptasi anggota keluarga dalam menangani situasi yang dihadapi klien berlangsung secara efektif, disertai demonstrasi keinginan dan kesiapan untuk memajukan kesehatan keluarga serta klien.

b. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif:

- a) Anggota keluarga merumuskan tujuan peningkatan pola hidup sehat.
- b) Anggota keluarga menetapkan target peningkatan kesehatan.

Objektif: (tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif:

- a) Anggota keluarga mengenali pengalaman yang mendukung optimalisasi kesejahteraan.
- b) Anggota keluarga berusaha menguraikan pengaruh krisis terhadap dinamika perkembangan.

- c) Anggota keluarga menyatakan ketertarikan untuk berinteraksi dengan individu lain yang menghadapi kondisi serupa.

Objektif: (tidak tersedia)

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai tindakan klinis yang dipilih secara sadar dan disengaja oleh perawat untuk menyelesaikan atau mengurangi masalah kesehatan pasien, keluarga, atau komunitas, berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan. Intervensi ini bersifat individual, keluarga, atau komunitas-sentris, mencakup pendekatan langsung (seperti pemberian obat atau edukasi) maupun tidak langsung (seperti koordinasi layanan atau advokasi), dengan tujuan mencapai hasil yang diharapkan melalui proses kolaboratif (Butcher et al., 2021).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x kunjungan rumah diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat. 3. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko	Edukasi Proses Penyakit (I. 12444) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya

			Edukasi • Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit • Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit • Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit • Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi • Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan • Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau • Informasikan kondisi pasien saat ini • Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau biasa
2.	Kesiapan peningkatkan koping keluarga (D.0090)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x kunjungan rumah diharapkan koping keluarga membaik dengan kriteria hasil: 1. Kepuasan terhadap perilaku bantuan anggota keluarga lain meningkat. 2. Keterpaparan informasi meningkat.	Pelibatkan Keluarga (I. 14525) Observasi • Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan Terapeutik • Ciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan • Diskusikan cara perawatan di

		3. Perasaan diabaikan menurun. 4. Kekhawatiran tentang anggota keluarga menurun. 5. Perilaku mengabaikan anggota keluarga menurun. 6. Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga menurun. 7. Komitmen pada perawatan/pengobatan menurun. 8. Komunikasi antara anggota keluarga menurun. 9. Perasaan tertekan (depresi) menurun. 10. Perilaku menghasut menurun. 11. Perilaku individualistic menurun. 12. Ketergantungan pada anggota keluarga lain menurun. 13. Toleransi membaik. 14. Perilaku bertujuan membaik. 15. Perilaku sehat membaik.	rumah (mis: kelompok, perawatan di rumah, atau rumah singgah) • Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan • Fasilitas keluarga membuat keputusan perawatan • Seminar Keperawatan Terbaru Edukasi • Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga • Informasikan tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga • Informasikan harapan pasien kepada keluarga • Anjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan • Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
--	--	---	--

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap eksekusi rencana asuhan keperawatan melalui pelaksanaan intervensi yang telah dipilih secara sistematis dan aman, dengan tujuan mengatasi diagnosis keperawatan serta mencapai outcome yang diharapkan. Proses ini melibatkan koordinasi sumber daya, dokumentasi, dan penyesuaian berdasarkan respons pasien secara real-time (Ackley et al., 2020).

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses penilaian sistematis terhadap efektivitas asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan, dengan membandingkan status aktual pasien terhadap outcome yang direncanakan. Hasil evaluasi menentukan kelanjutan, modifikasi, atau terminasi rencana asuhan (Butcher et al., 2021).