**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KLIEN Tn.S DENGAN TB PARU DI WILAYAH KERJA**

**PUSKESMAS KOTO BERAPAK**

**TAHUN 2018**

****

**OLEH :**

**FEBRI KARMILA**

**NIM :1714401122**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KLIEN Tn.S DENGAN TB PARU DI WILAYAH KERJA**

**PUSKESMAS KOTO BERAPAK**

**TAHUN 2018**

**LAPORAN UJIAN PENGAMATAN KASUS**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III KeperawatanDi STIKes Perintis Padang*



**OLEH :**

**FEBRI KARMILA**

**NIM :1714401122**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**2018**

DIII KEPERAWATAN

**STIKES PERINTIS PADANG**

KTI STUDY KASUS, Juli 2018

**FEBRI KARMILA**

**NIM : 1714401122**

**Asuhan keperawatan keluarga pada klien tn.s dengan tb paru di wilayah kerja Puskesmas koto berapak Tahun 2018**

**85 Halaman + vii + 1 Tabel + 15 Lampiran**

**ABSTRAK**

Secara umum, penyakit tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat kita. Penyakit tuberculosis paru dimulai dari tuberculosis, yang berarti suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. KTI Studi Kasus ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan keluarga pada klien tn.s dengan tb paru di wilayah kerja puskesmas koto berapak.

Desain KTI Study Kasus ini menggunakan *analitik* dengan pendekatan *cross sectional.* Pengambilan data telah dilakukan pada bulan Januari 2018 sampai Februari Tahun 2018. Jumlah sampel dalam Study Kasus ini adalah 1 orang pasien dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *prop sampling*. Instrument dalam KTI Study Kasus ini menggunakan Leaflet.

Kabupaten pesisir selatan menempati urutan pertama dengan jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA positif sebesar 1.138 kasus dengan angka kesembuhan masih dibawah target (81,3%) dan diikuti oleh Padang Pariaman (488 kasus), Pesisir Selatan (462 kasus). Sedangkan pada tahun 2017 jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA positif di Kota Padang meningkat menjadi 3.699 kasus.

Berdasarkan hasil diatas dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara Asuhan keperawatan keluarga pada klien tn.s dengan tb paru di wilayah kerja Puskesmas koto berapak Tahun 2018. Kepada petugas puskemas Koto Berapak disarankan untuk memberikan penyuluhan kepada keluarga penderita TB Paru untuk memberikan Asuhan keperawatan keluarga pada klien tn.s dengan tb paru di wilayah kerja Puskesmas koto berapak.

**Daftar Pustaka : 9 Th (2001 -2009)**

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan Keluarga, Tingkat Kepatuhan Klien.**

***DIII NURSING***

***STIKES PERINTIS PADANG***

*KTI STUDY CASE, July 2018*

***FEBRI KARMILA***

***NIM :1714401122***

***Family nursing care for clients with friends in the Koto Health Center working area in 2018***

***page 85 + vii + table 1+ attachment 15***

***ABSTRACT***

*In general, pulmonary tuberculosis is an infectious disease that is still a health problem in our society. Pulmonary tuberculosis begins with tuberculosis, which means an infectious disease caused by a form of bacteria (basil) known as Mycobacterium tuberculosis. KTI Case Study aims to find out family nursing care for clients with pulmonary TB in the working area of ​​Koto Berapak Health Center.*

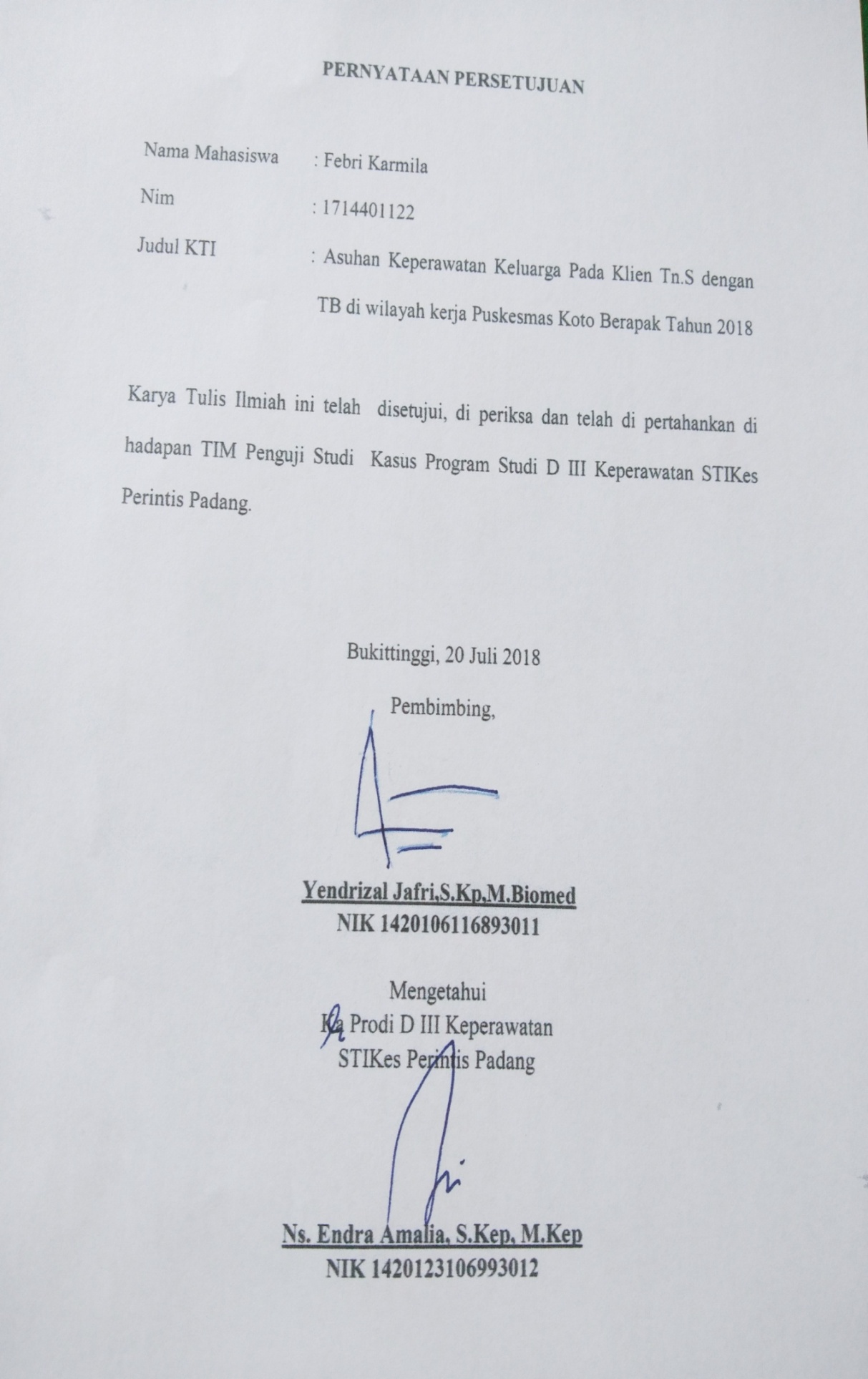
*This KTI Case Study design uses analytic with cross sectional approach. Data collection has been carried out in January 2018 to February 2018. The number of samples in this Case Study is 1 patient with sampling technique using prop sampling. Instrument in this KTI Case Study uses Leaflets.*

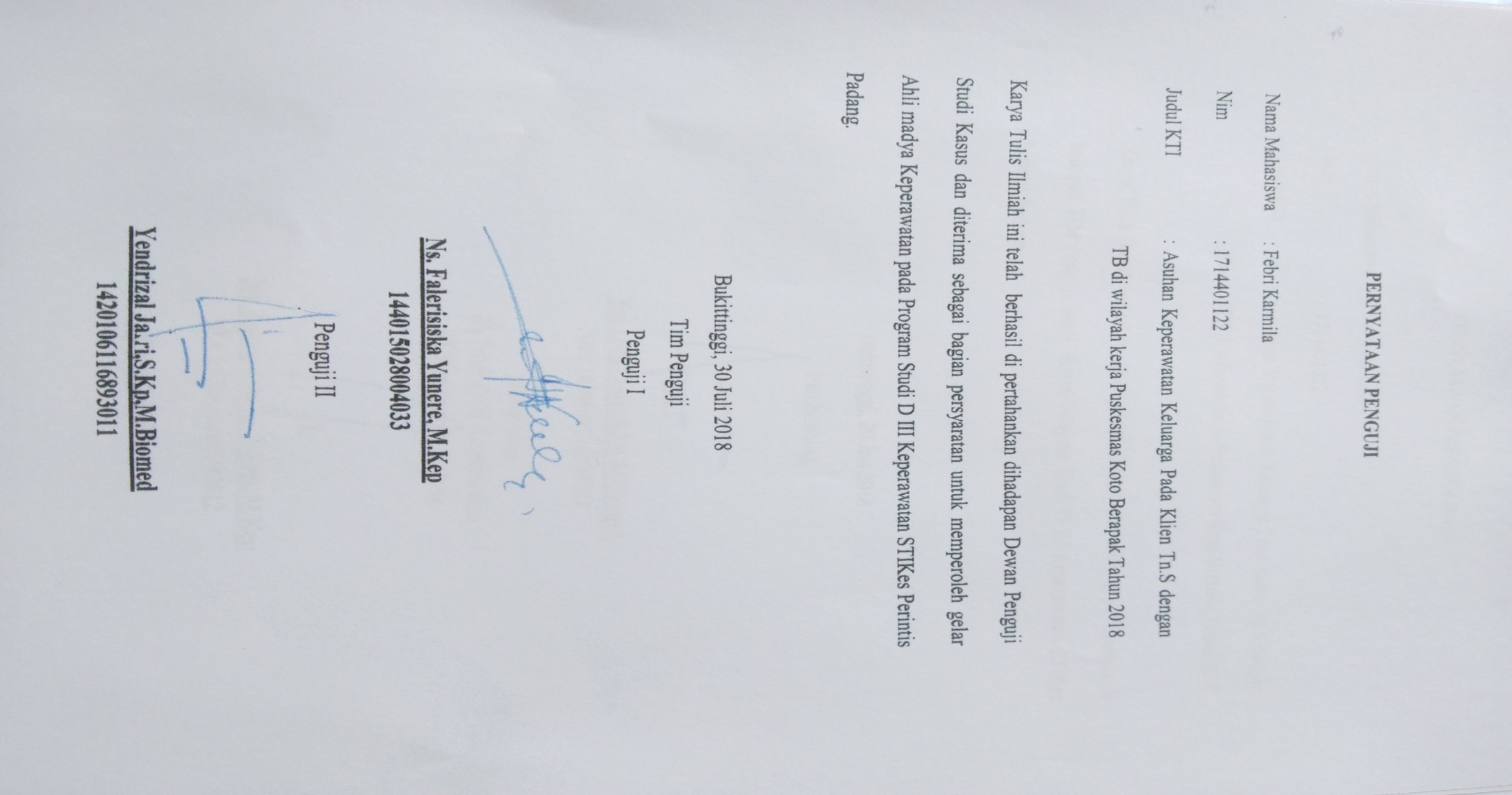
*South coastal regency ranks first with the number of new cases of positive smear TB cases of 1,138 cases with cure rates still below the target (81.3%) and followed by Padang Pariaman (488 cases), Pesisir Selatan (462 cases). Whereas in 2017 the number of new cases of positive smear TB infection in the city of Padang increased to 3,699 cases.*

*Based on the above results it can be concluded that there is a significant relationship between family nursing care at clients with no pulmonary in Koto Berapak Health Center in 2018. To the Koto Berapak puskemas officers it is advisable to provide counseling to families of pulmonary TB patients to provide family nursing care to the client, who is still pulmonary in the work area of ​​the Koto Berapak Health Center.*

***Bibliography : 9 (2001 -2009)***

***Keywords: Family Nursing Care, Client Compliance Level.***

****

****

**KATA PENGANTAR**

**E:\PICTURES\LOGO\Bismillah.bmp**

Puji syukur senantiasa penulis ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyusun KTI studi kasus ini dengan judul “ Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. S dengan TB. Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Berapak Pada Tahun 2018”.

Dalam penulisan KTI studi kasus ini penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan, namun berkat bimbingan dan dorongan berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan dengan baik.

KTI studi kasus ini tersusun berkat bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kep. M. Biomed selaku pembimbing yang telah mengarahkan, memberikan masukan dan bimbingan serta meluangkan waktunya untuk memberikan petunjuk dan tuntunan dalam menyelesaikan studi kasus ini.
2. Ibu Ns.Endra Amalia,S.Kep,M.Kep selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes PERINTIS Padang.
3. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kep. M. Biomed selaku Ketua STIKes PERINTIS Padang.
4. Staf dosen Akademi DIII Keperawatan STIKes PERINTIS Padang yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan sebagai bekal bagi penulis.
5. Teristimewa buat kedua orang tua dan suami tercinta, Ayahanda dan Ibunda tercinta yang selalu memberikan do’a dan dukungan, baik moril maupun materil kepada penulis. Semoga Allah SWT selalu memberkahi kita dengan kesehatan dan kebahagiaan dunia dan akhirat.
6. Rekan-rekan mahasiswa Prodi DIII Keperawatan RPL STIKes PERINTIS.
7. Serta kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan KTI studi kasus ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Semoga bimbingan, bantuan dan amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT. Akhir kata, untuk kesempurnaan studi kasus ini penulis berharap masukan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari pembaca dan penulis menerima dengan senang hati.

Padang, Juli 2018

Penulis

**DAFTAR ISI**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**KATA PENGANTAR** i

**DAFTAR ISI** iii

**DAFTAR GAMBAR**  vi

**DAFTAR TABEL** vii

**DAFTAR LAMPIRAN** vii

**BAB I PENDAHULUAN.............................................................................. 1**

* 1. **Latar Belakang 1**
  2. **Rumusan Lingkup Penulisan 6**
  3. **Tujuan Penulisan 6**

1.3.1 Tujuan Umum 6

1.3.2 Tujuan Khusus 7

* 1. **Manfaat Penulisan 7**

**BAB II TINJAUAN TEORITIS .................................................................. 9**

* 1. **Konsep Dasar Keluarga**  9
     1. Pengertian 9
     2. Tipe–tipe Keluarga 10
  2. **Konsep Dasar Teoritis Penyakit**  **13**
     1. Pengertian 13
     2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernafasan 13
     3. Etiologi Tb Paru 25
     4. Manifestasi Klinis 26
     5. Patofisologi ................................................................. 28
     6. Penatalaksanaan........................................................... 36
     7. Komplikasi .................................................................. 38
  3. **Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Tuberkulosis**  **39**
     1. Pengkajian Keperawatan ............................................. 39
        + 1. Riwayat Keperawatan dan Pengkajian Fisik ... 39
     2. Diagnosis Keperawatan .............................................. 42

**BAB III TINJAUAN KASUS ....................................................................... 48**

* 1. **Pengkajian 48**
     1. Data Umum ..................................................................... 48
     2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga ................. 51
     3. Pengkajian Lingkungan ................................................... 52
     4. Stuktur Keluarga .............................................................. 54
     5. Fungsi Keluarga ............................................................... 55
     6. Analisa Data .................................................................... 61
  2. **Diagnosa Keperawatan ....... ..... 64**
  3. **Intervensi ...................................................................................... 64**
  4. **Implementasi ................................................................................ 67**
  5. **Evaluasi ......................................................................................... 76**

**BAB IV PEMBAHASAN.............................................................................. 77**

* 1. **Pengkajian 77**
  2. **Diagnosa Keperawatan .............................................................. 78**
  3. **Intervensi ...................................................................................... 79**
  4. **Implementasi ................................................................................ 79**
  5. **Evaluasi........................................................................................ . 79**

**BAB V PENUTUP ........................................................................................ 81**

* 1. **Kesimpulan 81**
     1. Pengkajian ........................................................................ 81
     2. Diagnosa Keperawatan .................................................... 81
     3. Intervensi ......................................................................... 81
     4. Implementasi .................................................................... 82
     5. Evaluasi ............................................................................ 82
  2. **Saran .............................................................................................. 82**

**DAFTAR PUSTAKA**

**DAFTAR GAMBAR**

**No. Gambar halaman**

**Gambar 2.1 Cavum Nasalis dan Sinus....................................................... 15**

**Gambar 2.2 Laring...................................................................................... 17**

**Gambar 2.3 Alveolus................................................................................... 21**

**Gambar 2.4 Paru-Paru................................................................................ 21**

**DAFTAR TABEL**

**No. Gambar halaman**

**1.1 Tabel 10 penyakit terbanyak tahun 2017........................................... 5**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1    Latar belakang**

Secara umum, penyakit tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat kita. Penyakit tuberculosis paru dimulai dari tuberculosis, yang berarti suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis.* Penularan penyakit ini melalui perantaraan ludah atau dahak penderita yang mengandung basil berkulosis paru.Pada saat penderita batuk, butir-butir air ludah bertebangan di udara dan terhisap oleh orang sehat, sehingga masuk kedalam paru-parunya, yang kemudian menyebabkan penyakit tuberculosis paru. *(Sholeh S.Naga,2014)*

Jika seorang telah terjangkit bakteri penyebab tuberculosis, akan berakibat buruk, seperti menurunkan daya kerja atau produktivitas kerja, menularkan kepada orang lain terutama pada keluarga yang tinggal serumah, dan dapat menyebabkan kematian. Pada penyakit tuberculosis, jaringan yang paling sering diserang adalah paru-paru.*(Sholeh S.Naga,2014)*

Menurut WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2018 ada 8,7 juta kasus baru tuberkulosis (13% merupakan koinfeksi dengan HIV) dan 1,4 juta orang meninggal karena tuberkulosis (WHO, 2018).   Penderita tuberkulosis paru yang tertinggi berada pada kelompok usia produktif (15-50 tahun) yaitu berkisar 75%. Seorang pasien tuberkulosis dewasa diperkirakan akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3-4 bulan sehingga berakibat pada kehilangan pendapatan rumah tangganya yaitu sekitar 20-30%. Jika seseorang meninggal akibat tuberkulosis, maka dia akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, tuberkulosis juga memberikan dampak buruk lainnya, yaitu dikucilkan oleh masyarakat (stigma) (WHO, 2018).*(www.pps.unud.ac.id/2018)*

1

Di Indonesia setiap tahunnya kasus tuberkulosis paru bertambah seperempat juta kasus baru dan sekitar 140.000 kematian terjadi setiap tahunnya.Indonesia termasuk 10 negara tertinggi penderita kasus tuberkulosis paru di dunia. Menurut WHO  dalam laporan Global Report prevalensi TB di Indonesia pada 2018 ialah 297 per 100.000 penduduk dengan kasus baru setiap tahun mencapai 460.000 kasus. Dengan demikian, total kasus hingga 2018 mencapai sekitar 800.000-900.000 kasusdan angka kematian sebesar 27 kasus per 100.000 penduduk.

Laporan Dinas Kesehatan di Provinsi Sumatera Barat Tahun 2015 melaporkan bahwa jumlah kasus baru TB BTA (+) 1.116 kasus dengan 61,6% pada laki – laki dan 38,4% terjadi pada perempuan. Sedangkan pada tahun 2016 jumlah kasus baru TB BTA (+) adalah 1.138 kasus dengan 73,8% terjadi pada laki - laki dan 26,2% pada perempuan.(10, 11)

Pada tahun 2014 di Provinsi Sumatera Barat BTA (+) diobati sebanyak 988 pasien dengan angka keberhasilan pengobatan adalah 88,3 %, sementara jumlah kematian selama pengobatan jauh menurun dari 11 orang di tahun 2013 menjadi 17 orang di tahun 2014. BTA 3(+) yang diobati tahun 2015 terdapat sebanyak 1.093 pasien yang angka keberhasilan pengobatannya mengalami penurunan yaitu 77,5% dan jumlah kematian selama pengobatan meningkat dari tahun 2015 yaitu 9 orang menjadi 22 orang pada tahun 2016. Kemudian pada tahun 2016 Sumatera Barat merupakan salah satu provinsi dengan angka keberhasilan pengobatan terendah setelah Kalimantan Timur dan Kepulauan Bangka Belitung dengan SR (Success Rate) sebesar 83,6 % dari 90% target, angka ini menurun jika dibandingkan dengan pencapaian tahun 2014 dan 2015.(10-13)

Salah satu penyebab utama meningkatnya kasus TB yaitu kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat seperti pada negara berkembang, kegagalan program TB yang diakibatkan oleh tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis), dan perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dunia serta dampak dari pandemi HIV.(14, 15)

Sasaran strategi nasional pengendalian TB mengacu pada rencana strategis kementerian kesehatan dari tahun 2010 –2014 yaitu menurunkan prevalensi TB dan meningkatkan persentase keberhasilan pengobatan kasus baru TB BTA (+).(16)

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 angka keberhasilan pengobatan masih dibawah target yaitu 83,6% dari target 90%. Hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan pasien TB untuk menjalani pengobatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara teratur. Keberhasilan pengobatan juga ditentukan oleh penemuan kasus secara mikroskopis.(17)

Rendahnya penemuan kasus akan mengalami penundaan pengobatan (keterlambatan pengobatan), dan meningkatkan mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi karena penyakit yang berkepanjangan dan perkembangan komplikasi, serta peningkatan risiko penularan infeksi lebih lanjut.(18) Keterlambatan dalam pengobatan atau penegakan diagnosis dapat terjadi oleh karena faktor keterlambatan pasien(patient delay), keterlambatan pelayanan kesehatan(provider delay), dan keterlambatan sistem kesehatan (health system delay).(19, 20)

Kabupaten pesisir selatan menempati urutan pertama dengan jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA positif sebesar 1.138 kasus dengan angka kesembuhan masih dibawah target (81,3%) dan diikuti oleh Padang Pariaman (488 kasus), Pesisir Selatan (462 kasus). Sedangkan pada tahun 2017 jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA positif di Kota Padang meningkat menjadi 3.699 kasus.

Pesisir selatan mempunyai 18 puskesmas dengan 8 unit puskesmas rawatan dan 15 puskesmas non rawatan 10,Berdasarkan penelitian sebelumnya, Chowdhury (2014) di Rajshahi City, Bangladesh menyatakan bahwa pasien yang melakukan kunjungan pertama ke GO klinik/LSM sebelum di diagnosis memiliki sekitar 80% lebih sedikit probabilitas keterlambatan diagnosis dibandingkan dengan pasien yang mengunjungi apotek untuk mencari perawatan kesehatan. Berdasarkan uraian data yang telah dipaparkan, telah banyak studi yang membahas tentang pengobatan TB, tapi belum ada yang fokus membahas tentang memberikan pengetahuan tentang TB parudipesisir selatan.

1.1 Tabel 10 penyakit terbanyak tahun 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | 10 PENYAKIT TERBANYAK | JUMLAH | PERSEN % |
| 1 | Ispa | 3034 | 28,16% |
| 2 | Rematik | 1,658 | 15,1% |
| 3 | Commoncol | 1,633 | 15,2% |
| 4 | Gastritis | 1,592 | 14,7% |
| 5 | Penyakit kulit/elergi | 904 | 8,4% |
| 6 | Hipertensi | 816 | 7,1% |
| 7 | Asma | 544 | 5% |
| 8 | Diare | 534 | 4,9% |
| 9 | Dm | 34 | 0,3% |
| 10 | TBC | 23 | 0,2% |

Maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn “S” “Tuberkulosis Paru” Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Berapak.

**1.2     Ruang lingkup penulisan**

Ruang lingkup penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn “S” Dengan “Tuberkulosis Paru” Di di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Berapak.

**1.3    Tujuan penulisan**

**1.3.1       Tujuan Umum**

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam studi kasus ini adalah mendapatkan pengalaman nyata dan menerapkan Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada klien Tn “S” dengan“Tuberculosis Paru” diWilayah Kerja Puskesmas Koto Berapak.

**1.3.2      Tujuan khusus**

* 1. Mahasiswa mampu menyusun konsep dasar penyakit

1. Mahasiswa mampu menyusun konsep dasar keperawatan komunitas dengan kasus
2. Mahasiswa mampu melakukan memberikan askep kepada klien dengan TBC paru
3. Mahasiswa mampu menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus nyata padaklien Tn “S” dengan “Tuberculosis Paru”
4. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan dengan benar pada Tn “S” dengan “Tuberculosis Paru”

**1.4    Manfaat Penulisan**

1.Bidang akademik

Sebagai sumber informasi dan bahan bagi Akademik dalam meningkatkan mutu pendidikan pada masa yang akan datang pada bidang keperawatan.

2.Rumah sakit

Sebagai masukan bagi perawat di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Berapak.dalam rangka mengambil kebijakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada pasien yang mengalami“Tuberculosis Paru”

3.Klien dan Keluarganya

Dapat meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang bagaimana merawat klien dengan “Tuberkulosis Paru”  khususnya dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

4.Penulis

Penulis dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama kuliah**.**

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

**2.1 Konsep Dasar Keluarga**

**2.1.1 Pengertian**

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan ke terikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing– masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 1998).Keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama,sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasisocial, peran dan tugas (Spredley, 1996 dalam Murwani, 2008)

Menurut Salvicion G. Bailon & Aracelis Maglaya (1989) dalam Murwani (2008) menjelaskan bahwa keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing – masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah beberapa individu yang tinggal dalam sebuah keluarga yang mempunyai ikatan perkawinan, ada hubungan keluarga, sanak famili, maupun adopsi yang hidup bersama sesuai dengan tujuan keluarga tersebut.

9

**2.1.2 Tipe-tipe keluarga**

Tipe-tipe keluarga secara umum menurut Friedman tahun 1998 yang dikemukakan untuk mempermudah pemahaman literatur tentang keluarga adalah :

a. Keluarga inti (konjugal) adalah keluarga yang menikah, sebagai orang tua atau pemberian nafkah. Keluarga inti terdiri dari suami, istri dan anak mereka (anak kandung, anak adopsi atau keduanya).

b. Keluarga orientasi (keluarga asal) adalah unit keluarga yang di dalamnya seseorang dilahirkan.

c. Keluarga besar adalah keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan (oleh darah), yang paling lazim menjadi anggota keluarga orientasi yaitu salah satu teman keluarga inti.

Sedangkan menurut Wahid Iqbal (2006) tipe keluarga ada 15 antara lain :

1. Tradisional nuclear

Keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

1. Extended family

Keluarga inti ditambah dengan sanak saudara misalnya nenek, kakek,keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan lain sebagainya.

1. Reconstituted nuclear

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan suami / istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

1. Niddle age / aging couple

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

1. Dyadic nuclear

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

1. Single parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian / kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah / di luar rumah.

1. Dual carrier

Suami istri / keduanya orang karier dan tanpa anak.

1. Commuter married

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

1. Singgle adult

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

1. Three generation

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

1. Institusional

Anak-anak / orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti.

1. omunal

Satu rumah terdiri dari dua / lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknyadan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

1. Group marriage

Satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunananya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

1. Unmarried parent and child

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

1. Cohibing couple

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

Menurut Murwani (2008) tipe keluarga dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Tipe keluarga tradisional

1). Keluarga inti yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan anak (kandung atau angkat).

2). Keluarga besar yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, missal kakek, nenek, paman dan bibi.

3). Keluarga Dyad yaitu suatu keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

4). Single parent yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah / ibu) dengan anak (kandung / angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian / kematian.

5). Single adult yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa, (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).

**2.2 Konsep Dasar Teoritis Penyakit**

**2.2.1 Pengertian**

Menurut Somantri (2008) tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe

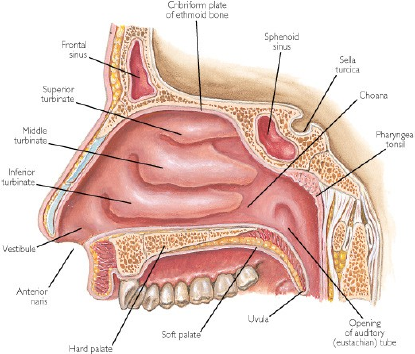
**2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernafasan**

aluran Pernafasan Bagian Atas (Upper Respiratory Airway)Secara umum, fungsi utama dari saluran pernafasan atas adalah sebagai saluran udara (air conduction) menuju saluran nafas bagian bawah untuk pertukaran gas, melindungi (protecting) saluran nafas bagian bawah dari benda asing, dan sebagai penghangat, penyaring, serta pelembab (warming filtration and humidification) dari udara yang dihirup hidung. Saluran pernafasan atas ini terdiri dari organ-organ berikut:

1. Lubang Hidung (Cavum Nasalis)

Rongga hidung dilapisis sejenis selaput lender yang sangat kaya akan pembuluh darah. Rongga ini bersambung dengan lapisan faring dan selaput lendir sinus yang mempunyai lubang masuk ke dalam rongga hidung (Ardiansyah, M 2012). Hidung dibentuk oleh tulang sejati (os) dan tulang rawan (kartilago). Hidung dibentuk oleh sebagian kecil tulang sejati, sisanya terdiri atas kartilago dan jaringan ikat (connective tissue). Bagian dam hidung merupakan suatu lubang yang dipisahkan menjadi lubang kiri dan kanan oleh sekat (septum). Rongga hidung mengandung rambut (fimbriae) yang berfungsi sebagai penyaring (filter) kasar terhadap benda asing yang masuk. Pada permukaan (mukosa) hidung terdapat epitel bersilia yang mengandung sel goblet. Sel tersebut mengeluarkan lender sehingga dapat menangkap benda asing yang masuk ke dalam saluran pernafasan. Kita dapat mencium aroma karena di dalam lubang hidung terdapat reseptor. Reseptor bau terletak pada cribriform plate, didalamnya terdapat ujung dari saraf cranial I (Nervous Olfactorius).Hidung berfungsi sebagai jalan napas, pengatur kelembapan udara (humidifikasi), pengatur suhu, pelindung dan penyaring udara, indra pencium, dan resonator suara. Fungsi hidung sebagai pelindung dan penyaring dilakukan oleh vibrissa, lapisan lender, dan enzim lisozim. Vibrissa adalah rambut pada vestibulum nasi yang bertugas sebagai penyaring debu dan kotoran (partikel berukuran besar). Debu-debu kecil dan kotoran (partikel kecil) yang masih dapat melewati vibrissa akan melekat pada lapisan lender dan selanjunya dikeluarkan oleh refleks bersin. Jika dalam udara masih terdapat bakteri (partikel sangat kecil), maka enzim lisozim yang menghancurkannya (Somantri I, 2008).

Gambar 2.1 Cavum Nasalis dan Sinus(Somantri I, 2008)



1. Sinus Paranasalis

Menurut Ardiansyah, M (2012), sinus paranasalis merupakan daerah yang terbuka pada tulang kepala. Nama sinus paranasalis sendiri disesuaikan dengan nama tulang di mana organ itu berada. Organ ini terdiri atas sinus frotalis, sinus etmoidalis, sinus spenoidalis, dan sinus maksilaris. Fungsi dari sinus adalah untuk membantu menghangatkan dan melembabkan udara, meringankan berat tulang tengkorak, serta mengatur bunyi suara manusia dengan resonansi.

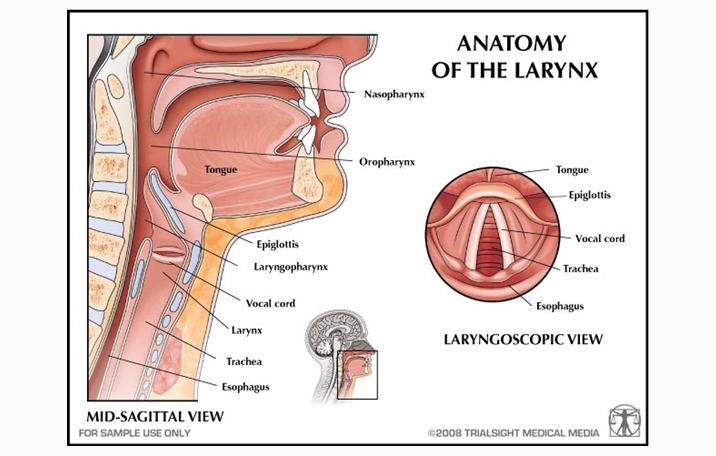
1. Faring (Tekak)

Faring adalah pipa berotot yang berjalan dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esophagus, pada ketinggian tulang rawan krikoid. Oleh karena itu, letak faring di belakang laring (larynx-pharingeal). Faring merupakan pipa berotot berbentuk cerobong (±13 cm) yang letaknya bermula dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esophagus pada ketinggian tulang rawan (kartilago) krikoid. Faring digunakan pada saat ‘digestion’ (menelan) seperti pada saat bernafas. Berdasarkan letaknya faring dibagi menjadi tiga yaitu di belakang hidung (naso-fasing), belakang mulut (oro-faring), dan belakng laring (laringo-faring).Naso-faring terdapat pada superior di area yang terdapat epitel bersilia (pseudo stratified) dan tonsil (adenoid), serta merupakan muara tubeeustachius. Adenoid atau faringeal tonsil berada di langitlangit nasofaring. Tenggorokan dikelilingi oleh tonsil, adenoid, dan jaringan limfoid lainnya. Struktur tersebut penting sebagai mata ranai nodus limfatikus untuk menjaga ubuh dari invasiorganism yang masuk ke hidung dan tenggorokan.

Oro-faring berfungsi untk menampung udara dari naso faring dan makan dari mulut. Pada bagian ini terdapat tonsili palatine (posterior) dan tonsili lingulis (dasar lidar. Laringofaring merupakan bagian terbawah faring yang berhubungan dengan esophagus dan pita suara (vocal cord) yang berada dalam trachea. Laringo-faring berfungsi pada saat proses menelan dan respirasi. Laringo-faring terletak di bagian depan pada laring, sedangkan trachea terdapat di belakang.

1. Laring (Tenggorokan)

Gambar 2.2 Laring



LaringLaring terletak di depan bagian terendah faring yang memisahkan faring dari columna vertebrata. Laring merentang sampai bagian atas vertebrata servikalsdan masuk ke dalam trakea di bawahnya. Laring terdiri atas kepingan tulang rawan yang diikat/disatukn oleh ligament dan membran. Laring sering disebut dengan ‘voice box’dibentuk oleh struktur epitheliumlined yang berhubungan dengan faring (di atas) dan trachea (di bawah). Laring terletak di anterior tulang belakang (vertebrae) ke-4 dan ke-6. Bagian atas dari esofagus berada di posterior laring. Fungsi utama laring adalah untuk pembentukan suara, sebagai proteksi jalan nafas bawah dari benda asing dan untuk memfasilitasi proses terjadinya batuk. laring terdiri atas:

1)Epiglotis: katup kartilago yang menutup dan membuka selama menelan.

2)Glotis: lubang antara pita suara dan laring

3)Kartilago tiroid: kartilago yang terbesar pada trachea, terdapat bagian yang membentuk jakun (‘Adam’s apple’)

4)Kartilago krikoid: cincin kartilago yang utuh di laring (terletak di bawah kartilago tiroid)

5)Kartilago aritenoid: diguakan pada pergerakan pita suara bersama dengan kartilago tiroid

6 ) Pita suara: sebuah ligament yng dikontrol oleh pergerakan otot yang menghasilkan suara dan menepel pada lumen laring.

2. Saluran Pernafasan Bagian Bawah (Lower Airway)Ditinjau dari fungsinya, secara umum saluran pernafasan bagian bawah terbagi menjadi dua komponen. Pertama, saluran udara kondusif atau yang sering disebut sebagai percabangan dari trakeobronkialis. Saluran ini terdiri atas trakea, bronki, dan bronkioli. Kedua, satuan respiratorius terminal (kadang kala disebut dengan acini) yang merupakan saluran udara konduktif dengan fungsi utamanya sebagai penyalur (konduksi) gas masuk dan keluar dari satuan respiratorius terminal merupakan tempat pertukaran gas yang sesungguhnya. Alveoli sendiri merupakan bagian dari satuan respiratorius terminal.

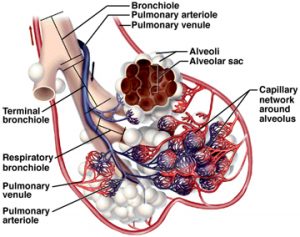
a. Trakea

Trakea atau batang tenggorokan memiliki panjang kira-kira 9 cm. organ ini merentang laring sampai kira-kira di bagian atas vertebrata torakalis kelima. Dari tempat ini, trakea bercabang menjadi dua bronkus (bronchi). Trakea tersusun atas 16-20 lingkaran tak lengkap, berupa cincin-cincin tulang rawan yang disatukan bersama oleh jaringan fibrosa dan melengkapi lingkran di sebelah belakang trakea. Selain itu, trakea juga memuat beberapa jaringan otot.b.Bronkus dan BronkeoliBronkus yang terbentuk dari belahan dua trakea pada tingkatan vertebrata torakalis kelima, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh sejenis sel sama. Bronkus-bronkus itu membentang ke bawah dan samping, kea rah tampuk paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar daripada yang kiri, sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis dan mengeluarkan sebuah cabang utama lewat di bawah arteri, yang disebut bronkus lobus bawah. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing dari yang kanan, serta merentang di bawah arteri pulmonalis sebelum akhirnya terbelah menjadi beberapa cabang menuju ke lobus atas dan bawah. Cabang utama bronkus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi bronkus lobaris dan kemudian menjadi lobus segmentalis. Percabangan ini merentang terus menjadi bronkus yang ukurannya semakin kecil, sampai akhirnya menjadi bronkhiolus terminalis, yaitu saluran udra terkecil yang tidak mengandung alveoli (kantong udara).Bronkhiolus terminalis memiliki garis tengah kurang lebih 1 mm. bronkeolus tidak diperkuat oleh cincin tulang rawan, tetapi dikelilingi oleh otot polos sehingga ukurannya dapat berubah. Seluruh saluran udara ke bawah sampai tingkat bronkhiolus terminalis disebut saluran penghantar udara, karena fungsi utamanya sebagai penghantar udara ke tempat pertukaran gas paru-paru.

c. Alveolus

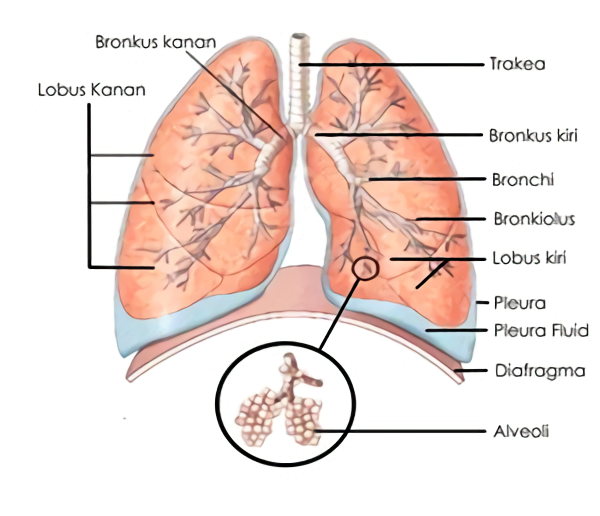
Alveolus (yaitu tempat pertukaran gas sinus) terdiri dari bronkhiolus dan respiratorius yang terkadang memiliki kantong udara kecil atau alveoli pada dinsingnya. Alveolus adalah kantong berdinding tipis yang mengandung udara. Melalaui seluruh dinding inilah terjadi pertukaran gas. Setiap paru mengandung sekitar 300 juta alveoli. Lubang-lubang kecil di dalam dinding alveolar memungkinkan udara melewati satu alveolus yang lain. Alveolus yang melapisi rongga thoraks dipisahkan oleh dinding yang dinamakan pori-pori kohn.

Gambar 2.3 Alveolus



d. Paru-paru

Gambar 2.4 Paru-paru



Bagian kiri dan kanan paru-paru terdapat dalam rongga toraks. Paru-paru juga dilapisisi pleura, yaitu parietal pleura dan visceral pleura. Di dalam rongga pleura terdapat cairan surfaktan yang berfungsi untuk lubrikn. Paru kanan dibagi atas tiga lobus, yaitu lobus superior dan inferior. Tiap lobus dibungkus oleh jaringan elastis yang mengandung pembuluh limfe, arteriola, venula, dan alveoli. Diperkirakan, setiap paru-paru mengandung 150 juta alveoli, sehingga organ ini mempunyai permukaan yang cukup luas sebagai tempat permukaan/pertukaran gas.

1. Toraks, Diafragma, dan Pleura

Rongga torak berfungsi melindungi paru-paru, jantung, dan pembuluh darah besar. Bagian rongga toraks terdiri atas 12 iga costa. Pada bagian atas toraks di daerah leher, terdapat dua otot tambahan untuk proses inspirasi, yakni skaleneus dan sternokleidomastoideus. Otot sklaneus menaikkan tulang iga pertama dan kedua selama inspirasi untuk memperluas rongga dada atas dan menstabilkan dinding dada.

Otot sternokleidomastoideus berfungsi untuk mengangkat sternum. Otot parasternal, trapezius, dan pektoralis juga merupakan otot inspirasi tambahan yang berguna untuk mneingkatkan kerja nafas. Di antara tulang iga terdapat otot interkostal. Otot interkostal eksternum adalah otot yang menggerakkan tulang iga ke atas dan depan, sehingga dapat meningkatkan diameter anteroposterior dari dinding dada.Diafragma terletak di bawah rongga toraks. Pada keadaan relaksasi, diafragma ini berbentuk kubah. Mekanisme pengaturan otot difragma (nervus frenikus) terdapat pada tulang belakang (spinal cord) di servikal ke-3 (C3). Oleh karena itu, jika terjaddi kecelakaan pada saraf C3, maka hal ini dapat menyebabkan gangguan ventilasi.Pleura merupakan membrane serosa yang menyelimuti paru. Terdapat dua macam pleura, yaitu pleura parietal yang melapisi rongga toraks dan pleura visceral yang menutupi setiap paru-paru. Diantara kedua pleura tersebut terdapat cairan pleura menyerupai selaput tipis yang memungkinkan kedua permukaan tersebut bergesekan satu sama lain selama respirasi, sekaligus mencegah pemisahan toraks dan paru-paru. Tekanan dalam rongga pleura lebih rendah dari tekanan atmosfer, sehingga mencegah terjadinya kolaps paru. Jika pleura bermasalah, misalnya mengalami peradangan, maka udara cairan dapat masuk ke dalam rongga pleura. Hal tersebut dapat menyebabkan paru-paru tertekan dan kolaps.

Fisiologi Pernafasan

Proses fisiologi pernafasan di mana oksigen dipindahkan dari udara ke dalam jaringan-jaringan dan CO2dikeluarkan ke udara (ekspirasi), dapat dibagi menjadi da tahapan (stadium), yaitu stadium pertama dan stadium kedua.

1. Stadium pertama

Stadium pertama ditandai dengan fase ventilasi, yaitu masuknya campuran gas-gas ke dalam dan keluar paru-paru. Mekanisme ini dimungkinkan karena ada selisih tekana antara atmosfer dan alveolus, akibat kerja mekanik dari otot-otot.

1. Stadium Kedua

Transportasi pada fase ini terdiri dari beberapa aspek, yaitu:

1. Disfusi gas anatara alveolus dan kapiler paru-paru (respirasi eksternal) serta antara darah sistemik dan sel-sel jaringn.
2. Distribusi darah dalam sirkulasi pulmonal dan penyesuainnya dengan distribusi udara dalam alveolus.
3. Reaksi kimia dan fisik dari O2dan CO2dengan darah respimi atau respirasi internal merupakan stadium akhir dari respirasi, dimana oksigendioksida untuk mendapatkan energy, dan CO2terbentuk sebagai sampah dari proses metabolisme sel dan dikeluarkan oleh apru-paru.
4. Transportasi adalah tahap kedua dari proses pernafasan yang mencakup proses difusi gas-gas melintasi membrane alveolus kapiler yang tipis (tebalnya kurang dari 0,5 mm).
5. kekuatan mendorong untuk pemindahan ini diperoleh dari selisih tekanan parsial antara darah dan fase gas.
6. Perfusi adalah pemindahan gas secara efektif anatara alveolus dan kapiler paru-paru yang membutuhkan distribusi merata dari udara dalam paru-paru dan perfusi (aliran darah) dalam kapiler. Dengan kata lain, ventilasi dan perfusi dari unit pulmonary yang sudah sesuai dengan orang normal pada posisi tegak dan keadaan istirahat, maka ventilasi dan perfusi hampir seimbang, kecuali pada apeks paru-paru.
   * 1. **Etiologi Tb Paru**

Menurut Sjamsuhidayat dan Jong (2004), kuman penyebab tuberkulosis adalah Mycobacterium tuberculosis. Basil ini tidak berspora sehingga mudah dibasmi dengan pemanasan, sinar matahari, dan sinar ultraviolet. Basil ini sukar diwarnai, tetapi berbeda dengan basil lain, setelah diwarnai tidak dapat dibersihkan lagi dari fuchin atau metileenblauw oleh cairan asam sehingga biasanya disebut basil tahan asam (BTA). Pewarnaan Ziehl Neelsen biasanya digunakan untuk menampakkan basil ini. Ada dua macam mikobakteria penyebab tuberculosis, yaitu tipe human dan tipe bovin. Basil tipe bovin berada dalam susu sapi yang menderita mastitis tuberkulosa, dan bila diminum, dapat menyebabkan tuberkulosa usus. Basil tipe human bisa berada di bercak ludah (droplet) di udara yang berasal dari penderita TB paru terbuka. Orang yang rentan dapat terinfeksi TB paru bila menghirup bercak ini. Ini merupakan cara penulran terbanyak. Selanjutnya dikenal empat fase dalam perjalanan penyakitnya.

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Sudoyo et all (2006) keluhan yang dirasakan pasien tuberculosis dapat bermacam-macam atau malah banyak pasien ditemukan TB paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Keluhan terbanyak adalah:

1. Demam Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tetapi kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40-41°C. serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali. Begitulah seterusnya hilang timbulnya demam influenza ini, sehingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam influenza. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infesi kuman tuberculosis yang masuk.
2. Batuk/Batuk Darah

Gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembnag dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah. Kebanyakan batuk darah pada tuberculosisterjadi pada kavitas, tetapi dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

1. Sesak Napas

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak napas. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru

1. Nyeri Dada

Gejala ini agak jarang ditemukan. Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik/melepaskan napasnya.

1. Malaise

Penyakit tuberkulosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia tidak ada nafsu makan, badan makin kurus (berat badan turun), sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam dll. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

* + 1. **Patofisiologi**

Infeksi diawali karena seorang menghirup basil Mycobacteriumtuberculosis.Bakteri menyebar melalui jalan nafasmenuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan Mycobacterium tuberculosisjuga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, dan korteks serebri) dan area lain dari paru-paru (lobus atas). Selanjutnya, sistem kekebalan tubuh memberikan respon dengan melakukan reaksi inflamasi.

Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri.Interaksi antara Mycobacterium tuberculosisdan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah massa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup an mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi massa jaringan fibrosa. Bagan tengah dari massa tersebut disebut ghon tubercle. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakannya seperti keju (necroting caseososa).

Hal ini akan menjadi kalsifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen, kemduian bakteri menjadi nonaktif.Setelah infeksi awal, jika respons sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah, penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubercle mengalami ulserasi sehingga menghasilkan necroting caseosa di dalam bronchus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel, dan seterusnya.

Pneumonia selular ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. 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 dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulakn respins berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Somantri I, 2008).

Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sudoyo et all (2006)

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan pertama terhadap keadaan umum pasien mungkin mungkin ditemukan konjugtiva mata atau kulit yang pucat karena anemia, suhu demam (subfebris), badan kurus atau berat badan menurun. Pada pemeriksan fisis pasien sering tidak menunjukkan suatu kelainan pun terutama pada kasus-kasus dini atau yang sudah terinfiltrasi. Tempat kelainan lesi TB paru yang paling dicurigai adalah bagian apeks (puncak) paru. Bila dicurigai adanya infiltrate yang agak luas, maka didapatkan perkusi yang redup dan auskultasi suara napas bronkial. Akan didapatkan juga suara napas tambahan berupa ronkhi basah, kasar, dan nyaring. Tetapi bila infiltrate ini diliputi oleh penebalan pleura, suara napasnya menjadi vesicular melemah. Bila terdapat kavitas yang cukup besar, perkusi memberikan suara hipersnor atau timpani dan auskultasi memberikan suara amforik.

1. Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan radiologis dada merupakan cara yang praktis yang praktis untuk menemukan lesi tuberkulosis. Lokasi lesi tuberkulosis umumnya di daerah apeks paru (segmen apikal lobus atas atu segemen apikal lobus bawah) tetapi dapt pula mengenai lobus bawah (bagian inferior) atau di daerah hilus menyerupi tumor paru (misalnya pada tuberkulosis endobronkial). Pada awal penyakit saat lesi masih merupakan sarang-sarang pneumonia, gambara radiologi berupa bercak-bercak seperti awandan dengan batas-batas yang tidak tegas. Bila lesi sudah diliputi jaringan ikat maka bayangan terlihat berupa bulatan dengan batas yang tegas. Lesi ini dikenal sebagai tuberkuloma. Gambaran tuberkulosis milier terlihat berupa bercak-bercak halus yang umumnya tersebar merata pada seluruh lapangan paru. Gambaran radiologis lain yang sering menyertai tuberkulosis paru adalah penebalan pleura (pleuritis), masa cairan di bagian bawah paru (efusi pleura/empiema), bayangan hitam radio-lusen di pinggir paru atau pleura (pneumothoraks). Pada suatu foto dada sering didapatkan bemacam-macam bayangan sekaligus (pada tuberkulosis yang sudah lanjut) seperti infiltrat, garis-garis fibrotik, kalsifikasi, kavitas (non sklerotik maupun sklerotik) maupun antelekstasis dan empisema. Pemeriksaan khusus yang kadang-kadang juga diperlukan adalah bronkografi, yakni untuk melihat kerusakan bronkus atau paru yang disebabkan oleh tuberkolosis. Pemeriksaan ini umumnya dilakukan bila pasien akan menjalani pembedahan paru.

1. Pemeriksaan Laboratorium
   1. Darah

Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian, karena hasilnya kadang-kadang meragukan, hasilnya tidak sensitif dan juga tidak spesifik. Pada saat tuberkulosis baru mulai (aktif) akan didapatkan jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan hitung jenis pergeseran ke kiri. Jumlah limfosit masih di bawah normal. Laju endap darah mulai meningkat. Bila penyakit mulai sembuh, jumlah leukosit kembali normal dan jumlah limfosit masih tinggi. Laju endap darah mulai turun ke arah normal lagi.Hasil pemeriksaan darah lain didapatkan juga : anemia ringan dengan gambaran normokrom dan normositer, gama globulin meningkat, kadar natrium darah menurun pemeriksaan tersebut di atas nilainya juga tidak spesifik.

* 1. Sputum

Pemeriksaan sputum adalah penting karena denganditemukannya kuman BTA, diagnosis tuberkulosis sudah dapat dipastikan.. Dalam hal ini dianjurkan dalam satu hari sebelum pemeriksaan sputum dianjurkan minum air sebanyak ±2ltr dan diajarkan melakukan refleks batuk. Dapat juga dengan memberikan tambahan obat-obat mukolitik eks-pektoran atau dengan inhalasi larutan garam hipertonik selama 20 –30 menit. Bila masih sulit, sputum dapat diperoleh dengan cara bronkoskopi di ambil denganbrushingataubronchial washingatau BAL (broncho alveolar lavage).BTA darisputum bisa juga di dapat dengan cara bilasan lambung. Hal ini sering dikerjakan pada anak-anak karena mereka sulit mengeluarkan dahaknya. Sputum yang akan di periksa hendaknya sesegar mungkin. Kriteria sputum BTA positif adalah bila sekuran-kurangnya ditemukan 3batang kuman BTA pada satu sediaan. Dengan kata lain 5000 kuman dalam 1mL sputum.Untuk pewarnaan sediaan dianjurkan memakai cara Tan Thiam Hok yang merupakan muldifikasi gabungan cara pulasan Kinyoun dan Gabbet. Cara pemeriksaan sediaan sputum yang dilakukan adalah :

1. Pemeriksaan sediaan langsung dengan mikroskop biasa
2. Pemeriksaan sediiaan langsung dengan mikroskop fluoresens (pewarnaan khusus)
3. Pemeriksaan dengan biakan ( kultur )
4. Pemeriksaan terhadap resistensi obatSaat ini sudah dikembangkan pemeriksaan biakan sputum BTA dengan cara Bactec (Bactec 400Radiometric System), dimana kuman sudah dapt dideteksi dalam 7-10 hari. Disamping itu dengan teknikPolymerase Chain Reaction(PCR) dapat dideteksi DNA kuman TB dalam waktu yang lebih cepat atau mendeteksiM. Tuberculosaeyang tidak tumbuh pada sediaan biakan. Dari hasil biakan biasanya dilakukan juga pemeriksaan terhadap resistensi obat dan identifikasi kuman.Kadang-kadang dari hasil pemeriksaan mikroskopis biasa terdapat kuman BTA (positif), tetapi pada biakan hasilnya negatif. Ini terjadi pada fenomendead bacilliataunon culturable bacilliyang disebabkan keampuhan panduan obat antituberkulosis jangka pendek yang cepat mematikan kuman BTA dalam waktu pendek. Untuk pemeriksaan BTA sediaan mikroskopis biasa dan sediaan biakan, bahan-bahan selain sputum dapat juga diambil dari bilasan bronkus, jaringan paru, pleura, cairan pleura, cairan lambung, jaringan kelenjar, cairan serebrospinal, urin dan tinja.
   1. Tes Tuberkulin

Pemeriksaan ini masih banyak dipakai untuk membantu menegakkan diagnosis tuberkulosis terutama pada anak-anak (balita). Biasanaya dipakai testMantouxyakni dengan menyuntikkan 0,1 cc tuberkulin P.P.D.(Purfied Protein Derivative)intrcutan berkekuatan 5 T.U.(intermediate strength). Bila ditakutkan reaksi hebat dengan 5 T.U. dapat diberikan dulu 1 atau 2 T.U.(first strength.Kadang-kadang bila denga 5 T.U. masih memberikan hasil negatif dapat diulangi dengan 250 T.U.(second sterngth).Bila dengan 250 T.U. masih memberikan hasilnegatif, berarti tuberkulosis dapat disingkirkan. Umumnya tes mantuox dengan 5 T.U. saja sudah cukup berarti. Setelah 48-72 jam setelah tuberkulin disuntikkan, akan timbul reaksi berupa indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrat limfosit yakni reaksi persenyawaan antaraantibodi seluler dan antigen tuberkulin. Banyak sedikitnya reaksi persenyawaan antibodi selular dan antigen tuberkulin amat dipegaruhi oleh antibodihumoral, makin besar pengaruh antibodi humoral, makin kecil indurasi yang ditimbulkan.Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, hasil test mantoux ini dibagi dalam:

* + 1. Indurasi 0-5mm (diameternya) :Mantoux negatif= golongannon sensitivy. Disini peranan antibodi humoral apaling menonjol.
    2. Indurasi 6-9 mm :hasil meragukan= golonganlow grade sensitivy.Disini peran antibodi humoral masih menonjol.
    3. Indurasi 10-15 mm :Mantoux positif=golonagannormal sensitivy. Disini peran kedua antibodi seimbang.
    4. Indurasi lebih dari 15 mm :Mantoux positif kuat=golonganhypersensitivy. Disini peran antibodi selular paling menonjol.5.Untuk pasien dengan HIV positif, Test Mantoux ± 5 mm, dinilai positif.

**2.2.6 Penatalaksanaan**

Penatalaksaan Tb Paru Zain (2001 dalam Ardiansyah, 2012) membagi pentalaksanaan tuberkukosis paru menjadi tiga bagian, yaitu pencegahan, pengobatan, dan penemuan penderita.

1. Pencegahan tuberkulosis

a. Pemeriksaan kontak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita TB paru BTA positif atau balai pngobatan, penghuni rumah tahanan, dan siswa-siswi pesantren

b. Vaksinasi BCG; reaksi positif terjadi jika setelah mandapat vaksinasi BCG langsung terdapat reaksi local yang besar dalam waktu kurang dari 7 hari setelah penyuntikan

c. Kemoprokfilaksis, yaitu dengan menggunakn INH 5 mg/kg BB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit

d. Komuniasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang penyakit tuberculosis kepada masyarakat di tingkat puskesmas maupun rumah sakit oleh petugas pmerintah atau petugas LSM

2. Pengobatan Tuberkulosis Paru

Tujuan pengobatan pada penderita TB paru, selain untuk mengobati, juga untuk mencegah kematian, kekambuhan, resistensi kuman terhadap OAT, serta memutuskan mata rantai penularan.

3. Penemuan Penderita

a. Penatalaksanaan terapi: asupan nutrisi adekuat/ mencukupi

b. Kemoterapi, yang mencakup pemberian:

1) Isoniazid (INH) sebagai bakterisidial terhadap basil yang tumbuh aktif. Obat ini diberikan selama 18-24 bulan dan dengan dosis 10-20 mg/kg berat badan/hari melalui oral.

2) Kombinasi antara NH, rifampicin, dan pyrazinamid yang diberikan selama 6 bulan

3) Obat tambahan, anatara lain Streptomycin (diberikan intramuskuler) dan Ethambutol.

4) Terapi kortikosteroid diberikan bersamaan dengan obat anti-TB untuk mengurangi respons peradangan, misalnya pada meningitis.

c. Pembedahan dilakukan jiak kemoterapi tidak berhasil. Tindakan ini dilakuakn dengan mengangkat jaringan paru yang rusak

d. Pencegahan dilakukan dengan menghindari kontak langusng dengan orang yang terinfeksi basil TB serta mempertahankan asupan nutrisi yang memadai. Pemberian imuniasasi BCG juga diperlukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi basil TB virulen

* + 1. **Komplikasi**

Penyakit tuberculosis paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi dibagi atas komplikasi dini dan komplikasi lanjut:

1. Komplikasi Dini (Ardiansyah, 2012):

a. Pleuritis

b. Efusi pleura

c. Empiema

d. Laringitis, dan

e. Tb usus

2. Komplikasi Lanjut

Obstruksi jalan napas SOFT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis), kerusakan parenkim berat SOPT/fibrosis paru. Kor pulmonal, amiloidosis, karsinoma paru, sindrom gagal napas dewasa (ARDS), sering terjadi pada TB milier dan kavitas TB (Sudoyo et all, 2006).

**2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Tuberkulosis**

**2.3.1**  **Pengkajian Keperawatan**

**2.3.1.1 Riwayat Keperawatan dan Pengkajian Fisik**

Berdasarkan klasifikasi Doenges dkk. (2000) riwayat keperawatan yang perlu dikaji adalah:

1. Aktivitas/istirahat:

Gejala:

-   Kelelelahan umum dan kelemahan

-   Dispnea saat kerja maupun istirahat

-   Kesulitan tidur pada malam hari atau demam pada malam hari, menggigil dan atau berkeringat

-    Mimpi buruk

Tanda:

-    Takikardia, takipnea/dispnea pada saat kerja

-     Kelelahan otot, nyeri, sesak (tahap lanjut)

1. Sirkulasi

Gejala:

-  Palpitasi

Tanda:

-      Takikardia, disritmia

-       Adanya S3 dan S4, bunyi gallop (gagal jantung akibat effusi)

-       Nadi apikal (PMI) berpindah oleh adanya penyimpangan mediastinal

-       Tanda Homman (bunyi rendah denyut jantung akibat adanya udara dalam mediatinum)

-       TD: hipertensi/hipotensi

-       Distensi vena jugularis

1. Integritas ego:

Gejala:

-        Gejala-gejala stres yang berhubungan lamanya perjalanan penyakit, masalah keuangan, perasaan tidak berdaya/putus asa, menurunnya produktivitas.

Tanda:

-        Menyangkal (khususnya pada tahap dini)

-        Ansietas, ketakutan, gelisah, iritabel.

-        Perhatian menurun, perubahan mental (tahap lanjut)

4) Makanan dan cairan:

Gejala:

-      Kehilangan napsu makan

-  Penurunan berat badan

Tanda:

-         Turgor kulit buruk, kering, bersisik

-         Kehilangan massa otot, kehilangan lemak subkutan

5) Nyeri dan Kenyamanan:

Gejala:

-          Nyeri dada meningkat karena pernapsan, batuk berulang

-         Nyeri tajam/menusuk diperberat oleh napas dalam, mungkin menyebar ke bahu, leher atau abdomen.

Tanda:

-         Berhati-hati pada area yang sakit, perilaku distraksi, gelisah.

6)  Pernapasan:

Gejala:

-     Batuk (produktif atau tidak produktif)

-          Napas pendek

-          Riwayat terpajan tuberkulosis dengan individu terinfeksi

Tanda:

-          Peningkatan frekuensi pernapasan

-          Peningkatan kerja napas, penggunaan otot aksesori pernapasan pada dada, leher, retraksi interkostal, ekspirasi abdominal kuat

-          Pengembangan dada tidak simetris

-          Perkusi pekak dan penurunan fremitus, pada pneumothorax perkusi hiperresonan di atas area yang telibat.

-         Bunyi napas menurun/tidak ada secara bilateral atau unilateral

-          Bunyi napas tubuler atau pektoral di atas lesi

-         Crackles di atas apeks paru selama inspirasi cepat setelah batuk pendek (crackels posttussive)

-         Karakteristik sputum hijau purulen, mukoid kuning atau bercak darah

-          Deviasi trakeal

7)  Keamanan:

Gejala:

-          Kondisi penurunan imunitas secara umum memudahkan infeksi sekunder.

Tanda:

-          Demam ringan atau demam akut.

8)      Interaksi Sosial:

Gejala:

-         Perasaan terisolasi/penolakan karena penyakit menular

-         Perubahan aktivitas sehari-hari karena perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.

9)      Penyuluhan/pembelajaran:

Gejala:

-          Riwayat keluarga TB

-          Ketidakmampuan umum/status kesehatan buruk

-          Gagal untuk membaik/kambuhnya TB

-          Tidak berpartisipasi dalam terapi.

**2.3.2** **Diagnosis Keperawatan**

1.   Kurang pengetahuan keluarga b.d ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Tuberkulosis paru.

2.    Masalah keperawatan Tidak efektifnya bersihan jalan nafas pada Tn. S b.d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

3. Masalah keperawatan Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Tn. S b.d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan masalah gizi kurang.

**2.3.2.1 INTERVENSI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Evaluasi** |
| 1  2  3. | pengetahuan keluarga b.d ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Tuberkulosis paru  KetidakPatuhan Tn.S dalam pengobatan b/d Ketidaktahuan Proses Pengobatan TB  Masalah keperawatan Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Tn. S b.d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan masalah gizi kurang. | -Tujuan Umum :  Setelah dilakukan  Tindakan keperawatan selama 3 hari  Diharapkan pengetahuan keluarga Tn.S  bertambah.  Setelah dilakukan  Penkes Tn.S mau melanjutkan pengobatan  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x24 jam diharapkan pengetahuan keluarga Tn. S bertambah/ teratasi | 1.  Menjelaskan  pengertian dan gejala serta penyebab dari  penyakit TB Paru.  2.  Tanyakan  kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta  penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru  3.  Berikan pujian  yang positif/jawaban  yang tepat   1. Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB 2. 2.Jelaskan obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan 3. 3. Anjurkan pemeriksaan dahak follow up ke 2 4. Menjelaskan pengertian dan gejala serta penyebab, akibat dari penyakit TB Paru, cara perawatan TB Paru 5. Jelaskan pada Tn. S dan Keluarga pengertian dan gejala serta penyebab, akibat dari penyakit TB Paru, cara perawatan TB Paru 6. Tanyakan  kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru 7. Berikan pujian yang positif/jawaban yang tepat. 8. Jelaskan pada keluarga Ny. S akibat dari penyakit TB Paru 9. Motivasi keluarga untuk mengambil keputusan 10. Tanyakan kembali pada keluarga akibat dari penyebab TB Paru 11. Menjelaskan cara perawatan TB Paru 12. Berikan contoh menu makanan yang bergizi 13. Tanyakan kembali tentang cara merawat TB Paru dan menu yang untuk memanfaatkan fasilitas sesuai kemampuan bergizi 14. Diskusikan tentang pentingnya perawatan di rumah 15. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang lingkungan rumah yang baik 16. Memodifikasi keluarga untuk mengungkapkan kembali lingkungan 17. Memotivasi keluarga | Respon verbal dari keluarga dengan menyebutkan  tentang pengertian  penyakit TB Paru, tanda dan gejala serta  penyebabnya  Respon verbal  dari keluarga  terkait pengertian,  penyebab, tanda dan gejala TB Paru.  Respon verbal dari keluarga dengan menyebutkan tentang pengertian, penyakit TB Paru, tanda dan gejala serta penyebabnya, akibat dari penyakit TB Paru, cara perawatan TB Paru  Respon verbal keluarga mampu menjelaskan cara perawatan TB Paru  Respon verbal keluarga dapat menjelaskan lingkungan yang dapat mendukung penyembuhan penyakit TB Paru |

**2.3.2.2 Implementasi**

Melaksanakan intervensi keperawatan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dengan mendelegasikan untuk mengatasi masalah

**2.3.2.3 Evaluasi**

Tahap akhir dari proses keperawatan untuk menjadi intifikasi akhir yang ditetapkan, menilai sejauh mana masalah klien teratasi. Hal ini dapat dilaksanakan dengan membandingkan hasil yang ditetapkan dengan kriteria yang sudah ditetapkan.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**3.I.** **PENGKAJIAN**

**3.1.1**   **DATA UMUM**

**1.**    **Biodata**

Nama Kepala Keluarg : Tn.S

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur : 60 Tahun

Agam : Islam

Pendidikan Terakhir : SD

Pekerjaan : Tani

Alamat : Koto Berapak Bayang

**2.**     **Komposisi Keluarga**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama | Umur | Sex | Hubungan dengan KK | Pendidikan | Pekerjaan |
| 1  2  3  4  5 | Klien S  Sumarni  Tarmizi  Sanan  Rasina | 60 Th  53Th  22 Th  90 Th  83 Th | L  P  L  L  P  48 | KK  Istri Klien S  Anak Klien S  Mertua klien S  Mertua Klien S | SD  SD  SMA  SD  SD | Tani  IRT  Wirasawasta  Tidak Bekerja  IRT |

**Genogram**

v

Laki-laki

Perempuan

Klien

Tinggal Serumah

**3.**      **Tipe Keluarga**

Tipe keluarga yaitu extended family (beberapa keluarga hidup   bersama dalam satu rumah, sumber sama pengalaman sama ) yang terdiri dari Klien S yang berperan sebagai kepala keluarga yang berusia 60 tahun dan 1 orang anak kandung yang terdiri dari 1 anak laki-laki dan 1 orang Mertua Perempuan dan Mertua Laki-Laki

**4.**      **Latar Belakang Budaya**

Keluarga klien berasal dari Suku Minang atau Indonesia, kebudayaan yang dianut tidak bertentangan dengan masalah kesehatan sedangkan bahasa sehari-hari yang digunakan adalah Bahasa Minang

**5.**      **Agama**

Seluruh anggota keluarga Tn.S menganut agama Islam.

**6.**      **Status Sosial Ekonomi**

Penghasilan keluarga didapat dari hasil Klien S dengan pendapatan kurang lebih Rp 1.500.000,- / bulan. Uang ini digunakan setiap bulannya  untuk  kebutuhan  harian,  kebutuhan  bulanan,  kebutuhan  makan,  bayar pajak,  bayar  rekening  listrik,  dan  biaya  transportasi.  Penghasilan  keluarga  sudah cukup  memenuhi  kebutuhan.

**3.1.2 Riwayat  Dan Tahap Perkembangan Keluarga**

**1.**  **Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini**

Tahap perkembangan keluarga saat ini pada tahap VI yaitu keluarga mulai melepas anak usia dewasa. Tugas perkembangan keluarga yaitu :

* + - * 1. Memperluas jaringan keluarga dari keluarga inti menjadi keluarga besar
        2. Mempertahankan keintiman pasangan
        3. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
        4. Penataan kembali peran ortu dan kegiatan rumah

**2.** **Tahap Perkembangan Saat Ini**

Tidak  ada  tugas  keluarga  yang  belum  terpenuhi/terlaksana  pada  tahap perkembangan.

**3.**  **Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga**

1. Kejadian Kesakitan Saat Ini

Klien S menderita penyakit TB Paru dalam pengobatan obat OAT Kategori II selama 8 bulan, namunTn. S Menganggap penyakitnya tidak Terlalu berbahaya klien Mengangap batuk yang perlu pengobatan

1. Kejadian Kecacatan

Tidak ada anggota keluarga yang menderita cacat fisik.

1. Kejadian Penyakit Kronis

Tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit kronis.

1. Kejadian Sakit Satu Tahun Terakhir

Klien S menderita penyakit TB Paru sejak 1 tahun yang lalu.

Klien S Gagal pengobatan Kategori I 9 bln yang lalu.

**3.1.3**    **Pengkajian Lingkungan**

**1.** **Karakteristik Rumah**

Perumahan

Jenis rumah permanen dengan  luas bangunan 30 m2. Status rumah milik pribadi dengan atap rumah menggunakan asbes. Ventilasi rumah dengan luas < 10% luas lantai dengan pencahayaan cukup, yaitu cahaya cukup dapat masuk ke dalam rumah pada siang hari sehingga tampak terang Penerangan di rumah menggunakan listrik. Lantai di rumah menggunakan keramik.  Kondisi  kebersihan  rumah  secara  keseluruhan bersih.  Bagian-bagian  rumah terdapat ruang tamu, ruang tidur, dapur, dan kamar mandi yang bergabung dengan WC.

Pengelolaan Sampah

Keluarga  mempunyai  pembuangan  sampah  terbuka.  Biasanya  sampah-sampah rumah tangga tersebut diikat dengan kantong plastik hitam dan setiap pagi dibuang di tempat pembuangan sampah yang ada di dekat rumahnya.dan dijemput dengan mobil sampah 3x seminggu

Sumber Air

Keluarga mempunyai sumber air sumur untuk keperluan MCK. Untuk keperluan air minum keluarga Klien S membeli air minum yang sudah ada Depot (air mineral). Keadaan air tidak berwarna, tidak berasa, tidak ada endapan, dan tidak berbau.

 Jamban Keluarga

Keluarga mempunyai WC sendiri dengan jenis leher angsa dan pembuangan tinja dengan sumber air yaitu 10 meter.

Pembuangan Air Limbah

Keluarga  mempunyai  saluran  pembuangan  air  limbah  dengan  kondisi  mengalir melalui selokan dan berakhir ke sungai/kali.

Fasilitas Sosial dan Fasilitas Kesehatan

Terdapat fasilitas kesehatan di lingkungan rumah yaitu puskesmas, posyandu, dokter praktek, dan bidan/mantri praktek. Fasilitas kesehatan tersebut dapat terjangkau keluarga dengan berjalan kaki atau naik kendaraan bermotor.

**Denah Rumah**

MCK

|  |  |
| --- | --- |
| Dapur | KT |
|  |  |
| KT |
| Teras | |

**2.** **Karakteristik Tetangga Dan Komunitas**

Hubungan antar tetangga Klien S baik, saling menghomati, kerukunan terjaga, bila ada yang memiliki kesulitan maka saling membantu dengan gotong royong.

**3.** **Mobilitas Geografis Keluarga**

Keluarga Klien S  selama ini sebagai penduduk asli Ds. Koto Berapak dan tidak pernah pindah rumah.

1. **Perkumpulan Keluarga Dan Interaksi Dengan Masyarakat**

Interaksi dengan keluarga paling sering terjadi yaitu saat pagi hari dan malam hari, biasanya interaksi terjadi saat menonton TV. Klien S mengikuti kegiatan sosial di kampung serperti: pengajian setiap malam Jum’at.

1. **Sistem Pendukung Keluarga**

Jumlah anggota keluarga yaitu 5 orang yang terdiri dari KK, istri, 1 orang anak kandung yang terdiri dari 1 anak laki-laki dan 2 mertua yaitu mertua laki laki dan mertua perempuan

**3.1.4** **Struktur Keluarga**

**1.  Pola Komunikasi**

     Pola komunikasi efektif. Cara berkomunikasi yang sering diterapkan dalam keluarga yaitu secara langsung Dalam komunikasi,dengan menggunakan bahasa Minang. Interaksi  yang  berlangsung  biasanya hanya sekedar. Tidak ada konflik dalam keluarga tentang pola interaksi.

**2.  Struktur Kesehatan Keluarga**

Menurut Klien S, hanya Klien S  yang sakit dan anggota keluarga lainnya dalam keadaan sehat.

**3.  Struktur Peran**

Pembagian peran dalam anggota keluarga yaitu Klien S sebagai kepala keluarga, sebagai bapak untuk anaknya,dan sebagai pencari nafkah. Sedangkan anak sebagai anggota keluarga Tidak  ada  perubahan  peran  ataupun  konflik  ketidaksesuaian  peran  dalam keluarga.

**4. Nilai Dan Norma Dalam Keluarga**

Klien S bersuku  Minang. Dalam  keluarga  tidak  ada  nilai-nilai  tertentu  dan  nilai  agama  yang bertentangan dengan kesehatan karena menurut keluarga kesehatan merupakan hal yang penting.

**3.1.5**     **Fungsi Keluarga**

**1.  Fungsi Afektif**

Semua  anggota  keluarga  saling  menyayangi  dan  keluarga  merasa  bangga  apabila salah satu anggota  keluarga  berhasil.

**2.  Fungsi Sosialisasi**

Anggota keluarga tidak ada yang ikut dalam keanggotaan organisasi masyarakat dan tidak ada yang mempunyai kedudukan berpengaruh di masyarakat dalam keluarga Tn. S

**3.  Fungsi Ekonomi**

Keluarga dapat memenuhi kebutuhan makan 3 kali sehari, pakaian untuk anak dan biaya untuk berobat.

**4.  Fungsi Perawatan Kesehatan**

**Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan**

Cara atau metode pengambilan keputusan di keluarga yaitu secara musyawarah. Di dalam keluarga ini yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah Tn. S Di dalam masalah kesehatan dalam keluarga, diperlukan tenaga kesehatan seperti dokter/perawat  untuk  memecahkan  masalah  kesehatan  keluarga.  Anggota keluarga yang paling dipercaya kepada keluarga adalah ibu.

**Kemampuan mengenal masalah kesehatan**

Klien S kurang mengerti tentang tanda dan gejala penyakit TB yang pernah dideritanya.

**Merawat anggota keluarga yang sakit**

Anggota keluarga kurang mengerti tentang perawatan pada Tn. S Klien S sudahberhenti merokok karna merasa sesak nafas sejak 1 tahun lalu walaupun Tn. S tidak tau dan tidak mengerti tentang penyakit TB.

**Kemampuan keluarga memelihara lingkungan yang sehat**

Keluarga kurang mengerti tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dimana rumah terlihat bersih dan rapi

**Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat**

Jika terdapat anggota keluarga yang sakit, biasanya keluarga membawa ke fasilitas kesehatan seperti puskesmas, dokter praktek, bidan/mantri praktek.

**Pola Pemenuhan Aktivitas Sehari - Hari**

* 1. **Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi**

Menurut Tn.S pengadaan makanan sehari-hari dalam keluarga dengan memasak. Komposisi jenis makanannya adalah nasi, lauk pauk, protein hewani, dan protein nabati, sayuran, dan air minum. Cara penyajian makanan yaitu tertutup. Dalam keluarga Klien S tidak terdapat pantangan terhadap makanan. Pengelolaan air minum dalam keluarga  dengan  cara  membeli  air  aqua,  kebiasaan  keluarga  dalam  mengelola makanan  yaitu  dipotong  dahulu  kemudian  dicuci.  Kebiasaan  makan dalam keluarga yaitu sendiri-sendiri.

* 1. **Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur**

Dalam keluarga Tn S , anggota keluarga mempunyai kebiasaan tidur pada siang hari.  Selama ini tidak ada anggota keluarga yang mengalami kesulitan tidur.

* 1. **Pemenuhan Kebutuhan Rekreasi**

Keluarga tidak mempunyai kebiasaan rekreasi yang teratur karena tidak memiliki dana.  Dalam  keluarga  Tn S memanfaatkan  waktu  luangnya  dengan menonton tv saja di rumah. Keluarga Tn.S tidak memiliki waktu khusus untuk berolahraga biasanya olahraga yang dilakukan dengan jalan-jalan kecil dekat rumah.

**d. Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Diri**

Pemeliharaan kebersihan diri dalam anggota keluarga yaitu mandi 2x/hari, sikat gigi 3x/hari, cuci rambut1x/hari. Keluarga mandi dengan menggunakan sabun,sikat gigi menggunakan pasta gigi, dan cuci rambut menggunakan shampo.

**Stres Dan Koping Keluarga**

**Stress Jangka Pendek Dan Jangka Panjang**

(1)   Stressor jangka pendek

Klien mengeluh batuknya tidak mau sembuh

(2)   Stressor jangka panjang

Klien menderita pernyakit TB yang sudah lama apakah bisa sembuh dengan sempurna

**Kemampuan Keluarga Berrespon Terhadap Stressor**

Keluarga selalu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke Puskesmas atau petugas kesehatan

**Strategi Koping Yang Digunakan**

Anggota keluarga selalu bermusyawarah untuk menyelesaikan masalah yang ada.

**Strategi Adaptasi Disfungsional**

Jika sakit, Tn. S beristirarhat dan tidur.

**Pemeriksaan Fisik**

            Keadaan umum        : cukup

            Kesadaran                : composmentis

            BB/TB             `     : 51 kg/ 170 cm

TTV                        : TD : 120/80  mmHg, N : 80 x/mnt, RR: 25 X/mnt,

Suhu : 36°C

1. Kepala

Rambut bersih, warna hitam beruban, rontok, wajah agak pucat.

1. Mata

Conjungtiva merah muda, sklera putih

1. Hidung

Pernafasan cuping hidung

1. Mulut

mukosa bibir kering, gigi norrmal

1. Leher

tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe dan bendungan vena jugularis

1. Dada

Inspeksi  : tidak simetris antara dada kiri dan kanan ada tarikan intercostae

Palpasi : terdapat retraksi dinding dada

Perkusi : suara paru ronchi,

Auskultasi : suara nafas irregular

1. Perut

 Inspeksi : bulat datar,

Palpasi : hepar dan lien tak teraba

Perkusi : bising usus 12 x/ menit,.,

Auskultasi : suara perut timpani.

1. Ekstrimitas :   tidak ada odema pada ekstrimitas baik ekstrimitas bagian atas maupun ekstrimitas bagian bawah. Kulit :Hitam Kuku bersih dan terawat di potong bila panjang dan tidak terjadi trauma pada kuku

**Harapan Keluarga**

Keluarga berharap mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dari petugas kesehatan dan pengobatan secara maksimal untuk mengobati penyakitnya.

**3.1.6 ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data Fokus** | **Masalah Keperawatan** | **Kemungkinan Etiologi** |
| 1  2. | Data Subjektif :  -   Tn. S mengatakan tidak tau tentang penyakit TB  -   Tn. S mengatakan tidak tau cara pencegahan penularan, penyakit TB  -   Klien Tn S mengatakan obatnya hanya di minum selama 2 minggu.  Data Objektif :  -  Tn.S tampak bingung saat ditanya tentang penyakit TB  - Kesadaran compos mentis  -  Tanda-tanda  vital:  TD 120/80  mmHg,  Nadi 80 x/menit,  Pernafasan 25x/menit,  irreguler, bunyi nafas  sedikit  ronchi, Suhu 360C  -   Berat Badan 51 kg, TB 170 cm  Data Subjektif:  -  Tn. S   mengatakan  makan obat hanya 20 hari  -   Tn. S mengatakan batuknya sudah sembuh dan sekarang kambuh lagi akibat demam  -   Tn.  S mengatakan tidak harus minum obat 6 bulan  - Tn.S mengatakan tidak harus pemeriksaan dahak  Data Objektif:  -  Tekanan  Darah  120/80 mmHg,  Nadi  86 x/menit,  Pernafasan  25x/menit, bunyi paru terdengar sedikit bunyi ronki, Suhu 360C  -  Berat Badan: 51 kg  -  Tinggi Badan: 170 cm | Kurang pengetahuan keluarga  .   Ketidak Patuhan Tn.S dalam pengobatan | ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Tuberkulosis paru  Ketidak tahuan klien tentang pengobatan TB  Ketidaktahuan Proses Pengobatan TB |

**3.2. DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA**

1.    Kurang pengetahuan keluarga b.d ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Tuberkulosis paru

2.    Ketidak Patuhan Tn.S dalam pengobatan b.d Ketidaktahuan Proses Pengobatan TB

**3.3. INTERVENSI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Evaluasi** |
| 1 | Kurang pengetahuan keluarga b.d ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Tuberkulosis paru Resiko  terjadinya penularan  TB Paru  pada anggota  keluarga yang lain b.d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah penyakit yang di derita anggota keluarga  Ketidak Patuhan Tn.S dalam pengobatan b/d Ketidaktahuan Proses Pengobatan TB | -Tujuan Umum :  Setelah dilakukan  Tindakan keperawatan selama 3 hari  Diharapkan pengetahuan keluarga Tn.S  bertambah.  Setelah dilakukan  tindakan keperawatan selama 3 Hari diharapkan  Tn.S mau melanjutkn pengobatan sampai tuntas negan hasil BTA neg. | 1.  Menjelaskan  pengertian dan gejala serta penyebab dari  penyakit TB Paru.  2.  Tanyakan kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta  penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru  3.  Berikan pujian yang positif/jawaban yang tepat  4. Tanyakan kembali pada keluarga pengertian, tanda dan gejala serta  penyebab dan akibat dari penyakit 5. TB Paru Berikan pujian yang positif/jawaban yang tepat   1. Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB 2. 2.Jelaskan obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan 3. 3. Anjurkan pemeriksaan dahak follow up ke 2,5,AP | Respon verbal dari keluarga dengan menyebutkan  tentang pengertian  penyakit TB Paru, tanda dan gejala serta  penyebabnya  Respon verbal  dari keluarga  terkait pengertian,  penyebab, tanda dan gejala TB Paru. |

**3.4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | TGL | NO DX | JAM | IMPLEMENTASI | JAM | EVALUASI |
| 1 | 3 juli 2018 | 1 | 10.00 wib | 1. Menjelaskan  pengertian dan gejala serta penyebab dari pnyeakit TB Paru menggunakan media lembar balik  2.  Menanyakan  kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru  3.Memberikan pujian yang positif/jawaban yang tepat  4. Tanyakan kembali pada keluarga pengertian, tanda dan gejala serta  penyebab dan akibat dari penyakit  5. TB Paru Berikan pujian yang positif/jawaban yang tepat | 12.00 wib | S : Tn. S mengatakan tidak tau tentang penyakit TB  O : Tn.S tampak bingung saat ditanya tentang penyakit TB  A : Menjelaskan melalui lembar balik  P : Intervensi dilanjutkan  1. Menjelaskan  pengertian dan gejala serta penyebab dari penyakit TB Paru.  2.  Menanyakan  kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru  3. Memberikan pujian yang positif/jawaban yang tepat |
| 2 | 3 juli 2018 | 2 | 1. wib | 1. Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB   1. 2.Jelaskan obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan   3. Anjurkan pemeriksaan dahak follow up ke 2 | 12.00 wib | S : Klien mengatakan tidak mengetahui tentang obat-obatan TB dan efek samping yang akan timbul jika gagal dalam pengobatan  O : Tn.S tampak bingung saat ditanya tentang obat-obatan TB pase awal dan Fase lanjutan pengobatan TB  A : Diberikan buku panduan pengobatan OAT  P : Intervensi Dilanjutkan  1.Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB  2.Jelaskan obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan  3. Menganjurkan pemeriksaan dahak follow up bulan ke 2,5, AP |

**Catatan Perkembangan Pasien Hari Ke 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | TGL | NO DX | JAM | IMPLEMENTASI | JAM | EVALUASI |
| 1 | 4 juli 2018 | 1 | 10.00 wib | 1. Menjelaskan kembali pengertian dan gejala serta penyebab dari penyakit TB Paru menggunakan media lembar balik  2.  Menanyakan  kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru  3. Memberikan pujian yang positif/jawaban yang tepat  4. Tanyakan kembali pada keluarga pengertian, tanda dan gejala serta  penyebab dan akibat dari penyakit  5. TB Paru Berikan pujian yang positif/jawaban yang tepat | 12.00 wib | S : Tn. S mengatakan sudah mulai mengetahui tentang penyakit TB  O : Tn.S tampak sudah mulai tau saat ditanya tentang penyakit TB  A : Menjelaskan melalui lembar balik  P : Intervensi Tinggalkan liflet   1. Mengulangi Kembali Menjelaskan   pengertian dan gejala serta penyebab dari penyakit TB Paru.  2.  Menanyakan  kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru  3. Memberikan pujian yang positif/jawaban yang tepat |
| 2 | 4 juli 2018 | 2 | 1. wib | 1.Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB menggunakan media lembar balik   1. 2.Jelaskan obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan   3. Anjurkan pemeriksaan dahak follow up ke bln 2 | 12.00 wib | S : Klien mengatakan tidak mengetahui tentang obat-obatan TB dan efeksamping yang akan timbul jika gagal dalam pengobatan  O : Tn.S tampak bingung saat ditanya tentang obat-obatan TB dan Fase lanjutan pengobatan TB  A : Menjelaskan melalui limbar balik  P : Intervensi Tinggalkan liflet  1.Mengulani Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB  2.Menjelaskan Kembali obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan  3. Mengingatkan Menganjurkan pemeriksaan dahak follow up bulan ke bln 2,5 AP |

**Catatan Perkembangan Pasien Hari Ke 3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | TGL | NO DX | JAM | IMPLEMENTASI | JAM | EVALUASI |
| 1 | 5 juli 2018 | 1 | 10.00 wib | 1. Menjelaskan kembali  pengertian dan gejala serta penyebab dari penyakit TB Paru menggunakan media lembar balik  2.  Menaanyakan  kembali tentang pengertian, tanda dan gejala serta penyebab dan akibat dari penyakit TB Paru  3.Memberikan pujian yang positif/jawaban yang tepat  4. Tanyakan kembali pada keluarga pengertian, tanda dan gejala serta  penyebab dan akibat dari penyakit  5. TB Paru Berikan pujian yang positif/jawaban yang tepat | 12.00 wib | S : Tn. S mengatakan sudah mulai mengetahui tentang penyakit TB  O : Tn.S tampak sudah tau saat ditanya tentang penyakit TB  A : Menjelaskan kembali melalui limbar balik  P : Intervensi Tinggalkan liflet |
| 2 | 5 juli 2018 | 2 | 1. Wib | 1. Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB menggunakan media lembar balik   1. 2.Menjelaskan kembali obat-obatan yang di konsumsi selama 8 Bulan   3.Mengingatkan Kembali Meganjurkan pemeriksaan dahak follow up bln ke 2,5 dan AP | 12.00 wib | S : Klien mengatakan tidak mengetahui tentang obat-obatan TB dan efeksamping yang akan timbul jika gagal dalam pengobatan  O : Tn.S tampak bingung saat ditanya tentang obat-obatan TB dan Fase awal dan lanjutan pengobatan TB  A : Memberikan buku panduan OAT  P : Intervensi Dilanjutkan  1.Mengulangi Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB  2.Menjelaskan Kembali obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan  3. Mengingatkan dan Menganjurkan pemeriksaan dahak follow up bln ke 2,5 dan AP |

**3.5 Evaluasi**

Evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan di dapatkan data sabjektif kelurga Tn.S mengatakan sudah paham mengenai TB paru penyebabnya,tanda dan gejalanyadan cara pencegahannya.Data objektif klien dan keluarga memahami tuberculosis paru, keluarga sangat kooperatif dan semangat dalam mengikuti pendidikan kesehatan.

Pada diagnosa ke-2 Ketidak Patuhan Tn.S dalam pengobatan b/d Ketidaktahuan Proses Pengobatan TB sudah sesuai dengan teoritis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena ketidak patuhan Tn.S dalam pengobatan sehingga dalam pengisian kartu kunjungan TB 01 pengisiannya tidak lengkap dan tidak memenuhi standar DOTS pengobatan TB.

Ketidak patuhan Tn.S dalam pengambilan obat tidak sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh petugas TB Puskesmas Koto Berapak. Rencana tindakan yang dilakukan kepada Tn.S pada diagnosa ke-2 yaitu : Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB, Jelaskan obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan,Anjurkan pemeriksaan dahak follow up ke 2.

Dalam melakukan implementasi keperawatan pada Tn.S pada diagnosa ke-2 masalah belum teratasi karena Tn.S masih dalam pengobatan lanjut dan belum melaksanakan follw up akhir pengobatan.

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan Tuberkulosis Paru, di wilayah kerja Puskesmas Koto Berapak. Maka pada bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara teori dengan kasus. Adapun Pembahasan ini sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan dimana penulis berusaha mengkaji klien secara menyeluruh melalui aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Hasil pengkajian berupa data dasar, data khusus, data penunjang, pemeriksaan fisik, membaca catatan medik dan catatan keperawatan. Pada tahap pengkajian ada kesenjangan antara teori dan kasus. Pada kasus klien tidak mengetahui penyebab terulang terjadinya Tuberkulosis Paru, sedangkan pada teori etiologi dari Tuberkulosis adalah Mycobakterium tuberculosis. Pada tanda dan gejala terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori terdapat tanda: Batuk-batuk dengan atau tanpa sputum lebih dari 2 minggu, malaise (ketidaknyamanan), gejala flu, nyeri dada, batuk darah, demam malam hari dan pagi hari, keringat malam, hilangnya nafsu makan, penurunan berat badan sedangkan Pada kasus tidak terdapat tanda batuk berdarah.

77

Penatalaksanaan medis terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus. Dalam teori pada test dignostik yaitu Kultur sputum, Ziehl-Neelsen, Tes kulit (PPD, Mantoux, potongan vollmer), ELISA/western Blot, Foto torak, Histologiatau kultur jaringan termasuk pembersihan gaster Biopsi jarum pada jaringan paru*,* GDA, Pemeriksaan fungsi paru*.* Sedangkan pada kasus klien hanya mendapatkan pemeriksaan Rontgen, pemeriksaan BTA dan Pemeriksaan Darah Lengkap. Pada pemberian terapi dalam teori pada Tuberkulosis Paru adalah DAT (obat anti TB): INH isonosid), rifampisin ( R ), para sinamid ( z ), streptomoisin (S), etambatol ( E ), 10-20 mg/kg/hri selama 18 s/d 24 bulan, Konversi sputum positif menjadi negative. Dalam kasus klien hanya mendapatkan terapi FDC kategori II.

Faktor pendukung tersedia buku referensi yang mendukung dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, serta saat pengkajian yaitu klien sangat kooperatif.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa pertama, Kurang pengetahuan keluarga berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Tuberkulosis paru: Tuberkulosis paru sudah sesuai dengan teoritis, yang mana didalam teori diagnosa nya juga Kurang pengetahuan keluarga berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Tuberkulosis paru, dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus.

Diagnosa ini di angkat karna pada pengkajian wawancara,keluarga mengatakan tidak mengetahui penyakit Tuberculosis paru,cara pencegahan ,cara pengobatan dari data objektif Ny.S terlihat binggung tentang penyakit Tuberculosis paru. Keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan karena hanya sedikit yang mereka ketahui mengenai TB paru dan tidak tau cara penularan,pencegahan, dan pengobatannya Diagnosa keperawatan tersebut penulis buat sebagai diagnosa aktual.

* 1. **Intervensi**

Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah memberikan pendidikan kesehatan mengenai tuberculosis paru. selain itu penulis juga mengkaji dan mengajari keluarga dalam merawat,Memodifikasi lingkungan,dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori yang ada.

* 1. **Implementasi**

Dalam melakukan implementasi, penulis memberikan pendidikan kesehatan mengenaituberkulosis paru dengan menjelaskan pengertian penyebab tanda dan gejala cara pencegahan tuberculosis paru sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dan tidak ada kendala dalam melakukan implementasi kepada pasien.

* 1. **Evaluasi**

Evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan di dapatkan data sabjektif kelurga Tn.S mengatakan sudah paham mengenai TB paru penyebabnya,tanda dan gejalanyadan cara pencegahannya.Data objektif klien dan keluarga memahami tuberculosis paru, keluarga sangat kooperatif dan semangat dalam mengikuti pendidikan kesehatan.

Pada diagnosa ke-2 Ketidak Patuhan Tn.S dalam pengobatan b/d Ketidaktahuan Proses Pengobatan TB sudah sesuai dengan teoritis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena ketidak patuhan Tn.S dalam pengobatan sehingga dalam pengisian kartu kunjungan TB 01 pengisiannya tidak lengkap dan tidak memenuhi standar DOTS pengobatan TB.

Ketidak patuhan Tn.S dalam pengambilan obat tidak sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh petugas TB Puskesmas Koto Berapak. Rencana tindakan yang dilakukan kepada Tn.S pada diagnosa ke-2 yaitu : Memberikan Penkes Tentang kepatuhan klien dalam pengobatan TB, Jelaskan obat-obat yang di konsumsi selama 8 Bulan,Anjurkan pemeriksaan dahak follow up ke 2.

Dalam melakukan implementasi keperawatan pada Tn.S pada diagnosa ke-2 masalah belum teratasi karena Tn.S masih dalam pengobatan lanjut dan belum melaksanakan follw up akhir pengobatan.

**BAB V**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**
     1. **Pengkajian**

Pada tahap pengkajian terdapat kesenjangan antara teori dan kasus antara etiologi dan menifestasi klinis.

Pada tahap pengkajian ada kesenjangan antara teori dan kasus. Pada kasus klien tidak mengetahui penyebab terulang terjadinya Tuberkulosis Paru, sedangkan pada teori etiologi dari Tuberkulosis adalah Mycobakterium tuberculosis.

Pada Tanda dan gejala terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori terdapat tanda dan gejala batuk berdarah dan nyeri dada sedangkan pada kasus tidak muncul.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, jika pada teori dalam terdapat 2 diagnosa keperawatan, dan pada kasus penulis menemukan juga 2 diagnosa keperawata keluarga. Semua Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori juga terdapat pada kasus.

* + 1. **Intervensi**

Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada tujuan dan kriteria hasil penulis menggunakan metode *wawancara* dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan ini disesuaikan dengan teori yang digunakan.

81

* + 1. **Implementasi**

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan, penulis menyesuaikan dengan kondisi klien dan pelaksanaan tersebut dilakukan selama 3 x 24 jam. Untuk melaksanakan tindakan yang belum penulis laksanakan, penulis melakukan kerjasama dengan keluarga dan mendelegasikan tindakan tersebut pada keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

**5.1.5 Evaluasi**

Pada 2 diagnosa yang penulis angkat, pada diagnosa satu diagnosa belum teratasi sesuai waktu yang ditetapkan, dan pada diagnosa ke 2 diagnosa tersebut belum teratasi sebagian karena pasien masih dalam pengobatan lanjut dan belum melaksanakan follw up akhir pengobatan . Supaya semua masalah teratasi, penulis mendelegasikan rencana tindakan yang telah disusun kepada keluarga klien.

1. **Saran**
2. Dalam memberikan asuhan keperawatan dilaksanakan secara komprehensif dengan melibatkan keluarga secara aktif setiap tahap untuk keberhasilan tindakan keperawatan keluarga.
3. Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan di masyarakat untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan cara aktif memcari masalah kesehatan yang ada dimasyarakat sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.
4. Untuk meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai kesehatan maka diperlukan pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada keluarga.

**DAFTAR PUSTAKA**

A. Alimul Aziz Hidayat, 2009. **Pengantar Konsep Dasar Keperawatan**, Penerbit Salemba Madika, Jakarta.

Andra F.S & Yessie M.P 2013, **Keperawatan Medikal Bedah**, Penerbit Nuha Medika, Yogyakarta

A.  Price Sylvia, M. Lorainne Wilson 2012, **Patofisiologis: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit**, edisi ke 6, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.

Aru Sudoyono W, Dkk 2009, **Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam** edisi ke 5, Penerbit Buku Kedokteran, Internal Publishing, Jakarta.

C. Evelyn Pearce, 2011. **Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia Untuk Paramedis**, Penerbit Internal, Jakarta.

Dr.Widyono, 2011. **Penyakit Tropis: epidemiologi, penularan, pencegahan & Pemberantasannya,** edisi ke 2, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Muttaqin Arif 2009**. Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan** , Penerbit Salemba Medika, Jakarta.

Naga S. Sholeh 2014, **Paduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam**, Penerbit Diva Press, Yogyakarta.

Syaifuddin, 2011. **Fisiologi Tubuh Manusia,** Penerbit Salemba Medika, Jakarta.

