

## ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY “F” DENGAN TB MDR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SABRANG JEMBER

Muhammad Kholilullah<sup>1</sup>, Susi Wahyuning Asih<sup>2</sup>

1). Mahasiswa Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

2). Dosen Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

### ABSTRAK

Tujuan kajian ini adalah untuk menerapkan Asuhan Keperawatan pada keluarga yang menderita TB MDR, dengan penjabaran sebagaimana berikut: *Pertama*, mampu melakukan pengkajian pada keluarga dengan TB MDR. *Kedua*, Mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada keluarga dengan TB MDR berdasarkan data-data yang diperoleh. *Ketiga*, menggambarkan perencanaan keperawatan dalam mengelola keluarga dengan TB MDR. *Keempat*, melakukan tindakan keperawatan pada keluarga sesuai dengan diagnosis yang ada. *Kelima*, mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada keluarga dengan TB MDR. Sedangkan metode kajian yang digunakan adalah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan, maka dapat disimpulkan: *Pertama*, hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. F menderita Tuberculosis sejak 7 bulan yang lalu, dan belum optimal dalam melaksanakan fungsi keperawatan keluarga yakni kurang pengetahuan tentang masalah kesehatan yang dialami, pengambilan keputusan yang kurang tepat berkaitan dengan program terapeutik yang dijalani, perawatan anggota keluarga yang sakit kurang disebabkan kurangnya pengetahuan, pemeliharaan keadaan rumah yang kurang maksimal akibat kurangnya ventilasi dan pencahayaan. *Kedua*, diagnosis Keperawatan yang ditemukan antara lain hambatan pemeliharaan rumah yang berhubungan dengan kurangnya ventilasi dan pencahayaan, risiko infeksi yang berhubungan dengan paparan organisme patogen lingkungan, dan kesiapan peningkatan coping keluarga. *Ketiga*, intervensi keperawatan yang berpatokan pada lima tugas keperawatan keluarga dilakukan dengan pemberian pendidikan kesehatan melalui metode ceramah dengan menggunakan media pamflet, melakukan diskusi bersama keluarga mengenai masalah keperawatan yang dialami, mengajarkan cara teknik napas dalam dan etika batuk dengan metode demonstrasi, serta pemberian motivasi untuk mengubah perilaku keluarga menjadi lebih sehat. *Keempat*, implementasi Keperawatan dilakukan dengan cara membina hubungan baik dengan keluarga, dengan membina hubungan baik dan rasa saling percaya. keluarga akan terbuka dengan masalah keperawatan yang dialami dan keluarga akan kooperatif dengan semua intervensi yang diberikan. Dengan membina hubungan baik juga health education dapat diberikan secara santai namun dapat diterima dengan baik. *Kelima*, evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 5, 6, dan 7 Februari 2021 didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam melaksanakan fungsi keperawatan keluarga.

**Kata Kunci:** Asuhan Keperawatan, Keluarga dan TB MDR

## 1. PENDAHULUAN

Tuberculosis Paru merupakan penyakit yang sangat cepat ditularkan. Cara penularan TB Paru yaitu melalui percikan dahak pada saat pasien batuk atau bersin terutama pada orang di sekitar pasien seperti keluarga yang tinggal serumah dengan pasien. (Wahyudianto, 2019) Tuberculosis Paru adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman Tuberculosis menyerang paru tapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya. (Maesaroh, 2016)

Multi Drug Resistance Tuberculosis (atau MDR TB) adalah salah satu jenis resistensi bakteri TB terhadap minimal dua obat anti TB lini pertama, yaitu Isoniazid dan Rifampicin yang merupakan dua obat TB yang paling efektif. TB MDR menjadi tantangan baru dalam program pengendalian TB karena penegakan diagnosis yang sulit, tingginya angka kegagalan terapi dan kematian. Diperkirakan prevalensi TB MDR di Indonesia pada tahun 2004 adalah sebesar 8.900 kasus. 2% kasus TB MDR diperkirakan berasal dari kasus TB baru dan 14,7% dari kasus TB yang mendapatkan pengobatan ulang. Perkiraan ini mendekati temuan survei resistensi obat pertama di Indonesia yang dilaksanakan di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2006 (WHO, 2012).

World Health Organisation (WHO) sejak tahun lalu (2010) hingga Maret 2011 Indonesia tercatat 430.000 penderita TBC dengan korban meninggal 61.000. Jumlah ini lebih kecil dibandingkan kejadian tahun 2009 yang mencapai 528.063 penderita TBC dengan 91.369 orang meninggal (WHO, 2012).

Pada tahun 2008, WHO memperkirakan bahwa terdapat sekitar 440.000 kasus TB MDR setiap tahunnya di dunia dengan angka kematian sekitar 150.000. Dari jumlah tersebut baru sekitar 8,5% yang telah ditemukan dan diobati. Di WHO SEARO (the South-East Asia Region) angka TB MDR adalah 2,8% dari kasus TB baru dan 18,8% dari kasus TB dengan pengobatan ulang. Indonesia menduduki rangking ke 5 dari 22 negara-negara yang mempunyai beban tinggi untuk TB dan memberikan kontribusi jumlah kasus TB di dunia sebesar 4,7%. Di negara yang termasuk dalam daftar ini minimal diperkirakan terdapat 4000 kasus TB MDR atau sekurang-kurangnya 10% dari seluruh kasus baru TB MDR. Laporan WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2008

kasus TB MDR di Indonesia sebesar 6.427. Angka tersebut merujuk pada perkiraan angka TB MDR sebesar 2% dari kasus TB baru dan 20% dari kasus TB pengobatan ulang (WHO, 2010).

Resistensi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sangat erat hubungannya dengan riwayat pengobatan sebelumnya. Pasien yang pernah diobati sebelumnya mempunyai kemungkinan resisten 4 kali lebih tinggi dan untuk TB MDR 10 kali lebih tinggi dari pada pasien yang belum pernah menjalani pengobatan. Prevalensi kekebalan obat secara tidak bergejala sebelumnya sehingga dapat menularkan penyakitnya sebelum ia menjadi sakit. Oleh karena itu prevalensi TB MDR dapat 3 kali lebih besar dari insidennya sebenarnya yaitu mendekati atau melampaui 1 juta. Harus diakui bahwa pengobatan terhadap tuberkulosis dengan resistensi ganda ini amat sulit dan memerlukan waktu yang lama bahkan sampai 24 bulan. Faktor ketidakpatuhan pasien TB dalam pengobatan diyakini menjadi faktor utama dan pengobatan tidak adekuat juga menjadi penyebab terjadinya TB MDR. Ketidakpatuhan minum obat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor eksternal yaitu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, usia, merokok, kepadatan hunian, status gizi, sosial ekonomi dan perilaku (WHO, 2010).

Khusus di Indonesia TB MDR termasuk masalah baru, dan penanganan TB MDR masih rendah dan salah satu alasan masih rendahnya cakupan pengobatan TB adalah ketidak teraturan pada saat minum obat yang menyebabkan pasien penderita TB di Indonesia menjadi TB MDR. Hasil surveillence mengenai resistensi kuman TB sebesar 12,6% terjadi karena ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat selama masa pengobatan. Ketidakpatuhan ini menyebabkan kuman menjadi resisten. Ketidakpatuhan pasien TB Paru dalam hal pengobatan dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, seperti obat, penyakit dan penderitanya sendiri. Faktor obat terdiri dari panduan obat yang tidak adekuat, dosis obat yang tidak cukup, tidak teratur minum obat, jangka waktu pengobatan yang kurang dari semestinya, dan terjadi resisten obat. Faktor penyakit biasanya disebabkan oleh lesi yang terlalu luas, adanya penyakit lain yang mengikuti, adanya gangguan imunologis. Faktor yang terakhir adalah masalah penderita sendiri, seperti kurangnya pengetahuan mengenai TB Paru, malas berobat, dan merasa sudah sembuh (DepKes, 2010).

Berdasarkan data dari Puskesmas Sabrang, pada tahun 2018 pasien dengan kasus TB MDR terdapat 26 pasien dan 28 pasien dengan kasus TB. Sedangkan pada tahun 2019 pasien meningkat menjadi 29 untuk kasus TB MDR dan 31 pasien dengan kasus TB, Sedangkan dari Januari sampai Juli 2018 pasien dengan kasus TB MDR adalah 29 pasien sedangkan dengan kasus TB terdapat 31 pasien.

## **2. TUJUAN KAJIAN**

Tujuan kajian ini adalah untuk menerapkan Asuhan Keperawatan pada keluarga yang menderita TB MDR, dengan penjabaran sebagaimana berikut: *Pertama*, mampu melakukan pengkajian pada keluarga dengan TB MDR. *Kedua*, Mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada keluarga dengan TB MDR berdasarkan data-data yang diperoleh. *Ketiga*, menggambarkan perencanaan keperawatan dalam mengelola keluarga dengan TB MDR. *Keempat*, melakukan tindakan keperawatan pada keluarga sesuai dengan diagnosis yang ada. *Kelima*, mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada keluarga dengan TB MDR.

## **3. METODE KAJIAN**

Karya tulis ini menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Sabrang Jember yang dilaksanakan pada bulan Februari 2021. Penulis mengambil kasus keperawatan keluarga dengan kasus TB MDR karena di wilayah puskesmas Sabrang karena terdapat banyak keluarga dengan penderita TB MDR yang masih belum mengerti tentang penyakit yang di deritanya dan bagaimana cara pencegahan penularan penyakit itu sendiri.

#### **4. HASIL DAN PEMBAHASAN**

Hasil kajian dan pembahasan menunjukkan bahwa Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny.F dijabarkan dalam penjelasan di bawah ini:

##### **A. Pengkajian**

Pengkajian keluarga merupakan suatu tahapan perawat mengambil informasi dari keluarga dengan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan keluarga yang dibina. (Susanto, 2012). Sehari sebelum melakukan pengkajian, penulis menyusun pre planning, pada pre planning tujuan kunjungan pertama ini adalah untuk mengumpulkan data terkait masalah kesehatan keluarga, di antaranya adalah identitas umum keluarga, riwayat penyakit dan tahap perkembangan keluarga, pengkajian lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan coping keluarga, keadaan gizi keluarga, harapan keluarga, dan pemeriksaan fisik. Pada pre planning kegiatan pengkajian akan dilaksanakan pada tanggal 5 februari 2021 bertempat di rumah keluarga Ny.F dengan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik dengan sasaran seluruh anggota keluarga Ny.F.

Proses pengkajian pada keluarga Ny.F dilakukan pada hari Senin, 5 februari 2021, bertempat di kediaman keluarga Ny.F, pada kunjungan pertama dilakukan pengkajian dengan waktu 60 menit atau satu jam. Data diperoleh dengan cara wawancara atau anamnesa dengan menanyakan langsung kepala keluarga dan observasi dengan mengamati keadaan keluarga serta pemeriksaan yang dilakukan terhadap anggota keluarga. Proses pengkajian pada Ny.F berjalan dengan lancar karena keluarga Ny.F sangat kooperatif dan mampu menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan dengan rinci. Namun ada beberapa data pengkajian yang belum dapat diperoleh karena kontrak waktu yang telah disepakati telah habis. Jika berdasarkan pre planning yang telah dibuat, seharusnya pada kunjungan pertama ini seluruh data pengkajian dapat diperoleh, namun pada saat pengkajian berlangsung, peneliti hanya dapat memperoleh data antara lain identitas umum keluarga, riwayat penyakit dan tahap perkembangan keluarga, pengkajian lingkungan, struktur keluarga, serta stres dan coping keluarga. Untuk data keadaan gizi keluarga, harapan keluarga, dan data pemeriksaan fisik tidak diperoleh karena keterbatasan waktu sehingga pengkajian dilanjutkan pada kunjungan kedua.

## B. Diagnosis keperawatan

Sesuai dengan yang tertera di pre planning, pada pertemuan kedua, penulis mulai mengkaji terkait keluhan utama yang dirasakan keluarga Ny. F melalui pengelompokan data subjektif dan objektif untuk menentukan diagnosis keperawatan. Setelah diperoleh beberapa diagnosis, maka penulis akan mengurutkan diagnosis dari diagnosis dengan prioritas utama menggunakan skoring masalah. Berdasarkan data-data yang didapatkan, pada kunjungan kedua penulis menemukan beberapa masalah keperawatan atau diagnosis yang dialami oleh keluarga Ny. F. yang dirumuskan dengan cara mengelompokkan data antara data subjektif dan objektif, setelah data terbagi penulis menginterpretasikan data menjadi sebuah diagnosis atau masalah keperawatan, setelah muncul masalah keperawatan penulis menentukan kemungkinan penyebab masalah terjadi, dan setelah semua terkumpul, penulis merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan identifikasi masalah dan kemungkinan penyebab. Rumusan diagnosis yang ditemukan antara lain:

1. Hambatan pemeliharaan rumah berhubungan dengan kurangnya ventilasi dalam rumah di tandai dengan ventilasi jarang di buka
2. Risiko infeksi b.d dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
3. Kesiapan peningkatan koping keluarga berhubungan dengan semangat untuk kembali sehat di tandai dengan pasien sabar dan semangat menjalani pengobatan dengan dukungan dari keluarga (suami

Dalam menentukan diagnosis keperawatan prioritas, penulis melakukan skoring masalah. Diagnosis pertama yang dilakukan skoring adalah Hambatan pemeliharaan rumah berhubungan dengan kurangnya ventilasi dalam rumah di tandai dengan ventilasi jarang di buka. Pada sifat masalah, penulis menganggap masalah tersebut adalah aktual atau defisit kesehatan karena masalah tersebut telah terjadi ditandai dengan keadaan rumah keluarga Ny. F lembab, kotor, kurang ventilasi udara, serta penataan barang yang tergolong berantakan membuat keadaan rumah kumuh. Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian atau cukup sulit. dikarenakan masalah tersebut terjadi karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang PHBS Rumah Tangga serta keuangan keluarga tidak memadai. Potensi masalah untuk dicegah cukup, Potensi untuk dicegah

rendah karena keluarga dan pasien sudah lama sibuk bekerja. Menonjolnya masalah keluarga Ny. F tidak menyadari hal tersebut sebagai masalah ditandai dengan sikap acuh mereka terhadap keadaan rumah yang sedemikian rupa. Dari skoring tersebut jumlah skor total pada diagnosis ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga adalah  $4 \frac{1}{3}$ .

Diagnosis keperawatan selanjutnya adalah Risiko infeksi berhungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Pada sifat masalah penulis menganggap masalah tersebut ancaman kesehatan atau risiko, karena masalah tersebut belum terjadi, hal tersebut ditandai dengan Ny. F yang tidak memakai Masker dalam aktivitas sehari-hari namun belum ada tanda-tanda penularan infeksi terhadap Tn. Y sebagai anggota keluarga. Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian atau cukup sulit, dikarenakan masalah tersebut terjadi karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang penularan TB MDR. Potensi masalah untuk dicegah cukup, melihat tingkat pendidikan keluarga Ny. F yang tergolong rendah, yakni SD. Menonjolnya masalah keluarga Ny. F tidak menyadari hal tersebut sebagai masalah ditandai dengan ketidaktahuan keluarga tentang risiko apabila perilaku tersebut tetap dilakukan. Dari skoring tersebut jumlah skor total pada diagnosis risiko infeksi pada keluarga adalah  $2 \frac{1}{3}$ .

Diagnosis selanjutnya adalah Kesiapan peningkatan coping keluarga Berhubungan Dengan semangat untuk kembali sehat Di tandai Dengan pasien sabar dan semangat menjalani pengobatan dengan dukungan dari keluarga (suami). Pada sifat masalah penulis menganggap masalah tersebut kurang sehat, karena masalah tersebut sudah terjadi, hal tersebut ditandai dengan Ny. F yang masih memiliki semangat untuk kembali sehat seperti sedia kala. Kemungkinan masalah dapat di cegah adalah sebagian, karena keluarga belum mengerti untuk memotivasi pasien. Potensi masalah untuk di cegah adalah rendah karena kurang lebih 4 bulan yang lalu Ny. F di diagnosis TB MDR, menonjolnya masalah harus benar-benar di tangani karena jika pasien tidak teratur minum obat maka akan memperlambat masa penyembuhannya. Dari skoring tersebut jumlah skor total pada diagnosis kesiapan peningkatan coping pada keluarga adalah  $1 \frac{1}{4}$ .

### C. Intervensi

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Perencanaan keperawatan juga dapat diartikan juga sebagai suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. (Widadgo, 2016)

Sesuai dengan apa yang disusun dalam pre planning, setelah di dapat prioritas masalah keperawatan, Tahapan perencanaan keperawatan yang penulis lakukan yang pertama ialah menetapkan tujuan rencana keperawatan, menentukan kriteria hasil dan merumuskan intervensi keperawatan.

Perumusan rencana keperawatan atau intervensi pada kasus keluarga Ny, F mengacu kepada lima tugas keperawatan keluarga, di mana menurut Achajar (2010) lima tugas keperawatan keluarga yang pertama kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apa pun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya. Kedua, kemampuan keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat. Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan merumuskan sebuah tindakan. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya. Ketiga, kemampuan keluarga memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Sering kali keluarga mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi



pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama. Keempat, kemampuan keluarga mempertahankan suasana rumah yang sehat. Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu yang lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah harus dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga. Kelima, kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

Pada masalah keperawatan Hambatan pemeliharaan rumah Berhubungan dengan kurangnya ventilasi dalam rumah ditandai dengan ventilasi jarang di buka. Pada sifat masalah, penulis menganggap masalah tersebut adalah aktual atau defisit kesehatan karena masalah tersebut telah terjadi ditandai dengan keadaan rumah keluarga Ny. F lembab, kotor, kurang ventilasi udara, serta penataan barang yang tergolong berantakan membuat keadaan rumah kumuh. Perencanaan intervensi pada masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga yang akan diberikan oleh penulis adalah pendidikan kesehatan tentang PHBS Rumah Tangga, pemberian motivasi kepada keluarga agar dapat menerapkan PHBS dalam kehidupan sehari-hari melalui metode ceramah, diskusi dan demonstrasi. Peningkatan pengetahuan tersebut diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan menambah motivasi keluarga dalam menerapkan PHBS Rumah Tangga.

Perencanaan intervensi pada masalah keperawatan Hambatan pemeliharaan Rumah yang akan diberikan oleh penulis adalah pendidikan kesehatan tentang PHBS Rumah Tangga, pemberian motivasi kepada keluarga agar dapat menerapkan PHBS dalam kehidupan sehari-hari melalui metode ceramah, diskusi dan demonstrasi. Peningkatan pengetahuan tersebut diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan menambah motivasi keluarga dalam menerapkan PHBS Rumah Tangga.

Adenan (20) menyebutkan jika perubahan perilaku didasari dengan adanya perubahan peningkatan pengetahuan, sikap, atau keterampilan.

#### D. Implementasi

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. (Widadgo, 2016)

Tahap pelaksanaan pada kasus keluarga Ny. F dimulai pada ketiga kunjungan . di mana dalam pre planning disebutkan tujuan kunjungan ketiga adalah melaksanakan intervensi yang telah disusun meliputi: pemberian nursing treatment, monitoring, dan evaluasi, serta edukasi pada seluruh anggota keluarga. Di mana pelaksanaan intervensi ini tak luput dari lima tugas keperawatan keluarga yakni mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan atau suasana rumah yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Tahap pelaksanaan ini dilakukan dengan metode wawancara, diskusi, pemberian tindakan, dan pemberian reinforcement positif terhadap keluarga. Media yang digunakan adalah pamflet. Sesuai dengan pre planning yang telah dibuat, pada ketiga kunjungan implementasi pertama diagnosis hambatan pemeliharaan rumah, pada aspek kognitif penulis melakukan diskusi bersama keluarga dan menjelaskan mengenai masalah yang dapat terjadi akibat keadaan rumah yang tidak sehat, menjelaskan kepada keluarga tentang PHBS rumah tangga, menjelaskan kepada keluarga tujuan dan manfaat pemasangan genteng kaca, dan melakukan monitoring tentang pengetahuan keluarga mengenai PHBS rumah tangga. Untuk aspek afektif, penulis menganjurkan keluarga Ny. F agar memasang genteng kaca dan menambah jendela sebagai ventilasi udara dan melakukan monitoring terhadap penerapan PHBS rumah tangga keluarga Ny. F. Dan untuk aspek psikomotor, penulis melakukan monitoring terhadap kebersihan lingkungan.

Pada kunjungan kedua implementasi pertama untuk Risiko infeksi, pada aspek kognitif penulis melakukan diskusi bersama keluarga dan menjelaskan tentang pencegahan penularan Tuberculosis Paru, menjelaskan kepada keluarga tentang manfaat dan tujuan menggunakan masker dalam aktivitas sehari-hari, dan melakukan monitoring terhadap tanda-tanda penularan penyakit pada setiap anggota keluarga. Untuk aspek afektif penulis menganjurkan keluarga khususnya Ny. F menggunakan masker dalam aktivitas sehari-hari. Dan untuk aspek psikomotor, penulis melakukan monitoring terhadap penerapan etika batuk dan penggunaan masker dalam aktivitas sehari-hari..

Pada kunjungan ketiga implementasi kedua untuk diagnosis kesiapan peningkatan coping keluarga, penulis memberi dukungam keterlibatan keluarga dalam merawat dan menjaga pasien dengan cara yang tepat, mendukung kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan, Mendukung aktivitas-aktivitas sosial dan komunitas, mendukung penggunaan sumber-sumber spiritual, mendorong keluarga untuk selalu rutin berobat ke pelayanan kesehatan, Setelah itu penulis juga melakukan monitoring atau observasi terhadap kepatuhan Ny. F terhadap jadwal minum obat. Sedangkan untuk aspek psikomotor, penulis melakukan monitoring terhadap kemampuan keluarga dalam menyiapkan dan menjadwalkan OAT.

Pada kunjungan ketiga implementasi kedua untuk diagnosis ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga, pada aspek kognitif, penulis mengulang kembali penjelasan tentang PHBS Rumah Tangga, dan melakukan monitoring tentang pengetahuan keluarga mengenai PHBS rumah tangga. Untuk aspek afektif, penulis memberikan motivasi kepada keluarga untuk menerapkan PHBS dalam kehidupan sehari-hari, memberikan keluarga kesempatan untuk bertanya. memberikan pujian terhadap keluarga, melakukan diskusi bersama keluarga untuk mengambil keputusan tentang tatanan rumah yang lebih baik, dan melakukan monitoring terhadap penerapan PHBS rumah tangga. Dan pada aspek psikomotor, penulis melakukan monitoring terhadap kesabaran dan semangat Ny. F dalam meminum OAT yang sudah agak membosankan pasien.

Pada kunjungan ketiga implementasi kedua untuk Risiko infeksi, pada aspek kognitif, penulis mengulang kembali penjelasan tentang pencegahan penularan TB

MDR, menjelaskan kepada keluarga tentang manfaat penerapan etika batuk, dan melakukan monitoring tentang pengetahuan keluarga mengenai pencegahan penularan TB MDR, serta melakukan monitoring terhadap tanda-tanda penularan penyakit Tuberculosis pada anggota keluarga. Pada aspek afektif, penulis membantu keluarga mengambil keputusan terkait pencegahan TB MDR, memberikan keluarga kesempatan bertanya, memberikan pujian terhadap keluarga, dan melakukan monitoring terhadap penggunaan masker dalam aktivitas sehari-hari. Sedangkan untuk aspek psikomotor, penulis mengajarkan keluarga tentang etika batuk, melakukan monitoring terhadap penerapan etika batuk.

Pada kunjungan keempat, penulis hanya melakukan monitoring atau observasi terhadap masing-masing diagnosis. Hal tersebut dilakukan karena penulis merasa semua intervensi telah dilakukan dan keluarga Ny. F telah memperlihatkan peningkatan baik dari pengetahuan maupun perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Oleh karena itu pada kunjungan ketiga ini penulis hanya melakukan monitoring untuk mengevaluasi hasil dari pelaksanaan intervensi pada kunjungan yang telah dilakukan sebelumnya.

#### E. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan.

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, atau melanjutkan rencana tindakan keperawatan. (Widadgo, 2016)

Dari implementasi yang telah dilaksanakan, sebaiknya pemberian pendidikan kesehatan mengenai penyakit TB MDR dapat lebih ditingkatkan lagi agar masyarakat khususnya penderita penyakit tersebut dapat mengerti dan paham apa yang harus

dilakukan jika menderita penyakit tersebut, juga pendidikan kesehatan mengenai pentingnya memeriksakan diri pada pelayanan kesehatan juga harus lebih ditingkatkan, bisa dengan sosialisasi tentang puskesmas, langkah-langkah memeriksakan diri ke puskesmas, dokumen apa saja yang harus dibawa, dan lain sebagainya.

Pada diagnosis hambatan pemeliharaan rumah, evaluasi kunjungan ketiga implementasi pertama pada aspek kognitif didapatkan hasil keluarga dapat menjelaskan tentang PHBS Rumah Tangga walaupun belum lengkap. Pada aspek afektif didapatkan hasil keluarga terlihat belum menerapkan PHBS dalam kehidupan sehari-harinya. Dan untuk aspek psikomotor didapatkan hasil keadaan rumah Ny. F masih lembab, terlihat kotor, ventilasi udara kurang, penataan barang yang berantakan, serta kurangnya pencahayaan. Dengan hasil yang sedemikian rupa, maka masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga belum teratasi sehingga penulis akan melanjutkan intervensi pada kunjungan berikutnya.

Pada kunjungan keempat implementasi kedua terdapat peningkatan yang signifikan dilihat dari aspek kognitif keluarga Ny. F juga dapat menjelaskan PHBS Rumah Tangga dengan baik walaupun masih ada beberapa yang kurang. Pada aspek afektif didapatkan hasil keluarga Ny. F mengatakan jika dua hari yang lalu mereka membersihkan rumah dan menata kembali barang-barang dan perabotan dan mulai menerapkan PHBS rumah tangga sedikit demi sedikit. Dan pada aspek psikomotor didapatkan hasil keadaan rumah keluarga Ny. F yakni keadaan rumah terlihat lebih rapi, bersih, walaupun ventilasi dan pencahayaan masih sangat kurang. Dengan hasil yang sedemikian rupa, maka masalah keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga teratasi sebagian sehingga penulis akan melanjutkan intervensi pada kunjungan berikutnya.

Pada kunjungan terakhir masalah keperawatan Hambatan pemeliharaan rumah telah teratasi sebagian, karena memang pada masalah ini penyebab utamanya adalah kurangnya ventilasi dan pencahayaan, jadi hal tersebut tidak memungkinkan untuk teratasi dalam waktu yang singkat. Pada aspek kognitif didapatkan hasil keluarga Ny. F juga dapat menjelaskan PHBS Rumah Tangga dengan baik. Pada aspek afektif, didapatkan hasil keluarga Ny. F mengaku sudah mencoba menerapkan PHBS yakni

memasak air untuk diminum dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Dan pada aspek psikomotor didapatkan hasil keadaan rumah terlihat lebih rapi, bersih, walaupun ventilasi dan pencahayaan masih sangat kurang. Dari implementasi yang telah dilaksanakan, hal-hal yang berkaitan dengan keterbatasan ekonomi memang tidak bisa diselesaikan secara singkat, tenaga kesehatan seharusnya dapat bekerja sama dengan desa guna menyelesaikan masalah ini, misalkan pada masalah jamban sehat. Juga edukasi tentang PHBS sangat diperlukan masyarakat, agar penerapan PHBS rumah tangga dapat meningkat, dari keluarga Ny. F misalnya, sebelumnya mereka tidak menerapkan PHBS dengan baik, namun setelah diberikan edukasi dan pengarahan mengenai hal tersebut, keluarga Ny. F mau dan mulai menerapkan PHBS rumah tangga.

Pada diagnosis risiko infeksi, evaluasi kunjungan ketiga implementasi pertama pada aspek kognitif didapatkan hasil keluarga Ny. F mengatakan tidak mengetahui tentang penularan Tuberculosis, dan tidak ada tanda-tanda penularan penyakit pada anggota keluarga. Pada aspek afektif didapatkan hasil Ny. F jarang menggunakan masker dalam beraktivitas. Dan pada aspek psikomotor didapatkan hasil keluarga Ny. F tidak menerapkan etika batuk dilihat saat bersin Ny. F tidak menutup mulutnya. Dengan hasil yang sedemikian rupa, maka masalah keperawatan Risiko infeksi tujuan belum tercapai sehingga penulis akan melanjutkan intervensi pada kunjungan berikutnya.

Pada kunjungan keempat implementasi kedua pada aspek kognitif didapatkan evaluasi keluarga dapat menyebutkan cara mencegah Tuberculosis, dan tidak ada tanda-tanda penularan penyakit Tuberculosis terhadap anggota keluarga. pada aspek afektif didapatkan hasil Keluarga juga mengatakan jika beberapa hari psikomotor di dapatkan hasil keluarga Tn. Y khususnya Ny. F sudah menggunakan masker dalam beraktivitas Dan pada aspek etika batuk dilihat saat bersin Ny. F menutup mulutnya dengan telapak tangan. Dengan hasil yang sedemikian rupa, maka masalah keperawatan Risiko infeksi tercapai sebagian sehingga penulis akan melanjutkan intervensi pada kunjungan berikutnya.

Pada kunjungan terakhir diagnosis Risiko infeksi dapat teratasi, hal ini ditandai pada aspek kognitif ada peningkatan pengetahuan keluarga tentang pencegahan Tuberculosis, dan tidak ada tanda-tanda penularan infeksi pada anggota keluarga,

ditandai dengan Tn. Y yang tidak mengalami gejala ataupun tanda-tanda klinis Tuberculosis seperti batuk lama, sesak napas, demam, muncul keringat dingin di malam hari, dan lain sebagainya. Pada aspek afektif didapatkan hasil Ny. F sudah memakai masker dalam aktivitas sehari-hari. Dan pada aspek psikomotor didapatkan hasil Ny. F telah menerapkan etika batuk dengan benar, Dari implementasi yang telah dilaksanakan, sebaiknya sosialisasi mengenai penularan Tuberculosis Paru lebih ditingkatkan agar angka penularan Tuberculosis Paru dapat lebih ditekan sehingga jumlah kasus Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Sabrang dapat menurun.

Dari hasil akhir evaluasi keluarga Ny. F sudah dapat menjalankan lima tugas keperawatan keluarga, yakni keluarga Ny. F telah mengetahui dan paham mengenai penyakit Tuberculosis Paru dan penularannya, serta PHBS rumah tangga. Keluarga Ny. F juga telah bisa dan berani mengambil keputusan yang tepat dengan memilih untuk lebih rutin memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan.

Pada diagnosis kesiapan peningkatan coping keluarga, evaluasi kunjungan ketiga implementasi pertama pada aspek afektif keluarga di dapatkan hasil keluarga Ny. F mengatakan bahwa Ny. F dan keluarga ingin agar cepat sembuh dari penyakitnya saat ini. Hasil dari mplementasi tersebut, keluarga Ny. F khususnya Tn. Y telah dapat memberi semangat dan motivasi pada Ny. F untuk kembali sehat dan dalam menyelesaikan pengobannya yang berlangsung lama. Dari hasil yang sedemikian rupa, maka masalah keperawatan kesiapan penigkatan coping keluarga sudah teratasi sebagian dan akan di lanjutkan pada kunjungan berikutnya.

Pada kunjungan terakhir pada diagnosis kesiapan peningkatan coping keluarga, masalah tersebut sudah teratasi yang di tandai dengan Tn. Y sudah bisa menjaga dan memberi semangat pada Ny. F untuk terus semangat dalam menyelesaikan pengobatannya secara mandiri. Dari hasil akhir evaluasi keluarga Ny. F, masalah dengan diagnosis kesiapan peningktan coping keluarga sudah dapat terasi.

## 5. KESIMPULAN

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan, maka dapat disimpulkan: *Pertama*, hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. F menderita Tuberculosis sejak 7 bulan yang lalu, dan belum optimal dalam melaksanakan fungsi keperawatan keluarga yakni kurang pengetahuan tentang masalah kesehatan yang dialami, pengambilan keputusan yang kurang tepat berkaitan dengan program terapeutik yang dijalani, perawatan anggota keluarga yang sakit kurang disebabkan kurangnya pengetahuan, pemeliharaan keadaan rumah yang kurang maksimal akibat kurangnya ventilasi dan pencahayaan.

*Kedua*, diagnosis Keperawatan yang ditemukan antara lain hambatan pemeliharaan rumah yang berhubungan dengan kurangnya ventilasi dan pencahayaan, risiko infeksi yang berhubungan dengan paparan organisme patogen lingkungan, dan kesiapan peningkatan coping keluarga. *Ketiga*, intervensi keperawatan yang berpatokan pada lima tugas keperawatan keluarga dilakukan dengan pemberian pendidikan kesehatan melalui metode ceramah dengan menggunakan media pamflet, melakukan diskusi bersama keluarga mengenai masalah keperawatan yang dialami, mengajarkan cara teknik napas dalam dan etika batuk dengan metode demonstrasi, serta pemberian motivasi untuk mengubah perilaku keluarga menjadi lebih sehat.

*Keempat*, implementasi Keperawatan dilakukan dengan cara membina hubungan baik dengan keluarga, dengan membina hubungan baik dan rasa saling percaya. keluarga akan terbuka dengan masalah keperawatan yang dialami dan keluarga akan kooperatif dengan semua intervensi yang diberikan. Dengan membina hubungan baik juga health education dapat diberikan secara santai namun dapat diterima dengan baik. *Kelima*, evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 5, 6, dan 7 Februari 2021 didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam melaksanakan fungsi keperawatan keluarga.



## DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang Ayu Heni. (2010). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Achmadi, U.F. (2010). *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta : Penerbit UI Press.
- Ahmad, Susanto.2012. *Perkembangan Anak Usia Dini*. Jakarta: Kencana
- Bailon dan Maglaya (1978). *Perawatan kesehatan Keluarga*. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan RI
- Depkes RI. 2010. *Capaian Pembangunan Kesehatan Tahun 2011*. Jakarta.
- Duvall, Evelyn Millis. 1977. *Marriage and Family Development, Fifth Edition* : J. B. Lippincott Company Philadelphia.
- Friedman, 1998. *Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC.
- Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5*. Jakarta: EGC.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan proses Keperawatann Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam
- Hopwood, D. A., Bibb, M. J., and Wright, H. 1977. *Genetic Recombination through Protoplast Fusion in Streptomyces*. Journal Nature. 268.171-174.
- Kemenkes Ri. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes Ri
- Kholifah, S.N & Widagdo, W. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan. Di akses tanggal 10 Desember 2019 dari <http://bppsdmk.kemkes.go.id>.

Nofriyanda. 2010. *Gambaran Hasil Pengobatan Penderita TB Paru di Poliklinik Paru RS. DR. M. Djamil Padang Periode 1 Januari 2007-31 Desember 2008*. Padang: Universitas Andalas.

Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rohmah, N., & Walid, S. (2014). *Proses keperawatan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Soepandi, P. Z. 2010. *Diagnosis dan Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya MDR TB*. Jurnal Tuberkulosis Indonesia Vol. 7 , 19.

Stuart,G.W.,Sundden, S. J. (2014). *Buku Saku Keperawatan Jiwa (5th ed.)*. jakarta: EGC.

WHO. *Global Tuberculosis Report. 2012*. [Cited: 17 Juli 2013]. Available from: [www.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502\\_eng.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf)

