BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Tuberkulosis

2.1.1.1 Definisi

Tuberkulosis paru, atau (TBC) paru, merupakan suatu infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycrobacterium Tuberculosis* (MTB). Penyakit ini menyerang paru-paru dan bronkus. (TBC) paru termasuk dalam kategori penyakit yang ditularkan melalui udara, yaitu masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernapasan ke paru-paru (Sari, 2022)

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang dapat menular, diakibatkan oleh bakteri yang menyerang paru-paru serta hamper semua organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk ke dalam tubuh melalui system pernapasan, saluran pencernaan, dan luka terbuka pada kulit. Namun, cara penularan yang paling umum adalah melalui inhalasi tetesan yang berasal dari organ yang terinfeksi oleh bakteri tersebut menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) dalam (Haskas & Sriwahyuni, 2021).

TBC adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan menyerang paru-paru, membuat penderita batuk terus-menerus dan kesulitan bernapas. Bakteri bisa menyebar melalui percikan air liur orang yang sakit saat ia batuk, bersin,

berbicara, tertawa, atau bernyanyi, dan bisa menyerang siapa saja, baik anak-anak maupun orang dewasa. (Habibi et al., 2024).

Pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Tuberkulosis (TBC) merupakan infeksi menular jangka panjang akibat bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* (MTB) atau Basil Tahan Asam (BTA) menyerang paru-paru dan bronkus melalui udara/pernafasan yang menyebabkan batuk kronis dan sesak nafas, penularan melalui percikan air liur saat batuk, bersin, dan berbicara serta bisa menyerang pada anak-anak maupun dewasa.

2.1.1.2 Etiologi

Penyakit tuberkulosis (TBC) disebabkan oleh bakteri MTB yang termasuk dalam keluarga Mycobacteriaceae. Bakteri ini memiliki karakteristik tahan asam berkat adanya dinding sel yang lipoid dan memerlukan waktu sekitar 12 hingga 24 jam untuk membelah diri. Meskipun demikian, bakteri ini tidak menghasilkan spora, sehingga mudah mati ketika terpapar sinar matahari. Selain itu, bakteri ini juga sensitif terhadap panas lembap; temperatur 100 derajat celsius selama dua menit dapat membunuhnya (Juliana et al., 2024).

2.1.1.3 Patofisiologi

Penyakit ini berawal ketika seseorang menghirup udara yang mengandung Mycobacterium tuberculosis (MTB). Melalui saluran pernapasan, bakteri ini masuk ke alveolus dan memicu respon nonspesifik terhadap keberadaan mikroba tersebut. Apabila bakteri mampu menghindari mekanisme pertahanan awal tubuh, mereka dapat

berbuah menjadi populasi dalam makrofag, dengan waktu pembelahan berkisar antara 23 hingga 32 jam. Berbeda dengan bakteri lainnya, (MTB) tidak memiliki endotoksin atau eksotoksin, sehingga sistem kekebalan tubuh tidak segera memberikan reaksi terhadap infeksi. Dalam jangka waktu 2 hingga 12 minggu, jumlah bakteri dapat meningkat menjadi antara 1. 000 hingga 10. 000, yang cukup untuk memicu reaksi imun seluler. Setelah proliferasi, bakteri ini merusak makrofag dan melepaskan tuberkel basilus serta kemokin yang merangsang respon imun dan menimbulkan inflamasi, yang dikenal sebagai *Fokus Ghon*. *Tuberkel basilus* tersebut akan menyebar melalui sistem limfatik menuju nodus limfe hilus, membentuk kompleks *Ghon primer*. Proses inflamasi tersebut mengakibatkan nekrosis kaseosa, yang merupakan fitur khas dari infeksi (TBC). Selanjutnya, bakteri dapat menyebar ke dalam aliran darah dan mempengaruhi berbagai organ lainnya. Reaktivasi bakteri dapat terjadi beberapa bulan atau bahkan bertahun-tahun setelah infeksi awal, di mana bakteri mulai berkembang kembali. Reaktivasi ini pada individu bisa terjadi akibat kontak dengan pasien TB aktif (Juliana et al., 2024).

2.1.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda-tanda penyakit (TBC) dapat dikategorikan menjadi gejala umum dan gejala spesifik yang muncul tergantung pada organ yang terdampak. Dalam kasus-kasus baru, gambaran klinis biasanya tidak terlalu jelas, sehingga diagnosis secara klinis menjadi tantangan Tanda-tanda penyakit (TBC) dapat dikategorikan menjadi gejala

umum dan gejala spesifik yang muncul tergantung pada organ yang terdampak. Dalam kasus-kasus baru, gambaran klinis biasanya tidak terlalu jelas, sehingga diagnosis secara klinis menjadi tantangan (Pramudaningsih et al., 2023).

a. Gejala umum atau sistemik:
    1. Batuk berkepanjangan lebih dari 3 minggu (bisa disertai darah).
    2. Demam yang tidak terlalu tinggi namun berlangsung lama, sering muncul pada malam hari dan disertai dengan keringat malam. Terkadang, demam ini bisa mirip gejala flu dan muncul secara bergantian.
    3. Penurunan berat badan dan kehilangan nafsu makan.
    4. Rasa tidak enak badan (malaise) dan kelemahan.
b. Gejala spesifik:
    1. Terjadinya sumbatan sebagian pada bronkus (saluran menuju paru-paru) karena pembesaran kelenjar getah bening, yang dapat menyebabkan suara “mengi”, penurunan suara napas disertai sesak.
    2. Adanya cairan di rongga pleura (selaput paru-paru), sering disertai keluhan nyeri dada.
    3. Jika terjadi pada tulang, gejalanya mirip dengan infeksi tulang yang pada akhirnya dapat membentuk saluran yang membuka ke kulit, dari mana akan keluar nanah.
    4. Pada anak-anak, infeksi dapat menjangkau otak (lapisan pelindung otak) dan dikenal dengan istilah meningitis (peradangan

selaput otak), dengan gejala berupa demam tinggi, penurunan kesadaran, dan kejang.

2.1.1.5 Komplikasi

Komplikasi yang dapat muncul akibat penyakit (TBC) termasuk nyeri pada tulang belakang. Mengalami rasa sakit di punggung dan kekakuan merupakan komplikasi umum dari tuberculosis, serta kerusakan pada sendi. Atritis yang disebabkan oleh tuberkulosis biasanya menyerang area pinggul dan lutut. Infeksi pada selaput otak (meningitis) dapat terjadi dan memicu sakit kepala yang berkepanjangan atau muncul secara berkala selama beberapa minggu. Selain itu, masalah pada organ hati atau ginjal juga dapat terjadi, mengingat bahwa kedua organ ini berperan dalam menyaring limbah dan zat berbahaya dari darah. Jika terpapar tuberkulosis, fungsi hati dan ginjal akan terganggu. Gangguan pada jantung juga mungkin terjadi, meskipun ini jarang, di mana tuberculosis dapat menginfeksi jaringan di sekitar jantung (Sari Girin Kartika et al., 2022).

2.1.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang seperti analisis darah pada klien TBC umumnya menunjukkan beberapa temuan yang sering ditemukan, di antaranya yaitu (Juliana et al., 2024) :

a. Tes Mantoux pada merupakan suatu prosedur diagnostic berupa pemeriksaan kulit yang dikenal sebagai *Tuberculin Skin Test* (TST), yang bertujuan untuk mendeteksi adanya infeksi oleh kuman tuberkulosis (TB). Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara menyun-

tikkan protein turunan tuberculin (purified protein derivate/PPD) secara intradermal pada bagian lengan bawah. Hasil uji kemudian dievaluasi dalam waktu 48-72 jam pasca penyuntikan untuk menilai adanya reaksi induri sebagai indicator paparan terhadap Mycobacterium Tuberculosis.

b. Hasil foto rontgen dada bagi klien yang terinfeksi TB umumnya tidak menunjukkan tanda-tanda khas, kecuali pada kasus TB milier. Lesi pada jaringan paru umumnya akan terlihat setelah 2 hingga 3 minggu. Selain itu, pembesaran kelenjar hilus, efusi pleura, serta gambaran infiltrasi disertai tuberculoma juga bisa ditemukan. Untuk memperkuat diagnosis
c. Pemeriksaan mikroskopis terhadap (BTA), kultur bakteri, atau tes cepat molekuler (TCM) dengan menggunakan alat seperti *GeneXpert* yang memanfaatkan sampel dari dahak.

2.1.1.7 Penatalaksanaan

a Penatalaksanaan Farmakologi

Pengobatan TBC dilakukan dengan menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sesuai dengan panduan terbaru dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pengobatan TBC terdiri dari dua tahap, yaitu fase intensif dan fase lanjutan. Pada TBC yang sensitif terhadap obat, fase awal berlangsung selama 2 bulan dengan penggunaan beberapa jenis obat anti TBC. Sementara itu, fase berikutnya berlangsung selama 4 bulan untuk membunuh sisa kuman yang masih ada di dalam tubuh. Regimen standar yang digunakan adalah (Novita et al., 2025) :

2HRZE/4HR

H = Isoniazid

R = Rifampisin

Z = Pirazinamid

E = Etambutol

Keterangan:

2HRZE berarti pasien mendapatkan kombinasi obat isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol setiap hari selama 2 bulan (fase intensif).

4HR berarti pasien melanjutkan pengobatan dengan isoniazid dan rifampisin setiap hari selama 4 bulan (fase lanjutan).

Prinsip penting dalam pengobatan TBC adalah pasien harus disiplin dalam mengonsumsi obat secara teratur dan sesuai dengan waktu yang ditentukan. Hal ini penting agar pengobatan tidak gagal dan tidak terjadi resistensi terhadap obat. Pengobatan dilakukan dengan cara *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS), yang berarti ada pengawasan langsung saat pasien minum obat oleh petugas kesehatan atau pengawas yang membantu pasien menelan obat.

Obat anti tuberkulosis yang termasuk dalam lini pertama adalah isoniazid (H), rifampisin (R), pirazinamid (Z), etambutol (E), dan streptomisin (S). Obat kedua yang dipakai untuk mengobati TBC yang kebal terhadap obat antara lain levofloxacin, moxifloxacin, bedaquiline, linezolid, clofazimine, kanamisin, amikasin, dan capreomycin.

Penggunaan obat kedua diberikan berdasarkan hasil tes kepekaan obat dan keadaan klinis pasien.

Tujuan pengobatan TBC adalah untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian yang disebabkan oleh TBC, mencegah terulangnya penyakit, menghentikan penyebaran di masyarakat, dan mencegah kuman menjadi kebal terhadap obat anti tuberkulosis (OAT). Di samping itu, selama terapi, pasien juga harus diperhatikan untuk efek samping obat seperti masalah pada fungsi hati, neuropati perifer, masalah penglihatan, dan gangguan pendengaran, agar pengobatan bisa berjalan dengan baik.

b Penatalaksanaan Non Farmakologi

Terapi non farmakologi yang dapat diberikan pada klien TBC meliputi :

1. Edukasi pasien, identifikasi dan mengendalikan faktor pencetus, pemberian oksigen, banyak minum untuk menghindari dehidrasi terutama pada anak-anak, kontrol ecara teratur.
2. Pola hidup sehat (penghentian merokok, menghindari kegemukan, dan menganjurkan melakukan kegiatan fisik), serta pengaturan posisi.

2.1.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga TBC

2.1.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan terhadap keluarga merupakan langkah pertama yang dilakukan oleh perawat untuk mengumpulkan informasi mengenai kondisi kesehatan anggota keluarga yang dirawatnya (Salamung et al., 2021).

Evaluasi adalah proses yang melibatkan pengumpulan informasi terkait dengan keadaan klien atau anggota keluarganya, dan data tersebut dipakai oleh perawat untuk menjalankan proses keperawatan sebagai panduan dalam memberikan perawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Proses pengkajian keperawatan dapat dilakukan melalui langkah-langkah seperti observasi, wawancara, dan pemeriksaan pada anggota keluarga.

Perawatan keperawatan untuk keluarga yang dilakukan oleh perawat mencakup keterlibatan anggota keluarga sebagai peserta aktif dalam perawatan. Beberapa tindakan yang dilakukan meliputi menurut (Riasmini et al. , 2017) dalam (Salamung et al., 2021).

a. Data Umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga yaitu (Muhasidah et al., 2023):

1. Nama keluarga dan jenis keluarga :

   Terdapat data tentang nama kepala keluarga, jenis kelamin, usia, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan alamat. Dari penelitian diketahui bahwa penyakit TBC dapat menyerang semua kelompok usia, dari anak-anak hingga orang tua, dengan jumlah laki-laki dan perempuan yang hampir setara. Tingkat pendidikan juga memengaruhi pemahaman tentang penyakit TBC.

2. Komposisi Keluarga

Terdiri atas nama, tanggal kelahiran, usia, dan jenis pekerjaan. Dari orang tua hingga semua anggota keluarga.

3. Genogram

   Genogram memberikan gambaran tentang riwayat kesehatan keluarga, termasuk kemungkinan faktor risiko genetik atau pola interaksi yang memengaruhi dukungan keluarga terhadap klien TBC (Akhriansyah et al., 2022). Genogram membantu mengenali riwayat tuberkulosis TBC di dalam keluarga, sehingga memungkinkan mendeteksi dini dan memberikan tindakan tepat pada anggota keluarga yang memiliki risiko, serta meningkatkan dukungan dari keluarga kepada klien dengan TBC.

4. Eco maps

   Ecomap digunakan dalam pemeriksaan keperawatan keluarga dengan klien TBC untuk menampilkan hubungan antara keluarga klien TBC dengan lingkungan di luar keluarga, termasuk sumber-sumber bantuan sosial serta faktor-faktor yang dapat memengaruhi keadaan kesehatan klien TBC. Ecomap membantu perawat melihat kekuatan, sumber daya, serta hal-hal yang menyebabkan tekanan dari lingkungan keluarga klien TBC.

5. Tipe Keluarga

   Mengidentifikasi tipe dan struktur keluarga penting untuk memahami peran anggota keluarga dalam mendukung klien TBC, termasuk dalamperawatan, pengawasan pengobatan, dan pencegahan penularan (Akhriansyah et al., 2022). Tipe keluarga yang

mendukung, seperti keluarga inti yang solid, dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup klien TBC melalui dukungan emosional dan praktis.

6. Suku Bangsa (etnis)

   Banyaknya kelompok etnis di Indonesia memberikan nilai tersendiri bagi negara ini. Berbagai kelompok ini menyebabkan perbedaan keyakinan mengenai penyakit. Contohnya, terdapat tradisi di satu kelompok yang senang makan minum bersama di tempat yang sama, dan hal ini dapat meningkatkan penyebaran TBC.

7. Agama

   Agama dan kepercayaan merupakan bagian dari latar belakang budaya keluarga yang berperan dalam mempengaruhi perilaku dan keputusan keluarga terkait pengelolaan TBC. Nilai dan keyakinan agama dapat mempengaruhi cara keluarga memandang TBC, memilih tindakan perawatan, serta menerapkan kebiasaan hidup sehat, termasuk dalam pemenuhan gizi anggota keluarga yang terkenan TBC.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

   Beberapa kelompok usia, seperti bayi, anak-anak, dan orang tua, sangat rentan terhadap TBC. Hal ini disebabkan oleh sistem imun yang lemah, karena TBC lebih sering menyerang individu dengan kekebalan tubuh yang rendah (Rimbi, 2014). Tahapan

perkembangan keluarga dengan anggota rentan seperti bayi, anak, dewasa dan lansia meningkatkan risiko TBC, sehingga perlu perhatian khusus pada pencegahan dan pengobatan.

2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

   Tahap perkembangan keluarga yang belum erpenuhi merupakan kondisi ketika keluarga belum mampu melaksanakan tugas perkembangan sesuai dengan tahap perkembangan yang dijalani. Ketidak terpenuhinya tugas perkembangan tersebut dapat mempengaruhi fungsi keluarga dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarga yang terkenan TBC, termasuk dalam pemantauan kepatuhan pengobatan. Identifikasi tugas perkembangan yang belum terpenuhi penting dilakukan untuk menentukan masalah dan intervensi keperawatan keluarga yang tepat (Muhasidah et al., 2023).

c. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

1. Riwayat keluarga sebelumnya

   Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya dari kedua belah pihak, yaitu suami dan istri. Secara umum, pada klien yang menderita TBC, dilakukan penelitian untuk mengetahui pada anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti emfisema, asma alergi, TBC, serta cara pengobatannya. Riwayat Kesehatan masing-masing anggota keluarga (Akhriansyah et al., 2022). Riwayat kesehatan keluarga membantu mengidentifikasi kemungkinan penularan TBC atau sebelumnya memiliki penyakit

yang sama seperti TBC atau asma alergi, yang dapat mempengaruhi kondisi klien TBC.

2. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

   Sumber pelayanan kesehatan yang digunakan oleh keluarga penderita TBC mempengaruhi cara mereka mengakses pengobatan dan menjalani terapi dengan baik. Jika keluarga bisa mengakses puskesmas atau rumah sakit yang memiliki program TBC, maka kemungkinan besar pengobatan akan lebih teratur dan efektif. Sebaliknya, jika akses terbatas, pengobatan mungkin akan terhambat (Muhasidah et al., 2023).

d. Pengkajian Lingkungan

   1. Karakteristik Rumah

      Karakteristik rumah di identifikasi dengan melihat jenis tipe tempat tinggal keluarga. Denah rumah, gambaran kondisi rumah, dapur, dan kamar mandi, denah rumah (Muhasidah et al., 2023). Karakteristik rumah keluarga dengan TBC, seperti kepadatan hunian, ventilasi buruk, dan kebersihan rumah kurang dapat meningkatkan risiko peneluraran TBC karena bakteri menyebar melalui udara. Rumah yang sempit dan kurang ventilasi dapat memperbesar kemungkinan kontak erat dengan penderita TBC.

   2. Mengkaji keadaan umum dan sanitasi rumah

      Observasi keadaan umum dan sanitasi rumah dilakukan untuk menilai kebersihan lingkungan, akses terhadap air bersih, cara pengolahan limbah, dan keadaan sanitasi secara menyeluruh

(Muhasidah et al., 2023). Pada umumnya keluarga dengan TBC sering kali mengalami masalah dalam hal kebersihan dan sanitasi tempat tinggal mereka, misalnya dengan tidak adanya akses terhadap udara bersih serta ventilasi yang kurang. Kondisi ini meningkatkan penyebaran TBC karena bakteri dapat dengan mudah menyebar di tempat yang kurang bersih atau kotor. Mengkaji kebersihan dan sanitasi rumah penting untuk mencegah penularan TBC kepada anggota keluarga lain.

3. Mengkaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah

   Mengkaji perasaan subjektif keluarga terhadap rumah bertujuan untuk mengidentifikasi seberapa nyaman dan puas mereka dengan keadaan tempat tinggal yang ditempati (Muhasidah et al., 2023). Misalnya keluarga dengan anggota yang menderita TBC dapat merasakan tidak nyaman dengan situasi di rumah, terutama bila ventilasi tidak memadai, ruangan terasa sempit, dan pencahayaan kurang, karena hal-hal tersebut dapat meningkatkan kemungkinan penularan. Mengkaji perasaan subjektif keluarga penting untuk mengetahui tingkat stress dan kekhawatiran mereka, sehingga tenaga kesehatan dapat membantu menciptakan lingkungan rumah yang lebih sehat serta mendukung keberhasilan pengobatan TBC.

4. Mengkaji pengaturan tidur didalam rumah

   Mengkaji pengaturan tidur didalam rumah meliputi penilaian terhadap apakah pengaturan tempat tidur sudah sesuai, seperti

jumlah penghuni dalam satu kamar (contohnya maksimum 2 orang agar privasi tetap terjaga), ketersediaan perlengkapan yang diperlukan (seperti kasur, bantal, dan selimut), serta keadaan lingkungan seperti kebersihan, pencahayaan, dan tingkat kebisingan yang dapat membantu tidur yang nyenyak (Muhasidah et al., 2023). Keluarga yang memiliki anggota dengan TBC biasanya memiliki pengaturan tidur yang kurang optimal, seperti ruang tidur yang padat dan kurangnya ventilasi, dapat meningkatkan risiko penularan TBC. Mengkaji pengaturan tidur penting untuk mencegah penularan dan meningkatkan kualitas istirahat klien dengan TBC.

5. Evaluasi adekuasi pembuangan sampah

   Evaluasi pembuangan sampah pada keluarga dengan TBC penting karena pengelolaan sampah yang buruk dapat meningkatkan risiko penularan TBC. Bakteri dapat bertahan di lingkungan terutama jika sampah tidak dibuang dengan benar. Dengan memastikan tempat sampah tertutup dan pembuangan teratur, risiko penularan dapat dikurangi sehingga mendukung proses pengobatan dan pencegahan penyebaran TBC dalam keluarga.

6. Pengaturan/ penataan rumah

   Pengaturan/penataan rumah yang baik pada keluarga dengan TBC penting untuk mencegah penularan. Penataan barang,

ventilasi, dan pencahayaan yang memadai dapat mengurangi risiko penyebaran bakteri TBC (Muhasidah et al., 2023).

7. Karakteristik tetangga dan komunitas RW

   Karakteristik tetangga dan komunitas RW adalah elemen awal yang mengevaluasi interaksi sosial, kebiasaan bekerja sama, serta dukungan masyarakat terhadap kesehatan keluarga, seperti perhatian dari tetangga ketika salah satu anggota menderita sakit (Muhasidah et al., 2023). Pada keluarga penderita TBC seringkali mengalami kondisi dukungan dari lingkungan yang kurang optimal, termasuk sifat-sifat dari tetangga serta komunitas yang dapat mempengaruhi penyebaran TBC. Lingkungan yang padat dan memiliki ventilasi yang buruk meningkatkan risiko penularan. Dukungan komunitas yan baik dapat membantu keluarga untuk mengelola TBC.

8. Mobilitas geografis keluarga

   Mobilitas geografis keluarga yaitu mengkaji untuk memahami bagaimana stabilitas tempat tinggal keluarga seberapa sering keluarga untuk berpindah tempat tinggal (Muhasidah et al., 2023). Mobilitas geografis yang tinggi pada keluarga dengan TBC dapat mengganggu pengobatan dan meningkatkan risiko putus obat serta penularan TBC karena akses ke layanan kesehatan menjadi lebih sulit.

9. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan Masyarakat

Mengkaji cara keluarga berkumpul secara teratur (contohnya, di malam hari karena pekerjaan mereka yang padat) dan berhubungan dengan tetangga atau lingkungan sekitar (Muhasidah et al., 2023). Keluarga dengan TBC yang kurang berinteraksi dengan lingkungan sosial atau masyarakat cenderung memiliki akses terbatas ke informasi kesehatan dan dukungan sosial, sehingga menghambat pengobatan dan pencegahan penularan TBC. Interaksi sosial yang baik membantu mereka mendaptkan informasi, dukungan, dan sumber daya untuk mengelola TBC lebih efektif.

10. Sistem pendukung keluarga

    Sistem dukungan keluarga mengidentifikasi untuk mengenali sumber daya yang tersedia, seperti dukungan dari keluarga luas, tetangga, komunitas, dan fasilitas kesehatan, untuk membantu keluarga mengelola penyakit TBC (Muhasidah et al., 2023). Sistem pendukung yang lemah pada keluarga dengan BC dapat menghambat akses ke informasi, pelayanan kesehatan, dan bantuan, sehingga pengobatan menjadi kurang efektif. Sebaliknya, system pendukung yang kuat dapat membantu keluarga mengelola TBC dengan lebih baik.

e. Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat dibagi menjadi tiga jenis, yaitu ikatan darah, tempat tinggal, dan cara pengambilan keputusan (Fadhilah, 2022). Struktur keluarga yang sehat dalam rumah tangga penderita

TBC dapat berkontribusi pada peningkatan dukungan emosional maupun bantuan praktis, seperti perawatan dan pemantauan terapi. Komposisi keluarga juga berperan penting dalam pengambilan keputusan terkait dengan pengobatan dan kesehatan, yang selanjutnya mempengaruhi kepatuhan terhadap terapi dan hasil kesehatan pasien TBC.

f. Fungsi Keluarga

Mengidentifikasi fungsi afektif, sosialiasasi, reprodukasi, dan perawatan dalam keluarga penting karena hal ini membantu melihat dukungan emosional, sosial, dan bantuan praktis yang ada bagi keluarga dengan klien TBC (Muhasidah et al., 2023). Keluarga dengan TBC sering kali terganggu emosionalnya, sehingga kurang memberikan kasih sayang dan perhatian, yang dapat memperburuk kondisi kesehatan. Fungsi keluarga yang baik sangat penting untuk mendukung pengobatan TBC.

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan peranan keluarga yang berhubungan dengan aspek internal yang menyuplai rasa aman, dan dukungan psikologis bagi anggotanya. Fungsi ini dapat dikatakan efektif saat orang-orang tinggal dalam lingkungan keluarga yang harmonis. Citra diri yang baik, merasa dihargai dan terikat, serta cinta semuanya dikembangkan oleh setiap anggota keluarga. Kemampuan untuk merasakan dengan mendalam adalah sumber utama yang menentukan kebahagiaan dalam keluarga. Keti-

dakbenaran fungsi afektif dapat memicu berbagai masalah dalam lingkungan keluarga (Akhriansyah et al., 2022). Keluarga dengan TBC, fungsi afektif yang kurang dapat memperburuk kondisi klien karena kurangnya dukungan emosional, sehingga mempengaruhi kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup.

2. Fungsi reproduksi

   Fungsi reprodukasi merupakan fungsi kelangsungan keluarga serta kelangsungan keturunan (Akhriansyah et al., 2022). Keluarga dengan TBC, banyaknnya anak dapat meningkatkan risiko penularan TBC dan membebani kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pengobatan. Fungsi reproduksi yang bijak dapat membantu keluarga mengelola risiko ini.

3. Fungsi ekonomi

   Fungsi ekonomi merupakan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan membutuhkan keterampilan individu untuk meningkatkan pendapatan (Akhriansyah et al., 2022). Fungsi ekonomi yang tidak baik keluarga yang mengalami TBC bisa menghalangi proses pengobatan karena masalah keuangan yang terbatas. Peningkatan kemampuan ekonomi membantu keluarga memenuhi kebutuhan pengobatan dan meningkatkan kualitas hidup.

4. Fungsi perawatan kesehatan

   Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang dapat digunakan untuk menjaga kesehatan dan produktivitas

anggota keluarga tetap tinggi. Kemampuan keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan atau pemeliharaan (Akhriansyah et al., 2022). Keluarga dengan TBC membantu meningkatkan kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup klien, sehingga mendukung proses penyembuhan TBC.

g. Stress dan Koping Keluarga

Keluarga yang menderita TBC dan sering pindah dari satu tempat ke tempat lain bisa menghambat proses pengobatan dan pemantauan kesehatan, sehingga memperbesar kemungkinan berhenti mengonsumsi obat dan terjadinya penyebaran penyakit TBC (Muhasidah et al., 2023). Stress pada keluarga dengan TBC dapat melemahkan koping (cara menghadapi masalah), sehingga menghambat pengobatan. Koping keluarga yang baik membantu mengelola stress dan meningkatkan kepatuhan pengobatan TBC.

1. Stress jangka pendek dan panjang

Pengkajian stres keluarga mencakup penentuan apakah keluarga sedang mengalami stres dalam jangka pendek atau jangka panjang. Stres jangka pendek terjadi karena peristiwa atau situasi yang berlangsung sementara, sedangkan stres jangka panjang muncul dari masalah yang terus berlangsung dalam waktu yang lama.kemampuan keluarga berespon terhadap stressor (Muhasidah et al., 2023). Keluarga yang mengalami TBC, stres yang terjadi dalam waktu lama bisa disebabkan oleh beban pengobatan, biaya yang dikeluarkan, dan khawatir tentang kese-

hatan anggota keluarga. Sementara itu, stres yang terjadi dalam waktu singkat mungkin diakibatkan oleh kondisi kesehatan yang tidak stabil atau efek samping dari obat yang dikonsumsi. Stres ini dapat mengganggu pengobatan TBC.

2. Strategi koping yang digunakan

   Pengkajian strategi koping keluarga yaitu mengidentifikasi cara keluarga menghadapi stress dan masalah, seperti menyelesaikan masalah, mencari bantuan, dan memanfaatkan sumber daya keluarga dan lingkungan (Muhasidah et al., 2023). Keluarga dengan TBC, strategi koping yang terbatas dapat menghambat pengobatan karena kurang memanfaatkan dukungan sosial dan pelayanan kesehatan, sehingga memperburuk kondisi TBC, strategi koping efektif membantu keluarga mengelola TBC lebih baik.

h. Pemeriksaan Fisik

1. Identitas

   Identitas umum klien mencakup informasi seperti nama lengkap, umur, alamat tempat tinggal, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, hingga kondisi perkawinan menurut (Haviva et al., 2018) dalam (Simbolon et al., 2024).

2. Keluhan/riwayat penyakit saat ini

   Pada klien TBC mengeluhkan batuk berdahak >2 minggu, kadang disertai darah. Mempunyai riwayat kontak dengan pen-

derita TBC ditambah dengan demam, berat badan menurun dan lemah.

3. Riwayat penyakit sebelumnya

   Klien sebelumnya pernah dirawat di RS dengan penyakit serupa atau TBC. Klien sebelumnya pernah mengidap penyakit TBC.

4. Tanda-tanda vital

   Mengkaji kondisi klien dengan melakukan pemeriksaan fisiologis pasien, meliputi: Tekanan darah, nadi, respirasi (RR), dan suhu tubuh, terutama pada klien TBC, untuk memantau kondisi kesehatan dan mendeteksi adanya komplikasi atau respons terhadap pengobatan..

5. Sistem kardio vaskular

   Klien dengan TBC biasanya nadi cepat, tekanan darah bervariasi bisa tinggi atau rendah, bunyi jantung pada penderita TBC biasanya normal (sinus/ritme), dan edema perifer jarang ditemukan pada penderita TBC kecuali jika ada komplikasi seperti gagal jantung kanan.

6. Sistem respirasi

   Penderita TBC biasanya mengalami dispnea (sesak napas) yang berkaitan dengan aktivitas/kerja takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan pembentukan sputum, riwayat merokok, distress pernapasan, bunyi nafas tambahan wheezing.

7. Sistem pencernaan

Penderita TBC bagian abdomen bisa normal atau sedikit distensi, hati/liver bisa teraba mebesar (hepatomegaly) jika ada komplikasi, nafsu makan biasanya menurun.

8. Sistem genitourinaria

   Penderita TBC urine terlihat normal, tapi perlu cek lab, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada deformitas eksternal pada genetalia, tidak ada duistensi kandung kemih.

9. Sistem endokrin

   Penderita TBC tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat kelenjar getah bening di leher.

10. System Persyarafan

    a) Test fungsi serebral

       Pengkajian fungsi serebral klien dengan TBC dilakukan dengan memperhatikan tingkat kesadaran klien, respons terhadap berbagai stimulasi, serta kemampuan berinteraksi sesuai dengan kondisi dan tahap penyakit yang dialaminya.

    b) Test fungsi nervus (kranialis)

       Pengujian fungsi saraf kranial pada klien (TBC) dilakukan dengan mengevaluasi respons sensorik dan motorik, seperti kemampuan mengikuti stimulasi, ekspresi wajah, serta respons terhadap suara dan penglihatan klien (TBC).

11. System integument

Penderita (TBC) bagian kulit sedikit pucat dengan elastisitas menurun, berat badan biasanya menurun, kuku bisa terjadi perubahan (mis kuku pucat).

12. System musculoskeletal

    Penderita (TBC) tonus otot menurun, nyeri bagian sendi tidak ada, ROM sendi ekstremitas dalam batas normal tanpa keterbatasan atau nyeri.

13. Wicara dan THT

    Untuk wicara biasanya jelas lancar, resonansi normal, tidak ada gangguan artikulasi atau disfosi dan pendengaran jelas.

i. Harapan Keluarga

Harapan keluarga terhadap asuhan keperawatan yang diberikan perlu diidentifikasi untuk memastikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan ekspektasi mereka, terutama dalam pengobatan TBC yang membutuhkan waktu lama dan kedisiplinan tinggi (Akhriansyah et al., 2022). Keluarga dengan TBC, harapan keluarga biasanya kesembuhan klien, pengobatan yang efektif, dan pencegahan penularan kepada anggota keluarga lain. Harapan ini dapat meningkatkan motivasi klien untuk patuh pada pengobatan.

2.1.2.2 Diagnosa

Diagnosis keperawatan adalah penjelasan tentang respons manusia dari individu atau kelompok, yang memungkinkan perawat untuk mengenali dan memberikan intervensi yang jelas untuk meningkatkan kesehatan (Vonny & Nur, 2019).

Diagnosis keperawatan keluarga yang mungkin muncul pada klien dengan Tuberkulosis (TBC) yaitu :

a. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)

1. Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

Mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya.

b) Objektif

Pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan.

2. Gejala dan tanda minor

a) Subjektif

1) Mengekspresikan tidak adanya hambatan yang berarti dalam mengintegrasikan program yang ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan.

2) Menggambarkan berkurangnya faktor risiko terjadinya masalah kesehatan.

b) Objektif

Tidak ditemukan adanya gejala masalah kesehatan atau penyakit yang tidak terduga.

b. Gangguan proses keluarga (D.0120)

1. Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

Tidak tersedia

b) Objektif

1) Keluarga tidak mampu beradaptasi terhadap situasi

2) Tidak mampu berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga

2. Gejala dan tanda minor

a) Subjektif

Keluarga tidak mampu mengungkapkan perasaan secara leluasa.

b) Objektif

1) Keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan fisik/ emo-sional/ spiritual anggota keluarga.

2) Keluarga tidak mampu mencari atau menerima bantuan secara tepat.

c. Defisit pengetahuan (D.0111)

1. Gejala tanda dan mayor

a) Subjektif

Menanyakan masalah yang dihadapi.

b) Objektif

1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran.

2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

2. Gejala tanda dan minor

a) Subjektif

Tidak tersedia

b) Objektif

1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat.
2) Menunjukkan perilaku berlebihan (miss apatis, bermusuhan, agitasi, histeria).

d. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0116)

1. Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

1) Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita.
2) Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan.

b) Objektif

1) Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat.
2) Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tidak tepat.

2. Gejala tanda dan minor

a) Subjektif

Tidak tersedia

b) Objektif

Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko.

e. Penurunan koping keluarga (D.0097)

1. Tanda dan gejala mayor

a) Subjektif

Klien mengeluh/ khawatir tentang respon orang terdekat pada masalah kesehatan.

b) Objektif

1) Orang terdekat menarik diri dari klien.

2) Terbatasnya komunikasi orang terdekat dengan klien.

2. Tanda dan gejala minor

a) Subjektif

Orang terdekat menyatakan kurang terpapar informasi tentang upaya mengatasi masalah klien.

b) Objektif

1) Bantuan yang dilakukan orang terdekat menunjukkan hasil yang tidak memuaskan.

2) Orang terdekat berperilaku protektif yang tidak sesuai dengan kemampuan/ kemandirian klien.

f. Risiko ketidakpatuhan minum obat (D.0114)

1. Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

1) Menolak menjalani perawatan/ pengobatan.

2) Menolak mengikuti anjuran.

b) Objektif

1) Perilaku tidak mengikuti program perawatan/ pengobatan.

2) Perilaku tidak menjalankan anjuran.

2. Gejala dan tanda minor

a) Subjektif

Tidak tersedia

b) Objektif

1) Tampak tanda/ gejala penyakit/ masalah kesehatan masih ada atau meningkat.
2) Tampak komplikasi penyakit/ masalah kesehatan menetap atau meningkat.

g. Kesiapan peningkatan koping keluarga (D.0090)

1. Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

1) Angota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat.
2) Anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan.

2. Gejala dan tanda minor

a) Anggota keluarga mengidentifikasi pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan.
b) Anggota keluarga berupaya menjelaskan dampak krisis terhadap perkembangan.
c) Anggota keluarga mengungkapkan minat dalam membuat kontak dengan orang lain yang mengalami situasi yang sama.

2.1.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan adalah petunjuk tertulis yang digunakan untuk memberikan perawatan kepada pasien. Intervensi yang teratur bisa membantu perawat memahami tindakan keperawatan dengan lebih jelas, akibatnya, semua perawat memiliki kesempatan untuk

memberikan perawatan yang berkualitas tinggi dan konsisten (Vonny & Nur, 2019).

Berikut adalah intervensi keperawatan yang muncul pada keluarga menurut PPNI (2018) :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan	**Tindakan**
1	Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)	**Manajemen kesehatan (L.1204)** Setelah dilakukan kunjungan keperawatan diharapkan kesiapan peningkatan manajemen kesehatan membaik : 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat. 2. Menerapkan program perawatan meningkat. 3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan. 4. Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan atau pengobatan meningkat.	**Edukasi proses penyakit (I.12444)** **Observasi** 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. **Terapeutik** 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit. 2. Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit. 3. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit. 4. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi. 5. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan. 6. Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau ppengobatan. 7. Informasikan kondisi klien saat ini. 8. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala berat atau tidak biasa.
2	Gangguan proses keluarga (D.0120)	**Proses keluarga (L.13123)** Setelah dilakukan kunjungan keperawatan diharapkan	**Bimbingan sistem kesehatan (I.12360)** **Observasi** 1. Identifikasi masalah kesehatan individu, keluarga,

	gangguan proses keluarga membaik : 1. Adaptasi keluarga terhadap situasi membaik. 2. Kemampuan keluarga berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga membaik. 3. Kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga membaik. 4. Kemampuan anggota keluarga memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga membaik. 5. Kemampuan keluarga mencari bantuan secara tepat. 6. Aktivitas mendukung keselamatan anggota keluarga. 7. Aktivitas mendukung pertumbuhan anggota keluarga. 8. Kesepakatan peran keluarga pada tahap perkembungan membaik. 9. Sikap respek antara anggota keluarga membaik. 10. Minat keluarga melakukan aktivitas yang positif membaik. 11. Kemampuan keluarga pulih dari kondisi sulit membaik 12. Keseimbangan onotomi dan kebersamaan.	dan masyarakat. 2. Indentifikasi inisiatif individu, keluarga dan masyrakat. **Terapeutik** 1. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan. 2. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan mandiri. 3. Libatkan kolega atau teman untuk membimbing pemenuhan kebutuhan kesehatan. 4. Siapkan pasien untuk mampu berkolaborasi dan bekerjasama dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan. **Edukasi** 1. Bimbing untuk bertanggung jawab mengidentifikasi dan mengembangkan kemampuan memecahkan masalah kesehatan secara mandiri.

		13. Perhatian pada batasan anggota keluarga. 14. Hubungan dengan masyarakat membaik. 15. Adaptasi keluarga terhadap perubahan.	
3	Defisit pengetahuan (D.0111)	**Tingkat pengetahuan (L.12111)** Setelah dilakukan kunjungan keperawatan diharapkan defisit pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat. 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat. 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah meningkat. 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat meningkat 9. Perilaku meningkat.	**Edukasi kesehatan (I.12383)** **Observasi** 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. **Terapeutik** 1. Sediakan materi dan media dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya **Edukasi** 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
4	Manajemen	**Manajemen kese-**	**Dukungan koping keluarga**

	kesehatan keluarga tidak efektif (D.0116)	**hatan keluarga (L.12105)** Setelah dilakukan kunjungan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat. 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat. 3. Tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat. 4. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan meningkat. 5. Gejala penyakit anggota keluarga meningkat.	**(I.09260)** **Observasi** 1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini. 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis. 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang. 4. Identifikasi kesesuaian antara harapan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. **Terapeutik** 1. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga. 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi. 3. Diskusikan rencana medis dan perawatan. 4. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara klien dan keluarga atau antar anggota keluarga. 5. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, jika perlu. 6. Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan penyelesaian menyelesaikan konflik nilai. 7. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (misal. tempat tinggal, makanan, pakaian). 8. Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka. jika perlu. 9. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien. 10. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan atau jika keluarga tidak dapat memberikan per-

			awatan. 11. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan. **Edukasi** 1. Infromasikan kemajuan klien secara berkala. 2. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia. **Kolaborasi** 1. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu
5	Penurunan koping keluarga (D.0097)	**Status koping keluarga (L.09088)** Setelah dilakukan kunjungan keperawatan diharapkan penurunan koping keluarga membaik, dengan kriteria hasil : 1. Kepuasan terhadap perilaku bantuan anggota keluarga lain membaik. 2. Keterpaparan informasi membaik. 3. Perasaan diabaikan membaik. 4. Kekhawatiran tentang anggota keluarga membaik. 5. Perilaku mengabaikan anggota keluarga membaik. 6. Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga membaik. 7. Komitmen pada perawatan atau pengobatan membaik. 8. Komunikasi antara anggota keluarga membaik. 9. Perasaan tertekan (depresi) membaik.	**Dukungan koping keluarga (I.09260)** **Observasi** 1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini. 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis. 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah setelah pulang. 4. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan. **Terapeutik** 1. Dengarkan masalah,perasaan, dan pertanyaan keluarga. 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi. 3. Diskusikan rencana medis dan perawatan. 4. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga. 5. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, jika perlu. 6. Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan penyelesaian menyelesaikan konflik nilai. 7. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (misal. tempat tinggal,

		10. Perilaku menolak perawatan membaik. 11. Ketergantungan pada anggota keluarga lain membaik.	makanan, pakaian). 8. Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka. jika perlu. 9. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien. 10. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan. 11. Hargai Dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan. 12. Berikan kesempatan Atan berkunjung bagi anggota keluarga **Edukasi** 1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala. 2. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia **Kolaborasi** 1. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu.
6	Risiko ketidakpatuhan minum obat (D.0114)	**Tingkat kepatuhan (L.12110)** Setelah dilakukan kunjungan keperawatan diharapkan risiko ketidakpatuhan meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat. 2. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat. 3. Perilaku mengikuti program perawatan/ pengobatan meningkat.	**Dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361)** **Observasi** 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan. **Terapeutik** 1. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik. 2. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, jika perlu. 3. Dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan. 4. Diskusikan hal-hal yang mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan. 5. Libatkan keluarga untuk

		4. Perilaku menjalankan anjuran meningkat. 5. Risiko komplikasi penyakit/ masalah kesehatan meningkat.	mendukung program pengobatan yang dijalani. **Edukasi** 1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani. 2. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. 3. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan. 4. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu.
7.	Kesiapan peningkatan koping keluarga (D.0900)	**Fungsi keluarga (L.13114)** Setelah dilakukan kunjungan keperawatan diharapkan fungsi keluarga membaikt dengan kriteria hasil : 1. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga membaik. 2. Anggota keluarga saling mendukung membaik. 3. Anggota keluarga menjalankan peran yang diharapkan membaik. 4. Adaptasi terhadap masalah membaik. 5. Adaptasi terhadap transisi perkembangan membaik. 6. Pembagian tanggung jawab kepada setiap anggota keluarga membaik. 7. Lingkungan mendukung anggota	**Pelibatan Keluarga (I.14525)** **Observasi :** 1. Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan. **Terapeutik :** 1. Ciptakan hubungan terapiotik pasien dengan keluarga dalam perawatan. 2. Diskusikan cara perawatan di rumah (mis. kelompok, perawatan di rumah, atau rumah singgah). 3. Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan. 4. Fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan. **Edukasi :** 1. Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga 2. Informasikan tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga. 3. Informasikan harapan pasien kepada keluarga. 4. Anjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan. 5. Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan.

	keluarga mengungkapkan perasaan membaik. 8. Pelibatan anggota keluarga dalam penyelesaian masalah membaik. 9. Verbalisasi komitmen terhadap keluarga membaik. 10. Anggota keluarga terlibat dalam akivitas komunitas membaik. 11. Mempertahankan tradisi keluarga membaik.	

2.1.2.4 Implementasi

Pelayanan perawatan untuk keluarga yang memiliki anggota menderita TBC telah berhasil diimplementasikan. Klien mengerti tentang penyakitnya, gejala yang dialami, cara menularkan penyakit tersebut, serta bagaimana mengobatinya. Mereka juga memilih cara perawatan yang tepat, seperti tidur cukup dan minum obat secara teratur. Keluarga memberikan dukungan dengan memberi obat, memasak makanan, menjaga kebersihan, memastikan tempat tinggal tetap nyaman, dan siap mengantar ke tempat layanan kesehatan jika diperlukan (Ekaputri et al., 2024).

2.1.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk mengetahui seberapa jauh tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Hasil tindakan keperawatan

dengan menggunakan format SOAP (Subjective, Objective, Assesment, Plan), difokuskan pada pemahaman klien dan keluarga tentang Tuberkulosis (TBC), kemampuan perawatan mandiri, dukungan lingkungan, dan kepatuhan fasilitas kesehatan seperti yang dievaluasi dari seluruh intervensi (Ekaputri et al., 2024).

2.1 Landasan Teori

2.2.1 Konsep Keluarga

2.2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kelompok dua orang atau lebih yang hidup bersama dan memiliki hubungan emosional yang dekat, tanpa hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, serta tidak memiliki batasan anggota tertentu. (Akhriansyah et al., 2023).

Keluarga bisa dijelaskan sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang melibatkan seorang suami, istri, dan anak-anak mereka. Lingkungan keluarga adalah yang pertama dan paling penting bagi pertumbuhan individu. (Mayasari, 2021). Keluarga terdiri dari dua orang atau lebih yang tinggal bersama dengan hubungan emosional yang erat, baik mereka terhubung secara darah, menikah, atau mengadopsi, tanpa adanya batasan dalam keanggotaan keluarga (Muhasidah et al., 2025).

Keluarga merupakan unit terkecil dalam komunitas yang menjadi salah satu fokus bagi penyedia layanan keperawatan. Fungsi manajemen dalam keluarga bisa terpengaruh jika salah satu anggotanya mengalami masalah kesehatan, baik akut maupun kronis. Namun, di

sisi lain, keluarga juga dapat menjadi sumber dukungan utama bagi anggota yang sedang menghadapi masalah kesehatan. Dengan demikian, keluarga memainkan peran yang sangat penting dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan, dan perawatan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan (Enisah, 2025).

Pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih, yang tinggal bersama dan memiliki ikatan emosional yang kuat, seperti hubungan darah, pernikahan, atau adopsi tanpa batasan tertentu, yang menjadi lingkungan pertama bagi pertumbuhan individu serta berperan penting dalam pengambilan Keputusan dan dukungan kesehatan anggota keluarga.

2.2.1.2 Fungsi Keluarga

Secara umum, (Muhasidah et al., 2025) mengemukakan beberapa fungsi penting dari keluarga yaitu :

a. Fungsi afektif: ini merupakan tanggung jawab keluarga yang utama untuk mengajarkan berbagai hal agar anggota keluarga dapat berinteraksi dengan orang lain.
b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi: keluarga berfungsi sebagai unit terkecil dalam masyarakat, tempat di mana anak-anak dilatih untuk bersosialisasi.
c. Fungsi reproduksi: tujuan dari fungsi ini adalah untuk meneruskan generasi dan keturunan.

d. Fungsi ekonomi: keluarga perlu memenuhi kebutuhan keuangan mereka dan meningkatkan kemampuan untuk mendapatkan penghasilan lebih.
e. Fungsi pemeliharaan kesehatan: tujuan dari fungsi ini adalah untuk menjaga kesehatan anggota keluarga, termasuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin dan mendorong pola hidup yang bersih dan sehat dalam rangka mendukung kehidupan sosial anak.

2.2.1.3 Tipe Keluarga

Gambaran tentang pembagian tipe keluarga sangat beraneka raga,, tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan, namun secara umum pembagian tipe keluarga dapat dikelompokkan sebagai berikut (Suharti et al., 2023) :

a. Pengelompokkan secara tradisional

Secara tradisional, tipe keluarga dapat dikelompokkan dalam 2 macam yaitu (Suharti et al., 2023) :

1. Nuclear Family (Keluarga Inti)

   Nuclear family adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

2. Extended Family (Keluarga Besar)

   Extended family adalah keluarga inti yang ditambah dengan anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah seperti, kakek, nenek, paman, dan bibi.

b. Pengelompokkan secara modern

Dipengaruhi oleh semakin berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualism, maka tipe keluarga modern dapat dikelompokkan menjadi beberapa macam diantaranya (Suharti et al., 2023) :

1. Tradisional Nuclear

   Tradisional *nuclear* adalah keluarga inti ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah yang ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, Dimana salah satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2. *Niddle Age/Aging Couple*

   Niddle Age/Aging Couple adalah suatu keluarga Dimana suami sebagai pencari uang dan istri di rumah atau kedua-duanya bekerja d rumah, sedangkan anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/menikah/meniti karir.

3. *Dyadic Nuclear*

   Dyadic nuclear adalah suatu keluarga Dimana suami istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satunya bekerja di luar rumah.

4. *Single Parent*

   Single parent adalah keluarga yang hanya mempunyai satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

5. *Dual Carrier*

Dual carrier adalah keluarga dengan suami istri yang kedua-duanya orang karier dan tanpa memiliki anak.

6. *Three Generation*

   Three generation adalah keluarga yang terdiri atas tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.

7. *Communal*

   Communal adalah keluarga yang dalam satu rumah terdiri dari dua pasangan suami istri atau lebih yang monogamy berikut anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

8. *Cohibing Couple/Keluarga Kabitas/Cahabitation*

   *Cohibing couple/*keluarga kabitas*/cahabitation* adalah keluarga dengan dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan.

9. *Composite/Keluarga Berkomposisi*

   *Composite/*keluarga *berkomposisi* adalah keluarga sebuah keluarga dengan perkawinan poligami dan hidup/tinggal secara bersama-sama dalam satu rumah.

2.2.1.4 Tahap-tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga, seperti individu, terus mengalami perubahan dan perkembangan sepanjang waktu. Setiap fase dalam perkembangan memiliki tantangan, kebutuhan, dan sumber daya yang berbeda, serta melibatkan tugas tertentu yang harus diselesaikan sebelum keluarga

dapat melanjutkan ke tahap berikutnya menurut (Duvall, 1977) dalam (Suharti et al., 2023) :

a. Keluarga Awal, pasangan yang baru menikah dan belum memiliki anak.
b. Keluarga Pengasuhan Anak (anak paling tua lahir hingga 30 bulan), keluarga yang baru saja memiliki anak pertama.
c. Keluarga dengan Anak Usia Pra-sekolah (anak paling tua 2. 5-6 tahun), keluarga yang memiliki anak pertama dalam usia prasekolah.
d. Keluarga dengan Anak Sekolah (anak paling tua 6-13 tahun), keluarga yang memiliki anak yang sudah mulai masuk sekolah dasar.
e. Keluarga dengan Remaja (anak paling tua 13-20 tahun), keluarga yang memiliki anak yang memasuki masa remaja.
f. Keluarga yang Mengantar Dewasa Muda *lauching family* (anak pertama meninggalkan rumah hingga anak terakhir pergi), keluarga dengan anak-anak yang telah dewasa dan menikah.
g. Orang Tua Menengah (kosong sarang hingga pensiun), keluarga dengan orang tua yang sudah pensiun.
h. Anggota Keluarga yang Menua (pensiun hingga kematian kedua pasangan), keluarga yang memiliki orang tua yang sudah lanjut usia.

2.2.1.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Keluarga memiliki tanggung jawab dalam aspek kesehatan yang harus dimengerti dan dilaksanakan sesuai dengan perannya dalam menjaga kesehatan (Muhasidah et al., 2025) yaitu :

a. Keluarga harus mengenali masalah kesehatan yang ada di dalam-nya.
b. Keluarga perlu menentukan tindakan kesehatan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan yang muncul.
c. Keluarga diharapkan mampu merawat anggota yang memiliki masalah kesehatan.
d. Keluarga dapat melakukan perubahan pada lingkungan untuk memastikan kesejahteraan anggotanya.
e. Keluarga dapat memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia di sekitarnya untuk mendukung kesehatan setiap anggota.

2.2.1.6 Strategi Koping Keluarga

Berikut merupakan strategi koping keluarga yang dapat digunakan dalam menghadapi masalah, tekanan, maupun kondisi stress akibat masalah kesehatan atau permasalahan lainnya di dalam keluarga (Sitanggang et al., 2025).

a *Problem Focused Coping* (Berfokus pada Masalah)

Strategi ini berfokus langsung pada penyelesaian sumber stres.

1. Komunikasi terbuka

   Mengadakan diskusi rutin untuk mencari akar masalah tanpa saling menyalahkan.

2. Pembagian tugas

   Membagi beban kerja atau perawatan anggota keluarga (seperti merawat lansia atau anggota keluarga yang sakit) secara adil agar tidak ada yang kelelahan.

3. Pencarian informasi dan bantuan

   Menggali informasi akurat, berkonsultasi dengan profesional (dokter, psikolog), atau mencari dukungan sosial dari komunitas.

b *Emotion Focused Coping* (Berfokus pada Emosi)

Strategi ini berfokus pada pengendalian emosi negatif dan stres psikologis yang muncul akibat masalah.

1. Pendekatan spiritual

   Berdoa bersama, beribadah, dan memperkuat keyakinan untuk mendapatkan ketenangan batin.

2. Dukungan internal keluarga

   Memberikan validasi emosi, saling mendengarkan, dan memberikan semangat antar anggota keluarga.

3. Manajemen stres

   Melakukan aktivitas santai bersama atau meluangkan waktu untuk hobi guna meredakan ketegang.