

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberculosis Paru

2.1.1 Definisi

Tuberculosis paru adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (Depkes RI, 2008). Kuman tersebut biasanya masuk ke tubuh manusia melalui udara (pernapasan) ke dalam paru. Kemudian kuman tersebut menyebar dari paru ke organ tubuh yang lain melalui peredaran darah, kelenjar limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke organ tubuh lain (Depkes RI, 2008).

2.1.2 Etiologi

Penyebab tuberkuloosis paru (TBC) adalah mycobakterium tuberkulosis yang biasanya ditularkan melalui inhalasi percikan ludah orang ke orang sehingga bakteri mengkolonisasi bronkiolus dan alveolus (Corwin,Elizabeth J.2008:414).

Menurut Crofton (2002) adapun penyebab dari seseorang terkena TBC adalah sebagai berikut:

- a. *Basil Tuberkel (Mycobacterium tuberculosis)* merupakan penyebab utama TBC di dunia termasuk di dunia
- b. *Mycobacterium africanum* adalah penyebab TBC yang terdapat di afrika. Perbedaan penting satu-satunya adalah bahwa basil ini sering resisten terhadap *tiasetazon*, sehingga penderita yang menggunakan *tiasetazon* akan mengalami TBC yang susah untuk disembuhkan (Crofton, 2002).

- c. *Mycobacterium Bovis* pada suatu ketika menyebabkan infeksi yang luas pada ternak di Eropa dan Amerika. Infeksi sering kali ditularkan oleh manusia lewat susu ternak yang mereka konsumsi, sehingga orang yang meminum susu dari ternak tersebut, maka akan berisiko tertular penyakit TBC.
- d. *Mikobakteria non-tuberculosis*. Penyakit ini disebabkan oleh basil menjadi relatif lebih penting di Negara-negara maju, seperti di bagian Amerika Serikat dan Australia. Dimana *tuberculosis* sudah berkurang saat ini. Penyakit ini mungkin menyerang pada orang yang terinfeksi HIV karena lemahnya sistem imunitasnya. Sering *resisten* terhadap banyak obat-obatan sehingga susah disembuhkan.

2.1.3 Klasifikasi

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak Depkes RI (2006) mengklasifikasikan TB Paru dalam berbagai kelompok sebagai berikut:

- a. Tuberculosis pada BTA positif

Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu hasilnya BTA positif. Spesimen dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu hasilnya BTA positif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran *tuberculosis* aktif.

- b. Tuberculosis paru BTA negatif

Pemeriksaan 3 spesimen dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu hasilnya BTA negatif dan foto rontgen dada menunjukkan tuberkulosis aktif. TBC paru BTA negatif rontgen positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu batuk berat dan ringan. Batuk berat bila gambaran foto rontgen dapat memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas.

c. Tuberculosis ekstra paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (*pericardium*), *kelenjar limfe*, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin dan lain-lain. TBC ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan.

d. TBC ekstra paru ringan

Penyakit TBC yang menyerang di tempat selain paru yang berdampak ringan terhadap manusia, misalnya TBC *kelenjar limfe*, *pleuritis eksudative unilateral*, tulang (kecuali tulang belakang) karena di dalam tulang belakang banyak terdapat serabut syaraf pusat yang mempengaruhi otak, sendi dan kelenjar *adrenal*.

e. TBC ekstra paru berat

Penyakit TBC yang menyerang bukan pada paru dan berdampak sangat membahayakan karena menyerang organ vital, misalnya: *meningitis*, *millier*, *perikarditis*, *peluritis eksudative duplex*, TBC tulang belakang, TBC usus, TBC saluran kencing dan alat kelamin.

2.1.4 Patofisiologi

Individu rentan yang menghirup basil tuberkulosis dan menjadi terinfeksi. Bakteri dipindahkan melalui jalan napas ke alveoli, tempat dimana mereka terkumpul dan mulai untuk memperbanyak diri. Basil juga dipindahkan melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagaian tubuh lainnya (ginjal, tulang, korteks serebri), dan area paru-paru lainnya (lobus atas).

Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri, limposit spesifik- tuborkulosis

melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli, menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya terjadi dua sampai sepuluh minggu setelah pemajanan.

Masa jaringan baru, yang disebut granulomas, yang merupakan gumpalan basil yang masih hidup dan yang sudah mati di kelilingi oleh makropag yang membentuk dinding protektif granulomas diubah menjadi masa jaringan fibrosa. Bagian sentral dari masa fibrosa ini di sebut tuberkel ghon. Bahan (bakteri dan makropag) menjadi nekrotik, membentuk masa seperti keju. Masa ini dapat mengalami kalsifikasi, membentuk sekar kolagenosa. Bakteri menjadi dorman tanpa perkembangan penyakit aktif.

Setelah pemajanan dan infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadkuat dari respon sistem imun. Penyakit aktif dapat juga terjadi dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman. Dalam kasus ini, tuberkel ghon memecah, melepaskan bahan seperti keju kedalam bronki. Bakteri kemudian menjadi tersebar diudara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh tuberkel yang memecah menyembuh, membentuk jaringan parut. Paru – paru yang terinfeksi lebih membengkak mengakibatkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut, pembentukan tuberkel, dan selanjutnya.

Kecuali proses tersebut dapat dihentikan, penyebarannya dengan lambat mengarah kebawah ke hilum paru-paru dan kemudian meluas ke lobus yang berdekatan. Proses mungkin berkepanjangan dan ditandai oleh remisi lama ketika penyakit dihentikan, hanya supaya diikuti dengan periode aktivitas yang

diperbaharui. Hanya sekitar 10 % individu yang awalnya terinfeksi mengalami penyakit aktif (Brunner & Suddarth, 2010)

2.1.5 Tanda dan Gejala

Gejala-gejala klinis yang muncul pada klien TBC paru adalah sebagai berikut : demam yang terjadi biasanya menyerupai demam pada influenza, terkadang sampai 40-41⁰ C. Batuk terjadi karena iritasi bronchus, sifat batuk dimulai dari batuk non produktif kemudian setelah timbul peradangan menjadi batuk produktif. Keadaan lanjut dapat terjadi hemoptoe karena pecahnya pembuluh darah. Ini terjadi karena kavitas, tapi dapat juga terjadi ulkus dinding bronchus. Sesak nafas terjadi pada kondisi lanjut dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru. Nyeri dada timbul bila sudah terjadi infiltrasi ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Malaise dengan gejala yang dapat ditemukan adalah anorexia, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, keringat malam hari (Heitkemper, 2008).

Gejala-gejala klinis yang muncul pada klien TBC paru adalah (Bahar, 2010 : 824)

a. Demam

Biasanya *subfebris* menyerupai demam *influenza*, tetapi kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40 – 41° C, serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi dapat timbul kembali, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan pasien dan berat ringannya *infeksi* kuman *tuberculosis* yang masuk.

b. Batuk/ Batuk Darah.

Batuk terjadi karena adanya *iritasi* pada *bronkus*. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk–produk radang. Karena terlibatnya *bronkus* pada setiap penyakit tidak sama. Mungkin saja batuk ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan dimulai, batuk dimulai batuk kering (*non produktif*) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

c. Sesak Nafas.

Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut yang *infiltrasinya* sudah meliputi setengah bagian paru- paru.

d. Nyeri Dada.

Gejala ini agak jarang ditemukan, nyeri dada timbul bila *infiltrasi* radang sudah sampai *kepleura* sehingga menimbulkan *pleuritis*.

e. Malaise.

Gejala ini agak jarang ditemukan berupa *anoreksia* (tidak nafsu makan), badan makin kurus (berat badan menurun), sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam, gejala ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

Gejala tuberculosis yang utama adalah batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih (Depkes RI, 2002) : 13). Adapun gejala tambahan yang sering dijumpai adalah :

a. Dahak bercampur darah.

- b. Batuk darah
- c. Sesak nafas dan nyeri dada.
- d. Badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan.

2.1.6 Cara Penularan

Sumber penularan adalah penderita TB Paru BTA Positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). *Droplet* yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman TBC masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TBC tersebut dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem *sel-limfe*, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian-bagian lainnya. Cara batuk memegang peranan penting. Kalau batuk ditahan, hanya akan dikeluarkan sedikit basil, apalagi kalau saat batuk penderita menutup mulut dengan kertas *tissue* (Halim, 2010).

Faktor lain ialah cahaya matahari dan ventilasi. Karena *basil* TB tidak tahan cahaya matahari, kemungkinan penularan di bawah terik matahari sangat kecil. Juga mudah dimengerti bahwa ventilasi yang baik, dengan adanya pertukaran udara dari dalam rumah dengan udara segar dari luar, akan dapat juga mengurangi bahaya penularan bagi penghuni-penghuni rumah (Halim, 2010).

2.1.7 Penegakan Diagnosis TBC

Diagnosis tuberkulosis paru ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, foto thoraks, uji tuberkulin, laboratorium, dan pemeriksaan

patologi anatomi (PA). Di Indonesia sebagai standar untuk penegakan diagnosis tuberkulosis paru adalah pemeriksaan mikroskopis. Pemeriksaan mikroskopis sangat cocok dengan kondisi Puskesmas dalam menegakkan diagnosis tuberkulosis paru (Depkes RI, 2002). Oleh karena itu untuk deteksi kuman TBC digunakan pemeriksaan mikroskopis dalam menetapkan diagnosis dan pengobatan.

Tes Diagnostik

Tes diagnostik yang dilakukan diuraikan pada tabel berikut:

Tabel 2.1

Jenis Pemeriksaan	Interpretasi Hasil
Sputum: -Kultur	Mycobacterium tuberculosis positif pada tahap aktif, penting untuk menetapkan diagnosa pasti dan melakukan uji kepekaan terhadap obat.
-Ziehl-Neelsen	BTA positif
Tes Kulit (PPD, Mantoux, Vollmer)	Reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih) menunjukkan infeksi masa lalu dan adanya antibodi tetapi tidak berarti untuk menunjukkan keaktifan penyakit.

Foto thorax	Dapat menunjukkan infiltrasi lesi awal pada area paru, simpanan kalsium lesi sembuh primer, efusi cairan, akumulasi udara, area cavitas, area fibrosa dan penyimpangan struktur mediastinal.
Histologi atau kultur jaringan (termasuk bilasan lambung, urine, cairan serebrospinal, biopsi kulit)	Hasil positif dapat menunjukkan serangan ekstrapulmonal
Biopsi jarum pada jaringan paru	Positif untuk granuloma TB, adanya giant cell menunjukkan nekrosis.
Darah: -LED	Indikator stabilitas biologik penderita, respon terhadap pengobatan dan prediksi tingkat penyembuhan. Sering meningkat pada proses aktif.
-Limfosit	Menggambarkan status imunitas penderita (normal atau supresi)
-Elektrolit	Hiponatremia dapat terjadi akibat retensi cairan pada TB paru kronis luas.

-Analisa Gas Darah	Hasil bervariasi tergantung lokasi dan beratnya kerusakan paru
Tes faal paru	Penurunan kapasitas vital, peningkatan ruang mati, peningkatan rasio udara residu dan kapasitas paru total, penurunan saturasi oksigen sebagai akibat dari infiltrasi parenkim/fibrosis, kehilangan jaringan paru dan penyakit pleural

2.1.8 Pengobatan

Tujuan pengobatan TB paru adalah untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan mata rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Jenis, sifat dan dosis yang digunakan untuk TB paru (Depkes, 2010).

Tabel 2.2

Jenis, sifat dan dosis OAT

Jenis OAT	Sifat	Dosis (mg/kg) Harian	Dosis (mg/kg) 3 x Seminggu
Isoniasid (H)	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin (R)	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamid (Z)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12-18)	-
Etambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-35)

Pengobatan TB paru menurut Depkes RI (2002) dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai kategori pengobatan.
2. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
3. Pengobatan TB paru diberikan dalam dua tahap, yaitu tahap awal(intensif) dan lanjutan.

Pengobatan TB paru dalam jangka waktu tertentu dapat menimbulkan efek samping baik yang bersifat ringan maupun yang berat. Tabel 2 menjelaskan efek samping OAT dari yang ringan maupun berat dengan pendekatan gejala

Tabel 2.3

Efek samping ringan OAT

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Tidak ada nafsu makan	Rifampicin	Semua OAT diminum malam sebelum tidur
Nyeri sendi	Pyrazinamid	Beri aspirin
Kesemutan sampai dengan rasa terbakar di kaki	INH	Beri vitamin B6 (piridoxin) 100 mg/hari
Warna kemerahan pada urine	Ryfampicin	Tidak perlu diberi apa-apa tapi beri penjelasan pаса pasien

(Depkes, 2010)

Tabel 2.4
Efek samping berat OAT

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Gatal dan kemerahan di kulit	Semua jenis OAT	Ikuti petunjuk pelaksanaan dibawah
Tuli	Streptomycin	Streptomycin dihentikan
Gangguan keseimbangan	Streptomycin	Streptomycin dihentikan, ganti Etambutol
Ikterus tanpa penyebab lain	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT sampai ikterus hilang
Bingung dan muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat)	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati
Gangguan penglihatan	Etambutol	Hentikan Etambutol
Purpura dan rejatan (syok)	Rifampicin	Hentikan Rifampicin

(Depkes, 2010)

Penatalaksanaan pasien dengan efek samping “gatal dan kemerahan kulit” dilakukan dengan menyingkirkan dulu kemungkinan penyebab lain. Sementara dapat diberikan anti-histamin, sambil meneruskan OAT dengan pengawasan ketat. Gatal-gatal tersebut pada sebagian pasien akan hilang, namun pada sebagian pasien malahan terjadi kemerahan kulit. Bila keadaan seperti ini terjadi maka OAT yang diberikan harus dihentikan, dan ditunggu sampai kemerahan kulit tersebut hilang. Jika gejala efek samping ini bertambah berat, pasien perlu dirujuk. Efek samping hepatotoksisitas bisa terjadi karena reaksi hipersensitivitas atau karena kelebihan dosis (Depkes, 2008).

Selain OAT ada metode lain yang dapat digunakan yaitu *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). DOTS adalah nama suatu strategi yang dilaksanakan di pelayanan kesehatan dasar di dunia untuk mendeteksi dan menyembuhkan pasien TB paru. Strategi ini terdiri dari lima komponen yaitu:

- a. Dukungan politik para pemimpin disetiap jenjang sehingga program ini menjadi salah satu prioritas dan pendanaan akan tersedia.
- b. Mikroskop sebagai komponene utama untuk mendiagnosa TB paru melalui pemeriksaan sputum langsung pasien tersangka dengan penemuan secara pasif.
- c. Pengawasan minum obat (PMO) yaitu orang yang dikenal dan dipercaya baik oleh pasien maupun petugas kesehatan yang akan ikut mengawasi pasien minum obat seluruh obatnya sehingga dapat dipastikan bahwa pasien betul minum seluruh obat dan diharapkan kesembuhan pada akhir masa pengobatannya
- d. Pencatatan dan pelaporan dengan baik dan benar sebagai bagian dari sistem surveilans penyakit ini sehingga pemantauan pasien dapat berjalan.
- e. Panduan obat anti TB paru jangka pendek yang benar, termasuk dosis, dan jangka waktu yang tepat sangat penting untuk keberhasilan pengobatan.

2.1.9 Komplikasi

Penyakit tuberculosis paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi dini dan komplikasi lanjut :

- a. Komplikasi dini.
 - (1) Pleuritis : inflamasi pleura

- (2) Efusi pleura : alir cairan keluar dari dalam pembuluh yang normal ke jaringan sekitarnya.
- (3) Empiema : timbunan atau kumpulan pus dalam suatu kavitas.
- (4) Langiritis : inflamasi laring.
- (5) Menjalar ke organ lain melalui penyebaran suatu hematogen karena fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk ke dalam system vaskuler dan tersebar ke organ-organ tubuh usus.
- (6) Pancet's athropathy : Setiap penyakit sendi.

b. Komplikasi lanjut

- (1) Obstruksi jalan nafas : SPOT (Sindrom Obstruksi Pasca Operatif).
- (2) Kerusakan parenkim berat : SPOT / fibrosis paru, Korpulmonal.
- (3) Amiloidosis terdapat timbunan-timbunan amiloid (zat pati) dalam jaringan tubuh atau sebagai timbunan abnormal dalam berbagai organ.
- (4) Karsinoma Paru : Infeksi yang berkelanjutan tanpa penanganan dapat menyebabkan kanker paru.
- (5) Sindrom gagal nafas dewasa (ARDS) : Kerusakan pertukaran gas dan pengalihan ekstensif darah dalam paru- paru. (Bahar, 2001 : 829)

2.1.10 Pameriksaan Penunjang.

a. Reaksi hipersensitifitas.

Patogenesis basil tidak berasal dari proses keracunan intrinsik, tetapi dari kemampuannya untuk menimbulkan reaksi hipersensitivitas pada penjamu. Bila ada individu dengan limfosit yang sensitive tuberculosis disuntikkan

derivate protein yang telah dimurnikan (PPD) tuberculin kedalam kulit, maka limfosit yang sensitif akan mengadakan reaksi dengan ekstrak tersebut.

b. Tes kulit tuberculin.

1) Tes tuberculin intra dermal (Mantoux).

Teknik standart (tes Mantoux) adalah dengan menyuntikkan tuberculin (PPD) sebanyak 0,1 ml yang mengandung 5 unit tuberculin secara intracutan, pada sepertiga alas permukaan volar lengan bawah sebelah kulit dibersihkan dengan alkohol. Untuk memperoleh reaksi kulit yang maksimal diperlukan waktu antara 48 sampai 72 jam sesudah penyuntikan. Reaksi harus dibaca, yang dicatat dari reaksi ini adalah diameter indurasi dalam satuan milimeter. Pengukuran harus dilakukan melintang terhadap sumber panjang lengan bawah. Indurasi dapat ditentukan dengan inspeksi dan palpasi daerah indurasi sebesar 10 mm atau lebih dianggap bermakna dan mencerminkan adanya sensitifitas yang berasal dari infeksi dengan hasil daerah indurasi yang diameternya kurang dari 10 mm dianggap tidak bermakna.

2) Tes tuberculin dengan suntikan jet.

Suntikan jet adalah suatu cara untuk menyuntikkan tes tuberculin dengan cepat dan tidak sakit. Batas tes (PPD STU) disuntikkan intra dermal dengan memakai tekanan tinggi, gelombang yang berbentuk harus berdiameter 6 sampai 10 mm. Cara membaca dan menginterpretasi sama dengan tes mantoux.

3) Tes tuberculin tusukan majemuk.

Tes tusukan majemuk dilakukan dengan cepat dengan alat yang dapat menyuntikkan bahan tes ke kulit pada beberapa tempat sekaligus. Tes dibaca 42 sampai 72 jam. Reaksi vaskuler diinterpretasikan reaksi bermakna.

c. Vaksinsi BCG.

Vacillus Calmette – Guerin (BCG), suatu bentuk vaksin dari kuman tuberculosa sapi yang dilemahkan. Organisme disuntikkan ke kulit untuk membentuk fokus primer yang berdinding berkapur dan berbatas tegas. Reaksi 10 atau 15 mm dianggap sebagai reaksi bermakna.

d. Pemeriksaan Radiografik.

Secara patologis, manifestasi dini tuberculosa adalah berupa suatu kompleks kelenjar getah bening parenkim. Pada orang dewasa, segmen apeks dan posterior lobus atas atau segmen superior lobus bawah yang menimbulkan lesi yang terlihat homogen dengan densitas yang lebih pekat. Dapat juga terlihat adanya pembentukan kavitas dan gambaran penyakit yang menyebar yang bilateral.

e. Pemeriksaan bakteriologik.

Pemeriksaan sputum dengan cara ziele-Neelsen. Sediaan apus yang akan diwarnai mula-mula digenangi dengan zat karbol-fuksin yang dipanaskan, lalu dilakukan dekolonisasi dengan asam alkohol. Setelah itu diwarnai dengan mekalin biru atau “brilliant green” setelah larutan ini melekat pada micobacterium maka tidak dapat memperkirakan jumlah basil tahan asam yang terdapat pada sediaan. (Price, 1999:755).

Menurut WHO tahun 1991 memberikan kriteria pasien tuberkulosis paru (Bahar, 2001 : 828) :

- 1) Pasien dengan sputum BTA positif, yaitu :
 - (1) Pasien yang pada pemeriksaan sputum secara mikroskopis ditemukan BTA, sekurang- kurangnya pada 2x pemeriksaan atau lebih.
 - (2) Satu sediaan sputumnya positif disertai kelainan radiologos yang sesuai dengan gambaran TB aktif, atau
 - (3) Satu sediaan sputumnya positif disertai biakan yang positif.
- 2) Pasien dengan sputum BTA negatif.
 - (1) Pasien yang pada pemeriksaan sputum secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sedikitnya pada 2x pemeriksaan tetapi gambaran radiologis sesuai dengan TB aktif pada paru atau
 - (2) Pasien yang pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sama sekali, tetapi pada biakannya positif.
- 3) Disamping TB paru terdapat juga TB eksternal paru yakni:
 - (1) Pasien dengan kelainan histologis atau dengan gambaran klinis sesuai dengan TB aktif paru.
 - (2) Pasien dengan satu sediaan dari organ ekstra parunya menunjukkan hasil bakteri *M. Tuberculosae*.

2.1.11 Pencegahan

- (1) Vaksinasi BCG. Pemberian BCG meninggikan daya tahan tubuh terhadap infeksi oleh basil tuberculosis yang virulen. Imunitas timbul enam sampai delapan minggu setelah pemberian BCG. Imunitas yang terjadi tidaklah

lengkap sehingga masih mungkin terjadi super infeksi meskipun biasanya tidak progresif dan menimbulkan komplikasi yang berat.

- (2) Mempertahankan sistem imunitas seluler dalam keadaan optimal dengan sedapat mungkin menghindari faktor-faktor yang dapat melemahkan seperti kortikosteroid dan kurang gizi.
- (3) Menghindari kontak dengan penderita aktif TB
- (4) Menggunakan obat-obatan sebagai langkah pencegahan pada kasus beresiko tinggi.
- (5) Menjaga standar hidup yang baik, kasus baru dan pasien yang berpotensi tertular interpretasi melalui penggunaan dan interpretasi tes kulit tuberculin yang tepat imunisasi BCG.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

2.2.1 Pengertian

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan kegiatan promosi, pemeliharaan dan pendidikan kesehatan serta manajemen, koordinasi dan kontinuitas asuhan dalam layanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok/komunitas (ANA dalam Stanhope & Lancaster, 2010).

2.2.2 Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 2010). Sebagai sasaran praktik keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

a) Individu Sebagai Klien

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, social, dan spiritual. Peran perawatan pada individu sebagai klien, pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan biologi, sosial, psikologi dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurangnya kemauan menuju kemandirian pasien/ klien.

b) Keluarga Sebagai Klien

Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat atau masyarakat secara keseluruhan. Keluarga dalam fungsinya mempengaruhi dan lingkup kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, dicintai dan mencintai, harga diri dan aktualisasi diri.

Beberapa alasan yang menyebabkan keluarga merupakan salah satu fokus pelayanan keperawatan yaitu:

- a. Keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat
- b. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki ataupun mengabaikan masalah kesehatan didalam kelompoknya sendiri.

c. Masalah kesehatan didalam keluarga saling berkaitan. Penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga tersebut.

c) Masyarakat Sebagai Klien

Masyarakat memiliki ciri-ciri adanya interaksi antar warga, diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas dan memiliki identitas yang kuat mengikat semua warga. Kesehatan dalam keperawatan kesehatan komunitas didefinisikan sebagai kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan afektif. Kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif. Menurut Hendrik L. Blum ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkungan terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik yaitu lingkungan yang berkaitan dengan fisik seperti: air, udara, sampah, tanah, iklim, dan perumahan. Contoh di suatu daerah mengalami wabah diare dan penyakit kulit akibat kesulitan air bersih. Keturunan merupakan faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawanya sejak lahir, misalnya penyakit asma. Keempat faktor tersebut saling berkaitan dan saling menunjang satu dengan yang lainnya dalam menentukan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.2.3 Tujuan Keperawatan Komunitas

1. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri.

2. Tujuan Khusus

- a. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
- b. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
- c. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
- d. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/ rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
- e. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
- f. Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di puskesmas.
- g. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat optimal (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.2.4 Fungsi Keperawatan Komunitas

1. Memberikan pedoman yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
2. Agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya.
3. Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien, serta melibatkan peran serta masyarakat.
4. Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya, sehingga mendapatkan pelayanan yang cepat agar mempercepat prose penyembuhannya.

2.2.5 Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok yang beresiko tinggi seperti keluarga penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil (R. Fallen & R. Budi, 2010).

Menurut Anderson (1988) sasaran keperawatan komunitas terdiri dari tiga tingkat yaitu:

1. **Tingkat Individu**

Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu yang mempunyai masalah kesehatan tertentu (misalnya TBC, Ibu hamil dll) yang dijumpai di poliklinik, Puskesmas dengan sasaran dan pusat

perhatian pada masalah kesehatan dan pemecahan masalah kesehatan individu.

2. Tingkat Keluarga

Sasaran kegiatan adalah keluarga dimana anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dirawat sebagai bagian dari keluarga dengan mengatur sejauh mana terpenuhinya tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, memberikan perawatan kepada anggota keluarga, menciptakan lingkungan yang sehat dan memanfaatkan sumber daya dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

3. Tingkat Komunitas

Dilihat sebagai suatu kesatuan dalam komunitas sebagai klien.

a. Pembinaan kelompok khusus

Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan seperti lanjut usia.

b. Pembinaan desa atau masyarakat bermasalah

Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan kasus penyakit menular seperti: TBC, AIDS, Kusta dan lain-lain

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Komunitas

2.3.1 Pengkajian

1. Pada tahap pengkajian, perawat melakukan pengumpulan data yang bertujuan mengidentifikasi data yang penting mengenai klien.

Yang perlu dikaji pada kelompok atau komunitas adalah:

- a. Core atau inti: data demografi kelompok atau komunitas yang terdiri: umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, agama, nilai-nilai, keyakinan serta riwayat timbulnya kelompok atau komunitas.
- b. Delapan subsistem yang mempengaruhi komunitas (Betty Neuman):
 - 1) Perumahan: rumah yang dihuni oleh penduduk, penerangan, sirkulasi dan kepadatan.
 - 2) Pendidikan: apakah ada sarana pendidikan yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan.
 - 3) Keamanan dan keselamatan di lingkungan tempat tinggal: apakah tidak menimbulkan stress.
 - 4) Politik dan kebijakan pemerintah terkait dengan kesehatan: apakah cukup menunjang sehingga memudahkan komunitas mendapat pelayanan di berbagai bidang termasuk kesehatan.
 - 5) Pelayanan kesehatan yang tersedia untuk melakukan deteksi dini gangguan atau merawat atau memantau apabila gangguan sudah terjadi.
 - 6) System komunikasi: Sarana komunikasi apa saja yang dapat dimanfaatkan di komunitas tersebut untuk meningkatkan pengetahuan terkait dengan gangguan nutrisi misalnya televisi, radio, koran atau leaflet yang diberikan kepada komunitas.
 - 7) Ekonomi: Tingkat sosial ekonomi komunitas secara keseluruhan apakah sesuai dengan UMR (Upah Minimum Regional), dibawah UMR atau diatas UMR sehingga upaya pelayanan kesehatan yang

diberikan dapat terjangkau, misalnya anjuran untuk konsumsi jenis makanan sesuai status ekonomi tersebut.

8) Rekreasi: Apakah tersedia sarannya, kapan saja dibuka, dan apakah biayanya terjangkau oleh komunitas. Rekreasi ini hendaknya dapat digunakan komunitas untuk mengurangi stress.

c. Status kesehatan komunitas

Status kesehatan dapat dilihat dari biostatistik dan vital statistic, antara lain angka mortalitas, angka morbiditas, IMR, MMR, serta cakupan imunisasi.

2. Analisa data dilaksanakan berdasarkan data yang telah diperoleh dan disusun dalam suatu format yang sistematis. Dalam menganalisa data memerlukan pemikiran yang kritis.

Data yang terkumpul kemudian dianalisa seberapa besar stressor yang mengancam masyarakat dan seberapa berat reaksi yang timbul pada masyarakat tersebut. Berdasarkan hal tersebut diatas dapat disusun diagnose keperawatan komunitas dimana terdiri dari: Masalah Kesehatan, Karakteristik populasi, Karakteristik Lingkungan (R. Fallen & R. Budi, 2010).

Analisis faktor – faktor yang berhubungan dengan masalah atau lazimnya disebut dengan etiologi. Untuk menetapkan etiologi dari masalah keperawatan di Komunitas dapat menggunakan beberapa pilihan di bawah ini :

- a. Faktor budaya masyarakat
- b. Pengetahuan yang kurang

- c. Sikap masyarakat yang kurang mendukung
- d. Dukungan yang kurang dari pemimpin formal atau informal
- e. Kurangnya kader kesehatan di masyarakat
- f. Kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat
- g. Kurangnya efektifnya pengorganisasian
- h. Kondisi lingkungan dan geografis yang kurang kondusif
- i. Pelayanan kesehatan yang kurang memadai
- j. Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur pencegahan penyakit
- k. Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur perawatan kesehatan
- l. Faktor financial
- m. Komunikasi/ koordinasi dengan sumber pelayanan kesehatan kurang efektif

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Menyimpulkan masalah keperawatan di komunitas berdasarkan klasifikasi kepemilikan masalah menurut OMAHA
2. Formulasi penulisan diagnosa keperawatan :
 - a. Problem
 - b. Etiologi
 - c. Data yang mendukung
3. Tipe Diagnosa keperawatan Komunitas ada 3 diantaranya:
 - a. Diagnosa actual, dimana karakteistiknya adalah adanya data mayor (utama) sehingga masalah cukup valid untuk diangkat.
 - b. Diagonsa Resiko dan Resiko Tinggi, dimana karakteristiknya adalah adanya faktor-faktor di komunitas yang beresiko. Data-data yang

menunjang untuk diagnosa resiko adalah data yang memvalidasi faktor-faktor resiko.

- c. Diagnosa Sehat/ Sejahtera/ Wellnes, dimana diagnosa ini adalah menggambarkan keadaan sehat dikomunitas. Penulisannya menggunakan tabel potensial peningkatan. Diagnosa ini perlu diangkat dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kondisi di komunitas yang sudah sehat tersebut dengan kegiatan Promotif dan Preventif (Imam Subekti, 2005).

Berikut ini adalah daftar Diagnosa Keperawatan Komunitas berdasarkan Klasifikasi Kepemilikan Masalah OMAHA. Diagnosa keperawatan OMAHA ini terdiri dari 4 klasifikasi masalah, yaitu Lingkungan, Psikososial, Fisiologis, dan Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan terdiri dari 40 macam masalah.

Tabel 2.5

DAFTAR KLASIFIKASI MASALAH MENURUT OMAHA			
I.Pemilikan Lingkungan	II.Pemilikan Psikososial	III.Pemilik Fisiologis	IV.Pemilik Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan
Pendapatan	Komunikasi dengan sumber masyarakat	Pendengaran	Nutrisi
Sanitasi	Kontak sosial	Penglihatan	Pola istirahat dan tidur
Pemukiman	Perubahan peranan	Berbicara dan bahasa	Aktifitas fisik
Keamanan pemukiman/	Hubungan antar anak	Geligi	Kebersihan
		Pengamatan	

tempat kerja	Kegelisahan agama	Nyeri	perorangan
yang lain	Kesedihan	Kesadaran	Penyalahgunaan obat
	Stabilitas emosi	Bungkus/ kulit	Keluarga berencana
	Seksualitas manusiawi	Fungsi	Penyedia pelayanan
	Memelihara keorang	neuromuskuluskeletal	kesehatan
	tuaan	Respirasi	Peraturan penulisan
	Anak/dewasa	Sirkulasi	resep
	ditelantarkan	Digesti – hidrasi	Tekhnis prosedur
	Perlakuan salah	Fungsi perut	Lain - lain
	terhadap anak/orang	Fungsi genitourinaria	
	dewasa	Ante partum/ post	
	Pertumbuhan dan	partum	
	perkembangan	Lain - lain	
	Lain - lain		

2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Komponen dalam menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas antara lain:

1. Prioritas masalah, menggunakan skoring
2. Merumuskan Tujuan
 - a. Berorientasi pada masyarakat
 - b. Berorientasi pada masalah dan faktor-faktor penyebabnya
 - c. Jangka waktu pencapaian (jangka panjang-jangka pendek)

3. Merumuskan Kriteria Hasil
Menuliskan ukuran/ standar pencapaian hasil yang diharapkan sesuai tujuan
4. Menyusun Aktifitas/ Intervensi
 - a. Pendekatan 3 tingkat pencegahan
 - b. Kerjasama lintas program dan sector
5. Menetapkan:
 - a. Penanggung jawab
 - b. Menetapkan waktu dilaksanakan
 - c. Menetapkan tempat pelaksanaan
 - d. Menetapkan metode dan media yang digunakan

2.3.4 Pelaksanaan

Adalah pelaksanaan kegiatan - kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/ Dinas Kesehatan atau sector terkait lainnya yang meliputi kegiatan:

1. Promotif :
 - a. Pelatihan kader kesehatan
 - b. Penyuluhan kesehatan/ pendidikan kesehatan
 - c. Standarisasi nutrisi yang baik
 - d. Penyediaan perumahan
 - e. Tempat-tempat rekreasi
 - f. Konseling perkawinan

- g. Pendidikan seks dan masalah-masalah genetika
 - h. Pemeriksaan kesehatan secara periodik
2. Preventif :
- a. Keselamatan dan kesehatan kerja
 - b. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
 - c. Pemberian nutrisi khusus
 - d. Pengamatan/ penyimpanan barang, bahan yang berbahaya
 - e. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - f. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
 - g. Personal Hygiene dan kesehatan lingkungan
 - h. Perlindungan kecelakaan kerja dan keselamatan kerja
 - i. Menghindari dari sumber alergi
3. Pelayanan Kesehatan Langsung:
- a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Balita, Lansia
 - b. Home Care
 - c. Rujukan
 - d. Pembinaan pada kelompok-kelompok di masyarakat

Pada pelaksanaan praktek keperawatan komunitas berfokus pada tingkat pencegahan yaitu:

1. Pencegahan Primer

Pencegahan sebelum sakit dan difokuskan pada populasi sehat, mencakup pada kegiatan kesehatan secara umum serta perlindungan khusus terhadap penyakit.

2. Pencegahan Sekunder

Kegiatan yang dilakukan pada saat terjadinya perubahan derajat kesehatan masyarakat dan ditemukan masalah kesehatan. Pencegahan sekunder ini menekankan pada diagnosa dini dan tindakan untuk menghambat proses penyakit.

3. Pencegahan Tersier

Kegiatan yang menekankan pengembalian individu pada tingkat berfungsinya secara optimal dari ketidakmampuan keluarga (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.3.5 Tahap Evaluasi

- (1) Perkembangan masalah kesehatan yang telah ditemukan
- (2) Pencapaian tujuan keperawatan (Terutama Tujuan Jangka Pendek)
- (3) Efektifitas dan efisien tindakan/kegiatan yang telah dilakukan
- (4) Rencana tindak lanjut

2.4 Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Kelompok Penderita TBC Paru

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian menggunakan pendekatan community as partner meliputi : data inti dan data sub sistem (R. Fallen & R. Budi, 2010).

A. Data Inti komunitas meliputi :

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas
 - a. Lokasi
 - b. Batas wilayah/wilayah

2. Data demografi

- a. Jumlah penderita Tuberculosis Paru
- b. Berdasarkan jenis kelamin
- c. Berdasarkan kelompok penderita Tuberculosis Paru

Pada umumnya penderita Tuberculosis Paru tidak memandang usia, tapi berdasarkan atas lingkungan dan riwayat perilaku kesehatan

B. Data sub sistem

1. Data lingkungan fisik

a. Fasilitas umum dan kesehatan

1) Fasilitas umum

Sarana kegiatan kelompok, meliputi : Karang taruna, Pengajian, Ceramah agama, PKK.

2) Tempat perkumpulan umum

Balai desa, RW, RT, Masjid/Mushola.

3) Fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan, presentasi pemakaian sarana atau fasilitas kesehatan. Puskesmas, Rumah sakit, Para dokter swasta, Praktek kesehatan lain.

4) Kebiasaan check up kesehatan

2. Ekonomi

a. Karakteristik pekerjaan

b. Penghasilan rata-rata perbulan

3. Keamanan dan transportasi

Keamanan :

- a. Diet makan
- b. Kepatuhan terhadap diet
- c. Kebiasaan berolahraga
- d. Struktur organisasi : ada / tidak ada
- e. Terdapat kepala desa dan perangkatnya
- f. Ada organisasi karang taruna
- g. Kelompok layanan kepada masyarakat (pkk, karang taruna, panti, posyandu)
- h. Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan : tidak ada / ada (Sebutkan)
- i. Kebijakan pemerintah khusus untuk penyakit Asam Urat : ada / belum ada
- j. Peran serta partai dalam pelayanan kesehatan : ada / belum ada

4. Sistem komunikasi

- a. Fasilitas komunikasi yang ada
Radio, TV, Telepon/handphone, Majalah/koran.
- b. Fasilitas komunikasi yang menunjang untuk kelompok Lansia dengan Tuberculosis Paru diantaranya adalah:
 - 1) Poster tentang Tuberculosis Paru
 - 2) Pamflet tentang penanganan Tuberculosis Paru
 - 3) Leaflet tentang penanganan Tuberculosis Paru
 - 4) Kegiatan yang menunjang kegiatan Tuberculosis Paru

5) Penyuluhan oleh kader dari masyarakat dan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas : ada/ tidak ada

5. Pendidikan

Distribusi pendidikan berdasarkan tingkat pendidikan formal : SD, SLTP, SLTA, Perguruan tinggi.

6. Rekreasi

Tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

2.4.2 Prioritas Masalah & Diagnosa Keperawatan

Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel prioritas masalah :

Ada berbagai cara menentukan prioritas masalah, diantaranya :

1. Metode Paper and Pencil Tool (Ervin, 2002)

Masalah	Pentingnya masalah untuk dipecahkan :	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi :	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi :	Total
	Rendah	Tidak ada	:	
	Sedang	Rendah	Tidak ada	
	Tinggi	Sedang	Rendah	
		Tinggi	Sedang	

2. Metode penepisan OMAHA

No	Masalah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total

Keterangan :

- 1) Sesuai dengan peran perawat komunitas
- 2) Jumlah yang beresiko
- 3) Besarnya resiko
- 4) Kemungkinan untuk penkes
- 5) Minat masyarakat
- 6) Kemungkinan untuk di atasi
- 7) Sesuai dengan program pemerintah
- 8) Sumber daya tempat
- 9) Sumber daya waktu
- 10) Sumber daya dana
- 11) Sumber daya peralatan
- 12) Sumber daya orang

Score :

- 0 : Sangat rendah
 1 – 2 : Rendah
 3 – 4 : Sedang
 5 : Tinggi

3. Skoring diagnosis keperawatan komunitas (Depkes, 2003)

Masalah	1	2	3	4	5	6	Total

Keterangan :

1. Perhatian masyarakat
2. Prevalensi kejadian
3. Berat ringannya masalah
4. Kemungkinan masalah untuk diatasi
5. Tersedianya sumber daya masyarakat
6. Aspek politis

Score :

- 0 : Sangat rendah
- 1 – 2 : Rendah
- 3 – 4 : Sedang
- 5 : Tinggi

Diagnosa Keperawatan

1. Kurangnya pengetahuan kelompok pasien TBC paru tentang gejala TBC paru berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan tindakan yang seharusnya dilakukan.
2. Ketidapatuhan kelompok pasien TBC paru melakukan pengobatan dan pemeriksaan secara rutin berhubungan dengan faktor penghasilan yang rendah
3. Kurangnya kesadaran kelompok pasien TBC paru tentang masalah kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan kelompok pasien TBC paru tentang perubahan kondisi kesehatan yang dirasakan

4. Resiko penurunan fungsi kesehatan pada kelompok penderita TBC paru berhubungan dengan kurangnya ketrampilan tentang prosedur pencegahan penyakit

2.4.3 Rencana Keperawatan/Intervensi

1. Diagnosa Keperawatan 1 : Kurangnya pengetahuan kelompok pasien TBC paru tentang gejala TBC paru berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Tujuan :

- 1) Tujuan jangka panjang : kelompok pasien mengerti gejala TBC paru dan dapat memilih tindakan yang seharusnya dilakukan.

- 2) Tujuan jangka pendek

Masyarakat mampu:

- a) Mengetahui gejala TBC paru
- b) Mampu mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan bila timbul gejala

Kriteria Hasil

- 1) Kelompok pasien TBC paru mengerti tentang gejala TBC paru
- 2) Mampu menyebutkan tindakan apa saja yang seharusnya dilakukan bila timbul gejala sehingga dapat menerapkan dalam kehidupan sehari-hari

Intervensi

1. Beri pendidikan kesehatan tentang TBC paru dalam kegiatan di Puskesmas

2. Beri penyuluhan tentang gejala yang muncul pada kelompok pasien TBC paru.
2. Diagnosa Keperawatan 2 : Ketidakpatuhan kelompok pasien TBC paru melakukan pengobatan dan pemeriksaan secara rutin berhubungan dengan faktor penghasilan yang rendah

Tujuan :

- 1) Tujuan jangka panjang : kelompok pasien mampu melakukan pemeriksaan dan pengobatan TBC paru secara rutin di Puskesmas atau Pustu setempat
- 2) Tujuan jangka pendek
Masyarakat mampu:
 - a) Mengetahui tentang manfaat, jadwal dan kegiatan Puskesmas atau Pustu setempat
 - b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan di Puskesmas atau Pustu setempat

Kriteria Hasil

- 1) Kegiatan pelayanan posyandu dapat berjalan secara efektif serta kunjungan posyandu meningkat sampai dengan 100% dalam kurun waktu 1 tahun
- 2) Kelompok pasien TBC paru mampu menyebutkan manfaat kegiatan di puskesmas dengan benar, jadwal kegiatan puskesmas di RW VII dan kegiatan di puskesmas
- 3) Kelompok pasien TBC paru menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan di puskesmas secara rutin

Intervensi

1. Kerjasama dengan lintas sektor : Petugas Puskesmas dan Kader dalam hal penyuluhan.
 2. Motivasi kelompok pasien TBC paru untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke Pustu secara rutin.
 3. Beri penyuluhan tentang TBC paru serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindak lanjuti.
3. Diagnosa Keperawatan 3 : Kurangnya kesadaran kelompok pasien TBC paru tentang masalah kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan kelompok pasien TBC paru tentang perubahan kondisi kesehatan yang dirasakan

Tujuan :

- 1) Tujuan jangka panjang : kelompok pasien mengerti tentang kondisi perubahan kondisi kesehatannya.
- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok penderita mampu:

- a) Mengerti perubahan – perubahan yang dirasakan bila timbul keluhan.
- b) Mampu menjaga kesehatan diri sendiri.

Kriteria Hasil

- 1) Kelompok pasien TBC paru mampu menyebutkan perubahan kesehatan apa yang terjadi pada dirinya dan mampu menjelaskan penyebab perubahan yang terjadi pada dirinya
- 2) Derajat kesehatan kelompok pasien TBC paru meningkat

Intervensi

1. Beri penyuluhan tentang kondisi kesehatan serta kondisi perubahan yang terjadi bila ada keluhan
2. Beri leaflet tentang TBC paru agar lebih mengerti tentang kondisi kesehatan yang dirasakan
4. Diagnosa Keperawatan 4 : Resiko penurunan fungsi kesehatan pada kelompok penderita TBC paru berhubungan dengan kurangnya ketrampilan tentang prosedur pencegahan penyakit

Tujuan :

- 1) Tujuan jangka panjang : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelompok penderita TBC paru mampu meningkatkan status kesehatannya
- 2) Tujuan jangka pendek
 - Kelompok penderita mampu:
 - a) Mengerti tentang prosedur pencegahan penyakitnya
 - b) Penderita memahami kondisi sakitnya
 - c) Penderita dapat melakukan perawatan secara mandiri dan lebih terampil

Kriteria Hasil

- 1) Penderita mampu mengerti tentang pencegahan penyakit
- 2) Penderita mampu memahami kondisi sakitnya
- 3) Penderita mampu melakukan perawatan secara mandiri dan lebih terampil

Intervensi

1. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan.
2. Beri penjelasan tentang pentingnya menjaga kesehatan dirinya
3. Motivasi penderita untuk selalu meningkatkan derajat kesehatannya

2.4.4 Pelaksanaan

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok – kelompok yang ada di masyarakat, tokoh – tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
 - a. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
 - b. Standarisasi pencegahan dan penularan penyakit
 - c. Pemberian informasi tentang pentingnya nutrisi
 - d. Pemeriksaan kesehatan secara periodik
2. Preventif :
 - a. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
 - b. Pemberian nutrisi khusus
 - c. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - d. Pengobatan rutin pada kelompok khusus
3. Pelayanan kesehatan langsung :
 - a. Pelayanan kesehatan di Puskesmas
 - b. Rujukan

2.4.5 Tahap Evaluasi

1. Perkembangan masalah kesehatan yang telah ditemukan
2. Pencapaian tujuan keperawatan (Terutama Tujuan Jangka Pendek)
3. Efektifitas dan efisien tindakan/kegiatan yang telah dilakukan
4. Rencana tindak lanjut