

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Definisi

TBC Paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru dan disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. (Soemantri, 2009) Sementara itu, Junaidi (2010) menyebutkan Tuberculosis (TB) Sebagai suatu infeksi akibat *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru dengan gejala yang sangat bervariasi.

2.1.2 Anatomi Sistem Pernapasan

1. Hidung

Hidung atau naso atau nasal merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (kavum nasi), dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu dan kotoran yang masuk ke dalam lubang hidung.

2. Faring

Tekak atau faring merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan, terdapat di bawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung dan mulut sebelah depan ruas tulang leher. Hubungan faring dengan organ-organ lain : ke atas berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantaraan lubang yang bernama koana; ke depan berhubungan dengan rongga mulut, tempat hubungan ini bernama isthmus fausium; ke bawah terdapat 2 lubang;

ke depan lubang faring ; ke belakang lubang esophagus. Di bawah selaput lender terdapat jaringan ikat, juga di beberapa tempat terdapat folikel getah bening. Perkumpulan getah bening ini dinamakan adenoid. Di sebelahnya terdapat 2 buah tonsil kiri dan kanan dari tekak. Di sebelah belakang terdapat epiglottis (empang tenggorok) yang berfungsi menutup laring pada waktu menelan makanan.

3. Laring

Laring atau pangkal tenggorok merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara, terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikalis dan masuk ke dalam trakea di bawahnya. Pangkal tenggorok itu dapat di tutup oleh sebuah empang tenggorok yang disebut epiglottis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring.

4. Trakea

Trakea atau batang tenggorok merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 sampai 20 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kuku kuda (huruf C). Sebelah dalam diliputi oleh selaput lender yang berbulu getar yang disebut sel bersilia, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9-11 cm dan di belakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos.

5. Bronkus

Bronkus atau cabang tenggorok merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian vertebra torakalis IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus itu berjalan ke bawah dan ke samping ke arah tampuk paru-paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar dari pada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan, terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang. Bronkus bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil disebut bronkiolus (bronkioli). Pada bronkioli tak terdapat cincin lagi, dan pada ujung bronkioli terdapat gelembung paru/gelembung hawa atau alveoli.

6. Paru-paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelembung hawa, alveoli). Gelembung alveoli ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Jika dibentangkan luas permukaannya lebih kurang 90 m^2 . Pada lapisan ini terjadi pertukaran udara, O_2 masuk ke dalam darah dan CO_2 dikeluarkan dari darah. Banyaknya gelembung paru-paru ini kurang lebih 700.000.000 buah (paru-paru kiri dan kanan). Paru-paru di bagi menjadi dua : paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus (belah paru), lobus pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior. Tiap lobus tersusun oleh lobulus. Paru-paru kiri, terdiri dari pulmo sinistra lobus superior dan lobus inferior. Tiap-tiap lobus terdiri dari belahan yang lebih kecil bernama segmen. Paru-paru kiri mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, dan 5 buah segmen pada

inferior. Paru-paru kanan mempunyai 10 segmen pada lobus medialis, dan 3 buah segmen pada lobus inferior. Tiap-tiap segmen ini masih terbagi lagi menjadi belahan-belahan yang bernama lobulus.

2.1.3 Fisiologi Sistem Pernapasan

Proses fisiologi pernapasan terbagi dalam 2 bagian yaitu inspirasi (menarik nafas) dan ekspirasi (menghembuskan nafas). Bernafas berarti melakukan inspirasi dan ekspirasi secara bergantian, teratur, berirama, dan terus-menerus. Bernapas merupakan gerak refleks yang terjadi pada otot-otot pernapasan. Refleks bernafas ini diatur oleh pusat pernapasan yang terletak di dalam sumsum penyangkung (medulla oblongata). Oleh karena seorang dapat menahan, memperlambat, atau mempercepat napasnya, ini berarti bahwa refleks bernapas juga di bawah pengaruh korteks serebri. Pusat pernapasan sangat peka terhadap kelebihan kadar CO₂ dalam darah dan kekurangan dalam darah. Inspirasi terjadi bila muskulus diafragma telah mendapat rangsangan dari nervus frenikus lalu mengerut datar.

2.1.4 Etiologi

Tuberculosis paru adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* dan menular secara langsung. *Mycobacterium Tuberculosis* termasuk kuman yang pada pewarnaan termasuk gram-positif bersifat tahan asam dan berbentuk batang. Pada umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana droplet (percikan dahak) ada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah droplet, sementara cahaya dan sinar matahari langsung dapat membunuh bakteri. Droplet dapat bertahan beberapa jam dalam kondisi

gelap dan lembab. Orang dapat terinfeksi jika droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernapasan. Jadi penularan TB paru tidak terjadi melalui perlengkapan makan, baju, dan perlengkapan tidur. (Depkes,2005).

2.1.5 Gejala Klinis

Gejala klinis yang terjadi tergantung pada jenis organ yang terinfeksi kuman ini. Infeksi paru-paru (Tuberculosis paru) akan menimbulkan gejala batuk-batuk kronis yang berdahak dan kadang-kadang berdarah (hemoptisis). Meskipun demikian sering penderita tidak menunjukkan gejala klinis atau keluhan yang nyata selama bertahun-tahun (asimtomatis). Gejala umum Tuberculosis adalah anoreksia dan penurunan berat badan, tubuh terasa lelah dan lesu, demam dan sering kedinginan. (Soedarto,2009).

2.1.6 Klasifikasi TB Paru

Tuberculosis pada manusia dapat dibedakan menjadi dua bentuk, yaitu Tuberculosis Primer dan Tuberculosis Sekunder.

1. Tuberculosis Primer

Individu yang terinfeksi basil TB untuk pertama kalinya hanya memberikan reaksi seperti jika terdapat benda asing di saluran pernapasan. Selama tiga minggu, tubuh hanya membatasi fokus infeksi primer melalui mekanisme peradangan, tetapi kemudian tubuh juga mengupayakan pertahanan imunitas selular (delayed hypersensitivity). Setelah 3 minggu terinfeksi basil TB, tubuh baru mengenal seluk-beluk basil TB. Setelah 3-10 minggu, basil TB akan mendapat perlawanan yang berarti dari mekanisme sistem pertahanan tubuh ditandai dengan timbulnya reaktivitas dan peradangan spesifik. Proses

pembentukan pertahanan imunitas selular akan lengkap setelah 10 minggu. Kuman tuberkulosis yang masuk melalui saluran napas akan bersarang di jaringan paru sehingga akan terbentuk suatu sarang pneumoni, yang disebut sarang primer atau afek primer. Sarang primer ini mungkin timbul di bagian mana saja di dalam paru, berbeda dengan sarang reaktivasi. Pada sarang primer akan kelihatan peradangan saluran getah bening menuju hilus (limfangitis lokal). Peradangan tersebut diikuti oleh pembesaran kelenjar getah bening di hilus (limfadenitis regional). Sarang primer limfangitis lokal bersama-sama dengan limfangitis regional dikenal sebagai kompleks primer (Sudoyo, 2007). Kompleks primer ini selanjutnya dapat menjadi beberapa pilihan sebagai berikut :

1. Sembuh dengan tidak meninggalkan cacat sama sekali (restitution ad integrum). Ini yang paling banyak terjadi.
2. Sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas berupa garis – garis fibrotik, kalsifikasi di hilus, keadaan ini terdapat pada lesi pneumonia yang luasnya > 5 mm dan \pm 10% di antaranya dapat terjadi reaktivasi lagi karena kuman yang dormant.
3. Menyebar dengan cara :
 - a. Perkontinuitatum, menyebar ke sekitarnya. Salah satu contoh adalah epituberkulosis, yaitu suatu kejadian penekanan bronkus, biasanya bronkus lobus medius oleh kelenjar hilus yang membesar sehingga menimbulkan obstruksi pada saluran napas bersangkutan, dengan akibat atelektasis.
 - b. Penyebaran secara bronkogen, penyebaran pada paru yang bersangkutan maupun ke paru di sebelahnya. Kuman dapat juga tertelan bersama dahak dan ludah sehingga menyebar ke usus.

c. Penyebaran secara hematogen dan limfogen. Penyebaran ini berkaitan dengan daya tahan tubuh, jumlah dan virulensi kuman. Penyebaran ini dapat menimbulkan tuberkulosis pada alat tubuh lainnya, misalnya tulang, ginjal, anak ginjal, genitalia dan sebagainya. Komplikasi dan penyebaran ini mungkin berakhir dengan : - Sembuh dengan meninggalkan sekuele (misalnya pertumbuhan terbelakang pada anak setelah mendapat ensefalomeningitis, tuberkuloma) atau - Meninggal. Sebagian besar orang yang terkena infeksi basil tuberkulosis dapat berhasil mengatasinya, hanya beberapa orang saja (3-4% dari yang terinfeksi) yang tidak berhasil menanggulangnya keganasan basil TB. (Djojodibroto, 2009).

2. Tuberculosis Sekunder

TB post-primer akan muncul bertahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen setelah TB primer, biasanya terjadi pada usia 15-40 tahun. TB post-primer mempunyai nama yang bermacam-macam yaitu TB bentuk dewasa, localized tuberculosis, TB menahun, dan sebagainya. Bentuk TB inilah yang terutama menjadi masalah kesehatan masyarakat karena dapat menjadi sumber penularan. TB sekunder terjadi karena imunitas menurun seperti malnutrisi, alkohol, penyakit malignan, diabetes, AIDS, gagal ginjal. TB post-primer dimulai dengan sarang dini, yang umumnya terletak di segmen apikal posterior lobus superior maupun lobus inferior. Invasinya adalah ke daerah parenkim paru-paru dan tidak ke nodus hiler paru. (Sudoyo, 2007).

2.1.7 Patofisiologi

Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *Mycobacterium*

Tuberculosis juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Selanjutnya, system kekebalan tubuh memberi respon dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrophil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri. Interaksi antara Mycobacterium Tuberculosis dan system kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah masa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup yang mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi masa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari masa tersebut disebut ghon tuberkel.

Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakannya seperti keju. Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi non aktif. Setelah infeksi awal, jika respon system imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi tulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kesus ini, ghon tuberkel mengalami ulserasi sehingga menghasilkan necrotizing kaseosa di dalam bronkus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang. Mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia membentuk tuberkel dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan bacillus di fagosit (berkembang biak) di dalam sel. Makrofag

yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epitel dan fibroblast akan menimbulkan respon berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel. (Irman Somantri, 2007).

2.1.8 Komplikasi

Menurut Depkes RI (2002), merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada penderita tuberculosis paru stadium lanjut yaitu :

1. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran napas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau karena tersumbatnya jalan napas.
2. Atelektasis (paru mengembang kurang sempurna) atau kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial.
3. Bronkiektasis (pelebaran broncus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.

2.1.9 Pengobatan TB Paru

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi dua fase yaitu fase intensif(2-3bulan) dan fase lanjutan (4-7 bulan). Panduan obat yang digunakan terdiri atas obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah Rifampisin, Isoniazid, Pirazinamid, Streptomisin, dan Etambutol. (Depkes RI, 2004).

Untuk keperluan pengobatan perlu dibuat batasan kasus terlebih dahulu berdasarkan lokasi TB, berat ringannya penyakit, hasil pemeriksaan bakteriologi, apusan sputum, dan riwayat pengobatan sebelumnya. Disamping itu, perlu pemahaman tentang strategi penanggulangan TB yang dikenal sebagai Directly Observed Treatment Short Course (DOTSC).

Obat anti-TB Esensial	Aksi	Potensi	Rekomendasi Dosis (mg/kgBB)		
			Per Hari	per Minggu	
				3x	2x
Isoniazid (INH)	Bakterisidal	Tinggi	5	10	15
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Tinggi	10	10	10
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Rendah	25	35	50
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Rendah	15	15	15
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Rendah	15	30	45

2.1.10 Pemeriksaan Diagnostik

1) Pemeriksaan Rontgen Toraks

Pada hasil pemeriksaan rontgen toraks sering didapatkan adanya suatu lesi sebelum ditemukan gejala subjektif awal. Sebelum pemeriksaan fisik, Dokter juga menemukan suatu kelainan pada paru. Pemeriksaan rontgen toraks ini sangat berguna untuk mengevaluasi hasil pengobatan, dimana hal ini bergantung pada tipe keterlibatan dan kerentanan bakteri tuberkel terhadap OAT (apakah sama baiknya dengan respon pasien?).

2) Pemeriksaan CT-Scan

Pemeriksaan CT-Scan dilakukan untuk menemukan hubungan kasus TB inaktif/stabil yang ditunjukkan dengan adanya gambaran garis-garis fibrotic regular, pita parenkimal, klasifikasi nodul dan adenopati, perubahan kelengkungan berkas bronkio vascular, bronkiektasis, serta emfisema perisiktrisial. Pemeriksaan CT-Scan sangat bermanfaat untuk mendeteksi adanya pembentukan kavitas dan lebih dapat diandalkan dari pada pemeriksaan Rontgen.

3) Radiologi TB Paru Milier

TB milier akut diikuti oleh invasi pembuluh darah secara masif/menyeluruh serta mengakibatkan penyakit akut yang berat dan sering disertai akibat fatal sebelum penggunaan OAT. Hasil pemeriksaan rontgen toraks bergantung pada ukuran dan jumlah tuberkel milier. Pada beberapa pasien TB milier, tidak ada lesi yang terlihat pada hasil rontgen toraks, tetapi ada beberapa kasus dimana bentuk milier klasik berkembang seiring dengan perjalanan penyakitnya.

4) Pemeriksaan Laboratorium

Diagnosis terbaik dari TB diperoleh dengan pemeriksaan mikrobiologi melalui isolasi bakteri. Untuk membedakan spesies Mycobacterium yang satu dengan yang lainnya harus dilihat sifat koloni, waktu pertumbuhan, sifat biokimia pada berbagai media, perbedaan kepekaan terhadap OAT dan percobaan, serta perbedaan kepekaan kulit terhadap berbagai jenis antigen b Mycobacterium.

5) Bahan untuk pemeriksaan isolasi Mycobacterium TB adalah septum pasien, urine, dan cairan kubah lambung. Selain itu, ada juga bahan-bahan lain yang dapat digunakan yaitu cairan serebrospinal (sum-sum tulang belakang), cairan

pleura, jaringan tubuh, feses, dan swab tenggorokan. Pemeriksaan darah yang dapat menunjang diagnosis TB paru, walaupun kurang sensitif, adalah pemeriksaan laju endap darah (LED). Adanya peningkatan LED biasanya disebabkan peningkatan immunoglobulin, terutama IgG dan IgA. (Loman, 2001).

2.1.11 Penatalaksanaan Medis

Zain (2001) membagi penatalaksanaan TB Paru menjadi tiga bagian, yaitu pencegahan, pengobatan dan penemuan penderita.

a. Pencegahan Tuberculosis Paru

1. Pemeriksaan kontak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita TB paru BTA positif.
2. Mass Chest X-ray, yaitu pemeriksaan massal terhadap kelompok-kelompok populasi tertentu, misalnya karyawan rumah sakit atau puskesmas atau balai pengobatan, penghuni rumah tahanan, dan siswi pesantren.
3. Vaksinasi BCG reaksi positif terjadi jika setelah mendapat vaksinasi BCG langsung terdapat reaksi local yang besar dalam waktu kurang dari 7 hari setelah penyuntikan.
4. Kemoprofilaksis, yaitu dengan menggunakan INH 5 mg/kg BB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit.
5. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) tentang penyakit tuberculosis kepada masyarakat di tingkat puskesmas maupun rumah sakit oleh petugas pemerintah atau petugas LSM.

b. Pengobatan Tuberculosis Paru

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

a. Penatalaksanaan terapi : asupan nutrisi adekuat/mencukupi.

b. Kemoterapi, yang mencakup pemberian :

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

2. Kombinasi antara NH, Rifampicin, dan Pyrazinamid yang diberikan selama 6 bulan.

3. Obat tambahan, antara lain streptomycin (diberikan intramuskuler) dan Ethambutol.

4. Terapi Kortikosteroid diberikan bersamaan dengan obat anti-TB untuk mengurangi respon peradangan, misalnya pada meningitis.

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

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

2.2 Konsep Dasar Komunitas

2.2.1 Definisi

Komunitas (community) adalah Komunitas (community) adalah sekelompok masyarakat yang mempunyai persamaan nilai (values), perhatian (interest) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga (Sumijatun dkk, 2006).

Keperawatan Komunitas adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat yang mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitative secara menyeluruh dan terpadu. Pelayanan tersebut ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh, melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga dapat mandiri dalam upaya kesehatannya. (Ferry Efendi, 2009).

Proses Keperawatan Komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontiniu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. (Wahyudi, 2010).

2.2.2 Tujuan Keperawatan Komunitas

a) Tujuan Umum

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

b) Tujuan khusus

1. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
2. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
3. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
4. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
5. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
6. Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di puskesmas.

7. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal.

(Deden Dermawan, 2012)

2.2.3 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

Perawat berperan sebagai care provider, advocate, educator, counselor, case manager, consultant, researcher, collaborator, dan liaison di tatanan komunitas (Komang Ayu, 2011).

a) Care Provider

Perawat sebagai care provider, yakni memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan komunitas secara langsung menggunakan prinsip tiga tingkat pencegahan.

b) Advocate

Peran sebagai advocate ditunjukkan oleh perawat yang tanggap terhadap kebutuhan komunitas dan mampu mengkomunikasikan kebutuhan tersebut kepada pemberi layanan secara cepat.

c) Educator

Perawat komunitas memiliki tanggung jawab sebagai pendidik kepada individu, keluarga, dan komunitas. Perawat komunitas harus mampu memberikan informasi kesehatan yang dibutuhkan melalui pendidikan kesehatan.

d) Counselor

Perawat dapat mendengar keluhan klien secara objektif , memberikan umpan balik dan informasi serta membantu klien melalui proses pemecahan masalah dan mengidentifikasi sumber yang dimiliki klien.

e) Case Manager

Pada peran ini, perawat komunitas dapat mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan klien, merancang rencana keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien, mengawasi dan mengevaluasi dampak terhadap pelayanan yang diberikan.

f) Consultant

Perawat komunitas membantu klien untuk memahami dan membantu komunitas dalam mengambil keputusan yang tepat. Perawat komunitas perlu bertindak sebagai konsultan bagi perawat yang lain, profesional lain dalam memberikan informasi dan bantuan dalam membantu mengatasi masalah. Konsultasi perawatan dapat dilakukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat terhadap permasalahannya dan mengambil keputusan yang bijaksana sesuai dengan fasilitas dan sumber yang dimiliki.

g) Researcher

Perawat sebagai peneliti ditunjukkan oleh perawat komunitas dengan berbagai aktifitas penelitian, mengaplikasikan hasil riset dalam praktik keperawatan, mengumpulkan data, merancang, dan mendesiminasikan hasil riset. Perawat dapat mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data, analisis data,

intepretasi data, mengplikasikan penemuan, mengevaluasi, mendesain, dan menerapkan hasil temuan dalam pengembangan dan perbaikan praktik keperawatan komunitas.

h) Collaborator

Perawat sebagai kolaborator dapat dilaksanakan antara perawat dengan klien, tim kesehatan serta pihak terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan komunitas secara komprehensif.

i) Liaison

Perawat sebagai penghubung membantu mempertahankan kontinuitas di antara petugas professional dan non professional. Perawat komunitas diharapkan merujuk permasalahan klien kepada sarana pelayanan kesehatan serta sumber yang ada di masyarakat, seperti Puskesmas, RS, tokoh agama, tokoh masyarakat. (Alender & Spradley, 2001).

2.2.4 Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma atau falsafah keperawatan kesehatan komunitas meliputi manusia, lingkungan, keperawatan, dan kesehatan. (Komang Ayu, 2011).

a) Manusia

Manusia merupakan klien (individu, keluarga, kelompok, komunitas) pada wilayah tertentu yang memiliki nilai, keyakinan, dan minat yang relative sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan. Manusia merupakan klien dengan perhatian khusus pada kasus resiko tinggi dan daerah terpencil, konflik, rawan, serta kumuh.

b) Lingkungan

Lingkungan merupakan factor internal dan eksternal yang memengaruhi klien, termasuk biopsikososiokultural-spiritual.

c) Keperawatan

Paradigma keperawatan adalah tindakan keperawatan yang bertujuan menekan stressor atau meningkatkan kemampuan komunitas untuk mengatasi stressor melalui pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

d) Kesehatan

Sehat merupakan kondisi terbatas dari masalah pemenuhan kebutuhan dasar komunitas atau merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak keberhasilan mengatasi stressor.

2.2.5 Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok berisiko tinggi (keluarga/penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dengan keterlambatan tumbuh kembang, dan ibu hamil yang belum ANC). (Deden Dermawan, 2012).

2.2.6 Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas

Ruang lingkup praktik keperawatan komunitas meliputi: upaya-upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan

kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya (resosialisasi).

Dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas, kegiatan yang ditekankan adalah upaya preventif dan promotif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif. (Deden Dermawan, 2012).

a. Upaya Promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan jalan memberikan :

1. Penyuluhan kesehatan masyarakat
2. Peningkatan gizi
3. Pemeliharaan kesehatan perorangan
4. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
5. Olahraga secara teratur
6. Rekreasi
7. Pendidikan seks

b. Upaya Preventif

Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui kegiatan :

1. Imunisasi massal terhadap bayi, balita serta ibu hamil
2. Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas maupun kunjungan rumah

3. Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas ataupun dirumah

4. Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui

c. Upaya Kuratif

Upaya Kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga, kelompok dan masyarakat yang menderita penyakit atau masalah kesehatan, melalui kegiatan :

1. Perawatan orang sakit di rumah (home nursing)

2. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit

3. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis dirumah, ibu bersalin dan nifas

4. Perawatan payudara

5. Perawatan tali pusat bayi baru lahir

d. Upaya Rehabilitatif

Upaya rehabilitatif merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misalnya kusta, TBC, cacat fisik dan lainnya.

Dilakukan melalui kegiatan :

1. Latihan fisik, baik yang mengalami gangguan fisik seperti penderita kusta, patah tulang maupun kelainan bawaan

2. Latihan-latihan fisik, tertentu bagi penderita-penderita penyakit tertentu, misalnya TBC, latihan nafas dan batuk, penderita stroke : fisioterapi manual yang mungkin dilakukan oleh perawat.

e. Upaya Resosialitatif

Upaya resosialitatif adalah upaya mengebalikan individu, keluarga, kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat, diantaranya adalah kelompok-kelompok yang diasingkan oleh masyarakat karena menderita suatu penyakit, misalnya kusta, AIDS, atau kelompok-kelompok masyarakat khusus seperti Wanita Tuna Susila (WTS), tuna wisma dan lain-lain. Di samping itu, upaya resosialitatif meyakinkan masyarakat untuk dapat menerima kembali kelompok yang mempunyai masalah kesehatan tersebut dan menjelaskan secara benar masalah kesehatan yang mereka derita. Hal ini tentunya membutuhkan penjelasan dengan pengertian atau batasan-batasan yang jelas dan dapat dimengerti.

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan komunitas terdiri dari atas dua bagian utama, yaitu inti komunitas (core) dan delapan subsistem yang melengkapinya. Inti komunitas menjelaskan kondisi penduduk yang dijabarkan dalam demografi, vital statistic, sejarah komunitas, nilai dan keyakinan, serta riwayat komunitas, sedangkan delapan subsistem lainnya meliputi lingkungan fisik, pendidikan, keamanan, dan transportasi, politik dan pemerintah, layanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi. (Komang Ayu, 2011).

Kajian asuhan keperawatan komunitas, antara lain jenis data, sumber data, cara pengumpulan data, dan pengolahan data. (Deden Dermawan, 2012).

a) Jenis Data

1. Data Subyektif

Yaitu data yang diperoleh dari keluhan atau masalah yang dirasakan oleh individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang diungkap secara langsung melalui lisan.

2. Data Obyektif

Data yang diperoleh melalui suatu pemeriksaan pengamatan dan pengukur.

b) Sumber Data

1) Data Primer

Data yang dikumpulkan oleh pengkaji dalam hal ini mahasiswa atau tenaga kesehatan masyarakat dari individu, keluarga, kelompok, dan komunitas berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengkajian.

2) Data Sekunder

Data yang diperoleh dari sumber lain yang dapat dipercaya, misalnya : kelurahan, catatan riwayat kesehatan pasien atau medical record.

c) Cara Pengumpulan Data

1. Wawancara atau anamnesa

Wawancara adalah kegiatan komunikasi timbale balik yang berbentuk Tanya jawab antara perawat dengan klien atau keluarga pasien, masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien.

2) Pengamatan

Dilakukan meliputi aspek fisik, psikologis, perilaku dan sikap dalam rangka menegakkan diagnosis keperawatan.

d) Pengelolaan Data

Setelah data diperoleh, kegiatan selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

1. Klasifikasi data atau kategorisasi data

Cara mengkategorikan data :

- a. karakter demografi
 - b. karakter geografi
 - c. karakter sosial ekonomi
 - d. sumber dan pelayanan kesehatan
2. Perhitungan prosentase cakupan dengan menggunakan telly
 3. Tabulasi data
 4. Interpretasi data

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Tujuan analisa data :

1. Menetapkan kebutuhan komunitas
2. Menetapkan kekuatan
3. Mengidentifikasi pola respon komunitas
4. Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan

(Deden Dermawan, 2012)

2.3.3 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Komunitas

Setelah data dianalisis dan masalah keperawatan komunitas ditetapkan, prioritas masalah kesehatan komunitas yang ada perlu ditetapkan bersama masyarakat melalui musyawarah masyarakat desa (MMD) atau lokakarya mini masyarakat. Prioritas masalah dibuat berdasarkan kategori dapat diatasi, kemudahan, dan kekhususan, mengingat banyaknya masalah yang dihadapi oleh masyarakat. (Komang Ayu, 2011).

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang kasus dan masalah kesehatan pasien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Diagnose keperawatan mengandung komponen utama, yaitu :

- a. (P) Problem (masalah) : merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya terjadi.
- b. (E) Etiologi (penyebab): menunjukkan penyebab masalah kesehatan atau keperawatan yang dapat memberikan arah terhadap intervensi keperawatan, yang meliputi :
 1. Perilaku individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat
 2. Lingkungan fisik, biologi, psikologi, dan sosial
 3. Interaksi perilaku dan lingkungan
- c. (S) Sign atau Siymptom (tanda atau gejala) : informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnose, serangkaian petunjuk timbulnya masalah.

(Deden Dermawan,2012)

2.3.5 Perencanaan Keperawatan

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan komunitas adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan normal, dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Anderson & McFarlane, 2000).

2.3.6 Pelaksanaan Keperawatan

Merupakan realisasi rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan bersama dengan kelompok. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan/implementasi :

- a) Tindakan keperawatan dapat dilaksanakan oleh tenaga keperawatan, petugas/pengurus panti atau kader kesehatan sesuai dengan kewenangan yang diberikan.
- b) Dilakukan dalam rangka alih teknologi dan keterampilan keperawatan.
- c) Di institusi lebih ditekankan kepada penghuni panti, pengelola/pengurus panti dan lingkungan panti.
- d) Dimasyarakat lebih ditekankan kepada anggota kelompok, kader kesehatan, pengurus kelompok dan keluarga.
- e) Bila ada masalah yang tak tertanggulangi dilakukan rujukan.

f) Adanya keterpaduan pelayanan dengan sektor lain.

g) Di catat dalam catatan keperawatan

(Deden Dermawan, 2012)

2.3.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan sekumpulan metode dan keterampilan untuk menentukan apakah program sudah sesuai dengan rencana dan tuntutan masyarakat. Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk masyarakat setempat sesuai dengan kondisi dan situasi masyarakat, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah masyarakat. (Komang Ayu, 2011).

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

a. Lokasi

b. Batas Wilayah/wilayah

2. Data demografi

a. Jumlah penderita tuberculosis

b. Berdasarkan jenis kelamin

c. Berdasarkan kelompok penderita Tuberculosis Anak-anak, Remaja, Dewasa, Lansia, Ibu hamil.

3. Data Sub sistem

1. Data lingkungan fisik

a) Fasilitas umum dan kesehatan

1. Fasilitas umum

Sarana 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

a. Keamanan :

Bagaimana system keamanan lingkungan yang ada, upaya penanggulangan kebakaran yang tersedia, penanggulangan bencana apakah pernah dilihat apa belum, dan jika komunitas dekat dengan perusahaan upaya apa yang dilakukan dalam menanggulangi adanya polusi (baik melalui udara, air, maupun tanah).

b. Transportasi

1. Bagaimana dengan sarana transportasi. Kondisi jalan yang tersedia terbuat dari tanah, pedel (macadam), beton atau aspal.

2. Jenis transportasi yang dimiliki misalnya sepeda pancal, motor atau roda empat.

3. Sarana transportasi yang ada, apakah ada kendaraan umum atau tidak, jika tidak bagaimana dengan transportasi yang dipergunakan tiap hari oleh komunitas.

4. Sistem komunikasi

a) Fasilitas komunikasi yang ada

Radio, TV, Telepon/Handphone, Majalah/Koran

b) Fasilitas komunikasi yang menunjang untuk kelompok penderita Tuberculosis.

1. Poster tentang Tuberculosis

2. Pamflet tentang penanganan Tuberculosis

3. Leaflet tentang penanganan Tuberculosis

4. Kegiatan yang menunjang kegiatan Tuberculosis

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

6. Rekreasi

Tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

2.4.2 Prioritas Masalah dan Diagnosa Keperawatan

a) Diagnosa Keperawatan

1. Resiko terjadinya penularan Tuberculosis berhubungan dengan kurangnya kesadaran kelompok penderita Tuberculosis tentang pentingnya kebersihan lingkungan.

2. Ketidapatuhan untuk memeriksakan perkembangan penyakit berhubungan kurangnya pemanfaatan sumber sarana dan prasarana kesehatan.

3. Ketidapatuhan dalam pengobatan Tuberculosis berhubungan dengan kurangnya kesadaran kelompok penderita Tuberculosis tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan.

b) Prioritas masalah

Penentuan prioritas masalah keperawatan komunitas dapat dilakukan melalui metode berikut ini.

1. Penentuan prioritas masalah keperawatan komunitas dapat dilakukan dengan metode Paper and Pencil Tool (Ervin, 2000) berikut ini :

Masalah	Pentingnya masalah untuk dipecahkan : 1 Rendah 2 Sedang 3 Tinggi	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi : 0 Tidak ada 1 Rendah 2 Sedang 3. Tinggi	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi : 0 Tidak ada 1 Rendah 2 Sedang 3 Tinggi	Total
1.Resiko terjadinya penularan Tuberculosis				
2.Ketidakpatuhan untuk memeriksakan perkembangan penyakit				

3.Ketidakpatuhan dalam pengobatan Tuberculosis				
--	--	--	--	--

2. Penentuan prioritas masalah keperawatan komunitas menggunakan metode scoring diagnosis keperawatan komunitas. (Depkes RI, 2003).

Masalah	1	2	3	4	5	6	Total

Keterangan :

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

Score :

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

2.4.3 Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosa 1 : Resiko terjadinya penularan Tuberculosis berhubungan kurangnya kesadaran kelompok penderita Tuberculosis tentang pentingnya kebersihan lingkungan.

a. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang :

Kelompok penderita Tuberculosis di Wilayah Puskesmas X Surabaya dapat mengerti tentang Tuberculosis.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Penderita Tuberculosis di Wilayah Puskesmas X Surabaya mampu

a). Mengetahui tentang Tuberculosis

b). Mengetahui cara pencegahan dan penularan tentang Tuberculosis

b. Kriteria Hasil

1) Klien mengerti tentang tuberculosis

2) Mampu mencontohkan cara pencegahan tentang Tuberculosis

c. Intervensi

1. Lakukan koordinasi terlebih dahulu dengan pihak puskesmas dan kader sebelum melakukan penyuluhan.

2. Berikan penyuluhan tentang pencegahan dan cara penularan penyakit Tuberculosis.

3. Beri leaflet untuk membantu pemahaman terhadap penyakit Tuberculosis

4. Berikan motivasi tentang masalah kesehatan agar kelompok Tuberculosis sadar akan pentingnya kesehatan

5. Kerjasama dengan lintas sektor : pihak puskesmas dan kader untuk memberikan pendidikan kesehatan terutama tentang cara pencegahan dan penularan Tuberculosis

d. Penanggung Jawab

1. Petugas puskesmas setempat

2. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu pelaksanaan : Jam 09.00-11.00 Wib

f. Tanggal Pelaksanaan : Tanggal 14 Mei 2014

g. Tempat pelaksanaan : wilayah puskesmas X Surabaya

h. Metode : Diskusi dan Tanya jawab

i. Media yang digunakan : Leaflet, Lembar balik, dan Kussioner

2. Diagnosa 2 : Ketidakpatuhan dalam pengobatan Tuberculosis berhubungan dengan kurangnya kesadaran kelompok penderita Tuberculosis tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan.

a. Tujuan :

1) Kelompok penderita Tuberculosis di Wilayah Puskemas X Surabaya mampu mematuhi anjuran pengobatan yang diberikan petugas kesehatan.

2) Mampu meningkatkan kesadaran untuk kontrol secara rutin ke dokter/puskesmas

b. Kriteria Hasil :

1) Klien mampu mengikuti anjuran yang diberikan petugas kesehatan dan dapat secara rutin kontrol ke dokter/puskesmas

c. Intervensi

1. Lakukan koordinasi terlebih dahulu dengan pihak puskesmas dan kader sebelum melakukan penyuluhan.
2. Berikan penyuluhan tentang kesehatan serta manfaat pentingnya pengobatan untuk kontrol secara rutin ke dokter/puskesmas.
3. Berikan Leaflet tentang kesehatan penyakit Tuberculosis untuk membantu pemahaman terhadap pentingnya pengobatan Tuberculosis.
3. Beri tahu keluarga atau petugas kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan tentang keteraturan minum obat serta kontrol secara rutin ke dokter/puskesmas pada kelompok penderita Tuberculosis.
5. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : pihak puskesmas dan kader untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan terutama tentang pengobatan penyakit Tuberculosis.

d. Penanggung Jawab

1. Petugas puskesmas setempat
2. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu pelaksanaan : Jam 09.00-11.00 Wib

f. Tanggal Pelaksanaan : Tanggal 14 Mei 2014

g. Tempat pelaksanaan : wilayah puskesmas X Surabaya

h. Metode : Diskusi dan Tanya jawab

i. Media yang digunakan : Leafleat, Lembar balik, dan Kussioner

3. Diagnosa 3 : Ketidapatuhan untuk memeriksa kesehatan berhubungan dengan sarana dan prasarana yang kurang mendukung.

a. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang :

Kelompok penderita Tuberculosis di Wilayah Puskesmas X Surabaya menyadari tentang komplikasi dan bahaya yang timbul yang di sebabkan Tuberculosis.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok penderita Tuberculosis di Wilayah Puskesmas X Surabaya mampu :

a) Mengerti komplikasi dan bahaya yang ditimbulkan oleh Tuberculosis.

b) Mampu menjaga kesehatan diri sendiri.

b. Kriteria Hasil

1) Penderita mampu menyebutkan komplikasi dan bahaya yang di timbulkan Tuberculosis.

2) Derajat kesehatan meningkat dan angka kejadian Tuberculosis menurun.

c. Intervensi

1. Beri penyuluhan tentang komplikasi dan bahayanya jika menderita Tuberculosis dalam jangka waktu yang lama.

2. Lakukan persiapan tempat dan waktu untuk penyuluhan

3. Beri contoh komplikasi yang di sebabkan oleh tuberculosis

4. Koordinasi dengan petugas puskesmas dalam persiapan tempat, waktu, dan peralatan penyuluhan.

5. Kerjasama dengan petugas puskesmas untuk ,meneruskan pendidikan kesehatan tentang Tuberculosis.

d. Penanggung Jawab

1. Petugas puskesmas setempat

2. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu pelaksanaan : Jam 09.00-11.00 Wib

f. Tanggal Pelaksanaa : Tanggal 14 Mei 2014

g. Tempat pelaksanaan : wilayah puskesmas X Surabaya

h. Metode : Diskusi dan Tanya jawab

i. Media yang digunakan : Leaflet, Lembar balik, dan Kussioner

2.4.4 Pelaksanaan Keperawatan

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. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan

b. Standarisai nutrisi yang baik

c. Pemeriksaan kesehatan secara periodik

2. Preventif :

a. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan

b. Pemberian nutrisi khusus

- c. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - d. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
3. Pelayanan kesehatan langsung :
- a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Lansia
 - b. Rujukan

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

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