

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Tuberkulosis

1. Definisi TB

Tuberkulosis adalah suatu penyakit kronik menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga sering dikenal dengan Basil Tahan Asam (BTA). Sebagian besar kuman TB sering ditemukan menginfeksi parenkim paru dan menyebabkan TB paru, namun bakteri ini juga memiliki kemampuan menginfeksi organ tubuh lainnya (TB ekstra paru) seperti pleura, kelenjar limfe, tulang, dan organ ekstra paru lainnya, (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

2. Etiologi TB

Tuberkulosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dari famili *Mycobacteriaceae*, yang berbahaya bagi manusia. Bakteri ini memiliki dinding sel berlapis lipoid yang tahan terhadap asam, dengan waktu pembelahan sekitar 12–24 jam. Meski demikian, mikroorganisme ini mudah mati bila terpapar sinar matahari langsung atau sinar ultraviolet, serta tidak tahan terhadap panas basah—misalnya, dalam air bersuhu 100°C, bakteri akan mati dalam waktu sekitar 2 menit. Selain itu, paparan alkohol 70% atau lisol 50% juga dapat membunuhnya. Di dalam jaringan tubuh, *M. tuberculosis* mampu bertahan dalam kondisi dorman selama bertahun-tahun, dan dapat kembali aktif sehingga menimbulkan penyakit. Bakteri ini bersifat aerob, artinya membutuhkan oksigen untuk metabolisme. Karena itu, ia lebih menyukai jaringan dengan kadar oksigen tinggi, seperti bagian apikal paru-paru, yang memiliki tekanan oksigen lebih besar

dibandingkan jaringan lain, sehingga menjadi lokasi ideal untuk pertumbuhannya,(Iyah, 2021).

3. Faktor Resiko TB

Menurut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020) terdapat beberapa kelompok orang yang memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit TB, kelompok tersebut Adalah:

- a. Orang dengan HIV positif dan penyakit imunokompromais lain.
- b. Orang yang mengonsumsi obat immunosupresan dalam jangka waktu panjang.
- c. Perokok
- d. Konsumsi alkohol tinggi
- e. Anak usia <5 tahun dan lansia
- f. Memiliki kontak erat dengan orang dengan penyakit TB aktif yang infeksius.
- g. Berada di tempat dengan risiko tinggi terinfeksi tuberkulosis (contoh: lembaga permasyarakatan, fasilitas perawatan jangka panjang)
- h. Petugas Kesehatan

4. Patofisiologi

Ketika seseorang menghirup bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, mikroorganisme tersebut akan masuk ke saluran pernapasan dan mencapai alveoli, yaitu tempat bakteri berkumpul serta berkembang biak. Selain di paru-paru, bakteri ini juga dapat menyebar ke organ lain seperti ginjal, tulang, korteks serebri, maupun ke bagian paru-paru lain (misalnya lobus atas) melalui sistem limfatik dan cairan tubuh. Sebagai respons, sistem imun akan memicu reaksi peradangan. Sel fagosit berperan menekan pertumbuhan bakteri, sementara limfosit spesifik tuberkulosis

berusaha menghancurkan bakteri tersebut, meskipun proses ini juga dapat merusak jaringan normal di sekitarnya (Iyah, 2021).

Reaksi tubuh terhadap infeksi *Mycobacterium tuberculosis* dapat menimbulkan penumpukan eksudat di alveoli, yang berpotensi menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya muncul dalam kurun waktu 2–10 minggu setelah terpapar bakteri. Pada fase awal, interaksi antara bakteri dengan sistem imun membentuk granuloma, yaitu kumpulan basil hidup maupun mati yang dikelilingi oleh makrofag. Seiring waktu, granuloma berubah menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian tengah massa ini dikenal sebagai ghon tuberculosis, yang mengalami nekrosis dan menghasilkan material menyerupai keju (caseous necrosis). Proses ini kemudian mengalami kalsifikasi dan membentuk jaringan kolagen, sementara bakteri dapat tetap dorman.

Setelah fase awal, penyakit bisa berkembang menjadi aktif bila sistem imun tidak mampu memberikan respon yang adekuat, atau akibat infeksi ulang serta reaktivasi bakteri dorman. Dalam kondisi tersebut, ghon tubercle dapat pecah dan menghasilkan massa nekrotik (caseosa) di bronkus. Bakteri yang dilepaskan kemudian menyebar melalui udara, memperluas penularan. Tuberkel yang sembuh biasanya meninggalkan jaringan parut, dan paru-paru yang terinfeksi dapat mengalami pembengkakan lebih lanjut sehingga memperburuk bronkopneumonia, (Iyah, 2021).

5. Gejala klinis TB paru

Menurut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020) gejala penyakit TB tergantung pada lokasi lesi, sehingga dapat menunjukkan manifestasi klinis sebagai berikut:

- a. Batuk berdahak
- b. Batuk berdahak dapat bercampur darah
- c. Dapat disertai nyeri dada
- d. Sesak napas
- e. Dengan gejala lain meliputi :
- f. Malaise
- g. Penurunan berat badan
- h. Menurunnya nafsu makan
- i. Menggigil
- j. Demam
- k. Berkeringat di malam hari

6. Pemeriksaan TB

Menurut Gunadi (2025) pemeriksaan TBC dapat diketahui melalui pemeriksaan:

- a. TBC dapat diketahui melalui pemeriksaan dahak.
- b. Pemeriksaan TBC diutamakan menggunakan Tes Cepat Molekuler (TCM) atau pemeriksaan mikroskopis apabila terdapat kesulitan mengakses fasyankes TCM.
- c. Dibutuhkan 2 kali pengambilan dahak per pasien yaitu saat datang ke layanan (sewaktu) dan dahak pagi sesaat setelah bangun tidur (pagi) atau sebaliknya pagi dan sewaktu (saat pasien mengantar dahak pagi ke layanan) atau dapat juga sewaktu-waktu dengan jeda 1 jam.
- d. Petugas kesehatan dibantu oleh kader dalam mengedukasi dan mengumpulkan dahak bagi masyarakat yang bergejala TBC untuk dikirim ke fasyankes.

7. Klasifikasi dan tipe pasien TB

Menurut Gunadi (2025) pengelompokan TBC yaitu berdasarkan :

a. Pengelompokan berdasarkan lokasi dari penyakit TBC

1) TBC Paru

TBC paru adalah TBC yang menyerang jaringan paru-paru

2) TBC Ekstra Paru

TBC dapat menyerang bagian tubuh lain selain paru, misalnya; selaput otak, selaput jantung, kelenjar getah bening, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. TBC ekstra paru ditentukan oleh dokter berdasarkan gejala TBC. Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena

b. Pengelompokan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

1) Pasien baru TBC

Pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TBC sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan

2) Pasien yang pernah diobati TBC

Pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan. Pasien ini selanjutnya dikelompokkan lagi berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:

a) Pasien kambuh: adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap

b) Pasien yang diobati kembali setelah gagal: adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.

- c) Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan putus berobat
 - d) Lain-lain: adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.
- c. Pengelompokan berdasarkan kepekaan/sensitivitas obat
- 1) TBC Sensitif Obat (SO): TBC SO adalah pasien TBC yang masih bisa diobati atau sensitif terhadap OAT TBC SO. Lama pengobatan pasien TBC SO sekitar 6-12 bulan.
 - 2) TBC Resistan Obat (TBC RO): TBC Resistan Obat (TBC kebal obat) adalah keadaan di mana bakteri *M. tuberculosis* sudah kebal terhadap OAT TBC SO. Lama pengobatan TBC RO relatif lebih lama, sekitar 11 – 20 bulan. Sejak 2024, terdapat paduan obat TBC RO dengan durasi lebih singkat selama 6 bulan yaitu paduan BPaL/M. Efek samping Pengobatan TBC resistan obat lebih berat

8. Pengobatan

Menurut (Gunadi, 2025) pengobatan TBC merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari bakteri penyebab TBC. Pengobatan utama TBC adalah dengan menggunakan kombinasi beberapa jenis antibiotik yang dikenal sebagai Obat Anti Tuberkulosis (OAT). OAT biasanya terdiri dari empat jenis obat utama: Rifampisin, Isoniazid, Pirazinamid, dan Etambutol. Pengobatan TBC yang tidak sesuai standar berisiko tidak efektif dan dapat menyebabkan kegagalan pengobatan, yang pada akhirnya berpotensi menyebabkan TBC resisten obat (TBC RO). Pengobatan yang tepat dan teratur akan membantu mempercepat proses penyembuhan dan mencegah penularan lebih lanjut kepada orang lain.

a. Pengobatan TBC Sensitif Obat (TBC SO)

Paduan OAT SO diberikan selama 6 bulan dan diminum setiap hari. Obat terdiri dari: 2 bulan awal: Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), dan Ethambutol (E) selama 2 bulan di tahap awal dan 4 bulan lanjutan: Isoniazid (H) dan Rifampisin (R). Paduan ini dapat diberikan pada: TBC paru, TBC di luar paru, TBC pada ODHIV, TBC pada diabetes melitus. Jumlah tablet OAT SO diberikan kepada setiap pasien sesuai dengan berat badan sesuai anjuran dokter. Petugas kesehatan berperan untuk mengingatkan pasien dan keluarga bahwa pemantauan pengobatan pasien TBC paru melalui pemeriksaan laboratorium wajib dilakukan. Apabila tidak dilakukan pemantauan pengobatan dengan pemeriksaan mikroskopis atau BTA sputum pada akhir bulan ke-2, bulan ke-5 dan akhir pengobatan, maka hasil akhir pengobatan adalah Tidak Dievaluasi.

Tabel 1
Paduan Pengobatan TBC SO:

Berat Badan	Tahap Intensif selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Jumlah yang digunakan RHZE yang (Tablet)	Tahap Lanjutan selama 16 minggu RH (150/75)	Jumlah RH yang digunakan (Tablet)
1	2	3	4	5
30 - 37 kg	2 tablet 4KDT	112	2 tablet 2KDT	192
38 - 45 kg	3 tablet 4KDT	168	3 tablet 2KDT	288
55 - 70 kg	4 tablet 4KDT	224	4 tablet 2KDT	384
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	280	5 tablet 2KDT	480

Sumber: (Gunadi, 2025)

Program pengobatan TB paru terdiri dari dua tahap, yaitu tahap intensif selama 56 hari dengan kombinasi RHZE (Rifampisin, Isoniazid, Pirazinamid, dan Etambutol), serta tahap lanjutan selama 16 minggu dengan kombinasi RH (Rifampisin dan Isoniazid).

a) Tahap Intensif (56 hari): Pada tahap ini pasien diberikan tablet kombinasi 4KDT (RHZE) sesuai berat badan.

(1) Pasien dengan berat badan 30–37 kg mendapat 2 tablet per hari, sehingga total penggunaan selama 56 hari adalah 112 tablet.

(2) Pasien dengan berat badan 38–45 kg mendapat 3 tablet per hari, total 168 tablet.

(3) Pasien dengan berat badan 55–70 kg mendapat 4 tablet per hari, total 224 tablet.

(4) Pasien dengan berat badan ≥ 71 kg mendapat 5 tablet per hari, total 280 tablet.

b) Tahap Lanjutan (16 minggu): Pada tahap ini pasien diberikan tablet kombinasi 2KDT (RH) sesuai berat badan.

(1) Pasien dengan berat badan 30–37 kg mendapat 2 tablet per hari, sehingga total penggunaan selama 16 minggu adalah 192 tablet.

(2) Pasien dengan berat badan 38–45 kg mendapat 3 tablet per hari, total 288 tablet.

(3) Pasien dengan berat badan 55–70 kg mendapat 4 tablet per hari, total 384 tablet.

(4) Pasien dengan berat badan ≥ 71 kg mendapat 5 tablet per hari, total 480 tablet.

b. Pengobatan TBC RO

Paduan pengobatan untuk pasien TBC RO yang tersedia di Indonesia:

1) Paduan Pengobatan 6 bulan

a) Paduan BPaLM

b) Paduan BPaL

c) Paduan pengobatan TBC monoresistan INH

2) Paduan pengobatan 9 bulan

a) Paduan variasi etionamid

b) Paduan variasi linezolid

3) Paduan pengobatan jangka panjang (18 - 20 bulan)

Tabel 2
Paduan Pengobatan TBC RO

Panduan Pengobatan	TBC RR/MDR (FQ sensitif)	TBC XDR	Pre-TB XDR	TBC Paru Lesi Luas	TBC Ekstra-paru	Usia
1	2	3	4	5	6	7
BPaL/M	Bisa (BPaLM)	Bisa (BPaL)	Tidak	Bisa	Bisa, kecuali TBC ekstra-paru berat	Tidak
9 Bulan	Bisa	Tidak	Tidak	Tidak	Bisa, kecuali TBC ekstra-paru berat	Bisa
Jangka Panjang	Bisa/Tidak	Bisa/Tidak	Bisa	Bisa	Bisa	Bisa
Faktor lain yang diperhatikan	<ul style="list-style-type: none"> - Intoleransi obat atau efek samping - Riwayat pengobatan sebelumnya, paparan OAT, pertimbangan efektivitas obat, kontak erat dengan pasien TBC RO - Pilihan pasien 					

Sumber: (Gunadi, 2025)

Pengobatan TB resistan obat (RO) dibedakan berdasarkan jenis resistensi, kondisi klinis pasien, serta faktor lain yang memengaruhi efektivitas terapi.

- a) TBC RR/MDR (Resisten Rifampisin/Multidrug Resistant, FQ sensitif):
- (1) Dapat menggunakan regimen BPaL/M (Bedaquiline, Pretomanid, Linezolid ± Moxifloxacin).
 - (2) Bisa juga menggunakan regimen 9 bulan atau regimen jangka panjang, tergantung kondisi pasien.
- b) TBC Pre-XDR (Resisten Rifampisin + FQ resisten, tetapi masih sensitif obat lain):

- (1) Dapat menggunakan BPaLM, namun tidak bisa dengan regimen 9 bulan.
- (2) Regimen jangka panjang dapat dipertimbangkan sesuai kondisi pasien.
- c) TB XDR (Extensively Drug Resistant):
 - (1) BPaL dapat digunakan.
 - (2) Regimen 9 bulan tidak bisa digunakan.
 - (3) Regimen jangka panjang harus digunakan.
- d) TBC Paru Lesi Luas:
 - (1) Tidak bisa menggunakan BPaL/M.
 - (2) Tidak bisa menggunakan regimen 9 bulan.
 - (3) Regimen jangka panjang menjadi pilihan utama.
- e) TBC Ekstra-paru:
 - (1) Bisa menggunakan BPaL/M dan regimen 9 bulan, kecuali pada kasus ekstra-paru berat.
 - (2) Regimen jangka panjang tetap dapat digunakan.
- f) Usia:
 - (1) Regimen BPaL/M tidak direkomendasikan untuk anak-anak.
 - (2) Regimen 9 bulan dapat digunakan pada anak-anak, kecuali pada kasus ekstra-paru berat.
 - (3) Regimen jangka panjang bisa digunakan pada semua kelompok usia.

9. Komplikasi

Salah satu komplikasi serius tuberkulosis adalah terbentuknya tuberkuloma intrakranial, yang dapat memicu reaksi paradoks selama terapi. Reaksi ini ditandai dengan membesarnya lesi yang sudah ada atau munculnya lesi baru. Kondisi tersebut biasanya terjadi dalam enam bulan pertama pengobatan, meskipun pada

beberapa kasus bisa muncul lebih lambat, bahkan setelah lebih dari satu tahun. Walaupun pasien mendapatkan terapi yang sesuai, lesi dapat bertahan dalam jangka panjang. Lesi berukuran besar (lebih dari 2,5 cm) cenderung tetap ada setelah 18–24 bulan pengobatan,(Firmansyah, 2025) .

Tuberkulosis dapat menimbulkan berbagai komplikasi jangka panjang, salah satunya adalah penyakit paru pasca-TBC (Post-Tuberculosis Lung Disease/PTLD), yang dialami oleh sekitar 18–87% pasien setelah menyelesaikan pengobatan. PTLD sering berdampak pada fungsi paru, menyebabkan gagal napas kronis dan hipertensi pulmonal, sehingga kualitas hidup penderita menurun secara signifikan. Selain itu, komplikasi lain yang dapat muncul meliputi gangguan neurologis, penyakit kardiovaskular, serta masalah psikologis. Banyak penyintas TBC mengalami penurunan kualitas hidup, termasuk kerugian ekonomi dan hambatan sosial.(Firmansyah, 2025).

10. Pencegahan Penularan TB

Adapun cara-cara untuk mencegah dan memutus penularan TBC menurut (Gunadi, 2025), melalui beberapa hal:

- a. Penggunaan masker terutama di tempat ramai. Pasien TBC disarankan untuk memakai masker medis untuk mencegah penyebaran bakteri melalui droplet saat batuk atau bersin.
- b. Menutup mulut saat batuk atau bersin. Edukasi pasien untuk selalu menutup mulut dengan siku tangan atau tisu saat batuk atau bersin.
- c. Mengatur ventilasi udara yang baik di rumah atau tempat tinggal untuk mengurangi akumulasi bakteri di dalam ruangan.
- d. Istirahat yang cukup dan rutin berolahraga.

- e. Makan makanan dengan gizi seimbang, terutama tinggi kalori dan tinggi protein.
- f. Tidak membuang dahak atau meludah sembarangan.
- g. Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT), bertujuan untuk mengurangi kemungkinan berkembangnya penyakit TBC menjadi aktif, terutama pada kelompok yang rentan, seperti kontak serumah pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis, orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah, atau orang yang intens berinteraksi dengan pasien TBC.
- h. Vaksinasi TBC. Vaksin BCG pada bayi, walaupun ini tidak sepenuhnya melindungi dari infeksi TBC, tetapi dapat mengurangi risiko TBC paru yang berat pada anak-anak. Saat ini, telah dikembangkan vaksin TBC untuk dewasa.

B. Konsep Ketidapatuhan

1. Definisi

Ketidapatuhan merupakan perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan/pengobatan tidak efektif. (PPNI, 2018)

2. Penyebab

- a. Disabilitas (mis. penurunan daya ingat, defisit sensorik/ motorik)
- b. Efek samping program perawatan/ pengobatan
- c. Beban pembiayaan program perawatan/ pengobatan
- d. Lingkungan tidak terapeutik
- e. Program terapi kompleks dan/ atau lama

- f. Hambatan mengakses pelayanan kesehatan (mis. gangguan mobilisasi, masalah transportasi, ketiadaan orang merawat anak di rumah, cuaca tidak menentu)
- g. Program terapi tidak ditanggung asuransi
- h. Ketidakadekuatan pemahaman (sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan/ pendengaran, kelelahan, kurang motivasi)

3. Tanda dan Gejala

Menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia, Adapun tanda dan gejala dari ketidakpatuhan yaitu:

Tabel 3.
Tanda dan Gejala Mayor Minor Ketidakpatuhan

	Subjektif	Objektif
1	2	3
Gejala dan Tanda Mayor	1. Menolak menjalani perawatan/ pengobatan 2. Menolak mengikuti anjuran	1. Perilaku tidak mengikuti program perawatan/ pengobatan 2. Perilaku tidak menjalankan anjuran
Gejala dan Tanda Minor	(<i>tidak tersedia</i>)	1. Tampak tanda/ gejala penyakit/ masalah kesehatan masih ada atau meningkat 2. Tampak komplikasi penyakit/masalah Kesehatan menetap/pindah

Sumber: (PPNI, 2017)

a. Gejala dan Tanda Mayor

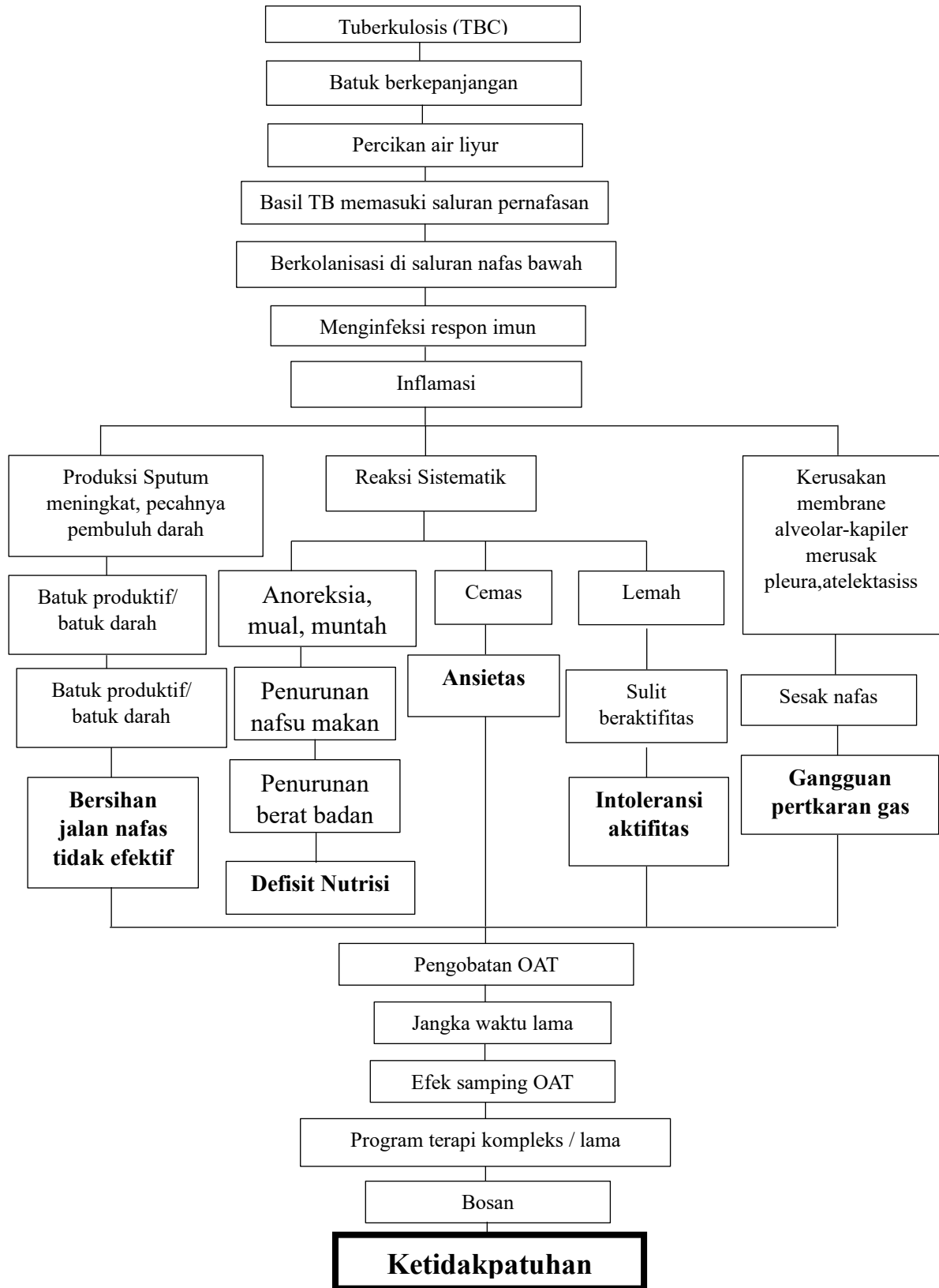
Secara subjektif, pasien menunjukkan penolakan terhadap perawatan maupun pengobatan. Ia juga menolak mengikuti anjuran tenaga kesehatan. Secara

objektif, hal ini tampak dari perilaku pasien yang tidak mengikuti program perawatan atau pengobatan, serta tidak menjalankan anjuran yang telah diberikan.

b. Gejala dan Tanda Minor

Pada aspek subjektif, tidak tersedia data tambahan. Namun secara objektif, masih terlihat tanda atau gejala penyakit/masalah kesehatan yang menetap atau bahkan meningkat. Selain itu, terdapat kemungkinan komplikasi penyakit yang tetap ada atau berpindah.

C. Problem Tree



Sumber: (Burhan, 2020)

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu Pengumpulan Data, Analisis Data dan Penentuan Masalah kesehatan serta keperawatan.(Gunawan Edi, 2022). Berikut komponen pengkajian meliputi:

a. Identitas Pasien

Pada identitas pasien ini berisikan nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, pendidikan, alamat, pekerjaan, status perkawinan, tanggal pengkajian, diagnosis medis. Identitas perlu ditanyakan untuk memastikan bahwa klien yang dihadapi adalah klien yang dimaksud, selain itu identitas diperlukan untuk data, asuransi, dan lain sebagainya.

b. Identitas Penanggung Jawab

Pada identitas penanggung jawab ini berisikan nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, hubungan dengan klien, dan alamat.keluarga.

c. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Kaji apa yang menjadi keluhan saat ini, sejak kapan dan bagaimana pengaruhnya terhadap pasien. Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien tuberculosis adalah ketidakpatuhan pengobatan OAT akibat efek samping

d. Riwayat Kesehatan

Pada riwayat kesehatan bertujuan untuk mengkaji riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga.

e. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, tingkat kesadaran, GCS, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan *head to toe*.

f. Pola Kebutuhan Dasar

- 1) Apakah pasien mengeluh mual?
- 2) Apakah pasien merasakan ingin muntah ?
- 3) Apakah pasien tidak berminat makan?
- 4) Apakah pasien merasakan asam di mulut?
- 5) Apakah pasien merasakan sensasi panas?
- 6) Apakah pasien mengatakan sering menelan?
- 7) Apakah saliva pasien meningkat?
- 8) Apakah pasien tampak pucat?
- 9) Apakah pasien mengalami diaphoresis?
- 10) Apakah pasien mengalami takikardia?
- 11) Apakah pupil tampak dilatasi?

g. Data Penunjang

Data penunjang berisi data atau informasi tambahan yang mendukung kondisi medis pasien baik berupa hasil uji laboratorium,

h. Analisa Data

Analisa data merupakan kegiatan pemilihan/pengelompokan data berdasarkan masalah keperawatan yang terjadi dalam rangka proses klasifikasi dan

validasi informasi yang mendukung untuk menegakkan suatu diagnosis yang akurat. Adapun analisis data keperawatan pada diagnosis keperawatan Ketidapatuhan akibat Tuberkulosis dijelaskan pada tabel dibawah ini

Tabel 4.
Analisi Data Ketidapatuhan akibat Tuberkulosis

NO	DATA (SIGN/SYMPATOM)	INTERPRETASI (ETIOLOGI)	MASALAH (PROMBLEM)
	DS:	Myceobacterium Tuberculosis	Ketidapatuhan (D.0114)
-	Pasien mengatakan menolak menjalani perawatan/pengobatan	↓ Droplet infeksi	
-	Pasien mengatakan menolak mengikuti anjuran.	↓ Pengobatan OAT ↓ Jangka waktu lama	
	DO:	↓ Merasa bosan	
-	Pasien tampak menunjukan perilaku tidak mengikuti program.	↓ Kurang informasi	
-	Pasien nampak menunjukan perilaku tidak menjalankan anjuran.	↓ Ketidapatuhan	
-	Tampak tanda/gejala penyakit/masalah kesehatan masih ada atau meningkat.		
-	Tampak komplikasi penyakit/masalah kesehatan menetap atau meningka.		

1) Data Subjektif (DS)

Pasien menyatakan menolak menjalani perawatan maupun pengobatan. Ia juga menolak mengikuti anjuran tenaga kesehatan. Hal ini menunjukkan adanya sikap penolakan terhadap program pengobatan TB paru

2) Data Objektif (DO)

Secara nyata, pasien tampak menunjukkan perilaku tidak mengikuti program perawatan atau pengobatan. Ia juga terlihat tidak menjalankan anjuran yang telah diberikan. Selain itu, masih tampak tanda atau gejala penyakit yang menetap atau meningkat, bahkan terdapat kemungkinan komplikasi yang tetap ada atau memburuk.

3) Interpretasi (Etiologi)

Masalah ini berawal dari infeksi *Mycobacterium Tuberculosis* yang ditularkan melalui droplet. Pengobatan TB dengan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) membutuhkan jangka waktu lama, sehingga pasien merasa bosan. Kurangnya informasi mengenai pentingnya kepatuhan dalam pengobatan turut memperburuk kondisi ini. Akibatnya, pasien menunjukkan perilaku ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

4) Masalah Keperawatan (Problem)

Masalah utama yang teridentifikasi adalah Ketidakpatuhan (D.0114) terhadap program pengobatan TB paru.

2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap bagaimana pasien merespons masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami maupun yang berpotensi terjadi. Tujuan utama dari diagnosis ini adalah mengenali

respon individu, keluarga, serta komunitas terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan. Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) diharapkan memiliki pemahaman yang mendalam mengenai berbagai respon pasien, baik ketika mereka dalam keadaan sakit maupun saat sehat (Wanto, 2024). Pada kasus ini, menggunakan diagnosis aktual dengan metode penulisan tiga bagian atau (*Three Part*), yaitu:

Ketidakpatuhan *berhubungan* dengan program terapi kompleks dan/atau lama *dibuktikan dengan* menolak menjalani perawatan/ pengobatan, menolak mengikuti anjuran, perilaku tidak mengikuti program perawatan/ pengobatan, perilaku tidak menjalankan anjuran, tampak tanda/ gejala penyakit/ masalah kesehatan masih ada atau meningkat, tampak komplikasi penyakit/ masalah kesehatan menetap atau meningkat.

3. Intervensi

Konsep intervensi keperawatan dibuat dalam bentuk tabel dalam lampiran ke 9.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018), intervensi keperawatan merupakan segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan pertimbangan klinis guna mencapai hasil (*outcome*) yang diharapkan.

Dalam penyusunan proses intervensi keperawatan terdapat dua komponen utama, yaitu intervensi keperawatan dan luaran keperawatan. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018) merupakan tolak ukur yang digunakan sebagai acuan dalam perencanaan asuhan keperawatan untuk menetapkan hasil yang diharapkan. Luaran keperawatan sendiri terdiri dari tiga komponen, yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil PPNI (2018).

Diagnosis keperawatan menunjukkan bahwa pasien menolak menjalani perawatan, menolak mengikuti anjuran, serta memperlihatkan perilaku tidak patuh terhadap program pengobatan. Hal ini dibuktikan dengan tanda dan gejala penyakit yang masih ada atau meningkat, bahkan komplikasi yang menetap.

Tujuan intervensi adalah meningkatkan kepatuhan pasien setelah beberapa kali kunjungan keperawatan. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi meningkatnya kemauan pasien untuk mematuhi program pengobatan, meningkatnya verbalisasi mengikuti anjuran, perilaku menjalankan program dengan konsisten, menurunnya risiko komplikasi, serta berkurangnya tanda dan gejala penyakit.

Rencana tindakan yang dirumuskan mencakup beberapa intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama berupa dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361), yang dilakukan melalui observasi kepatuhan pasien, pembuatan komitmen bersama, pendampingan keluarga, dokumentasi aktivitas, serta diskusi mengenai faktor pendukung dan penghambat. Edukasi diberikan untuk menjelaskan program pengobatan, manfaat kepatuhan, serta menganjurkan konsultasi ke fasilitas kesehatan.

Intervensi tambahan meliputi dukungan tanggung jawab pada diri sendiri (I.09277) dengan tujuan meningkatkan rasa tanggung jawab pasien terhadap perilakunya, promosi kesadaran diri (I.09311) untuk membantu pasien mengenali kondisi emosional dan dampak penyakit terhadap konsep diri, serta promosi coping (I.09312) yang berfokus pada penguatan kemampuan pasien dalam menghadapi masalah, memotivasi harapan realistis, dan mendukung keterlibatan sosial.

Selain itu, terdapat intervensi pendukung berupa edukasi kesehatan (I.12383), yang dilakukan dengan mengidentifikasi kesiapan pasien menerima

informasi, menyediakan materi pendidikan kesehatan, menjadwalkan sesi edukasi, serta menjelaskan faktor risiko dan strategi perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan membantu klien beralih dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju tingkat kesehatan yang lebih optimal sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Implementasi ini merupakan wujud pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah dirancang untuk mencapai tujuan tertentu (Naryati, 2024).

Menurut Nursalam (2022), implementasi keperawatan merupakan tahap di mana perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan melalui penerapan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang berfungsi untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah dirumuskan dalam rencana keperawatan telah tercapai. Dengan demikian, hasil evaluasi digunakan untuk menentukan apakah intervensi keperawatan yang telah dilakukan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan sesuai dengan respons dan kondisi klien (Nur, 2024).

Dalam tahap evaluasi keperawatan, terdapat komponen yang dikenal dengan format SOAP, yang terdiri dari beberapa elemen, yaitu:

S : Subjektive, memuat data subjektif atau data yang disampaikan langsung oleh pasien.

O : Objektive, memuat data yang dapat diobservasi secara langsung.

- A : Assessment, merupakan kondisi klinis dari pasien yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien
- P : Planning, perencanaan yang ditegakkan berdasarkan kondisi kesehatan terbaru dari pasien, hal ini dapat dilanjutkan, dihentikan maupun diubah sesuai kebutuhan pasien.