

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

A. Identitas umum

1. Identitas Kepala Keluarga :Ny.W

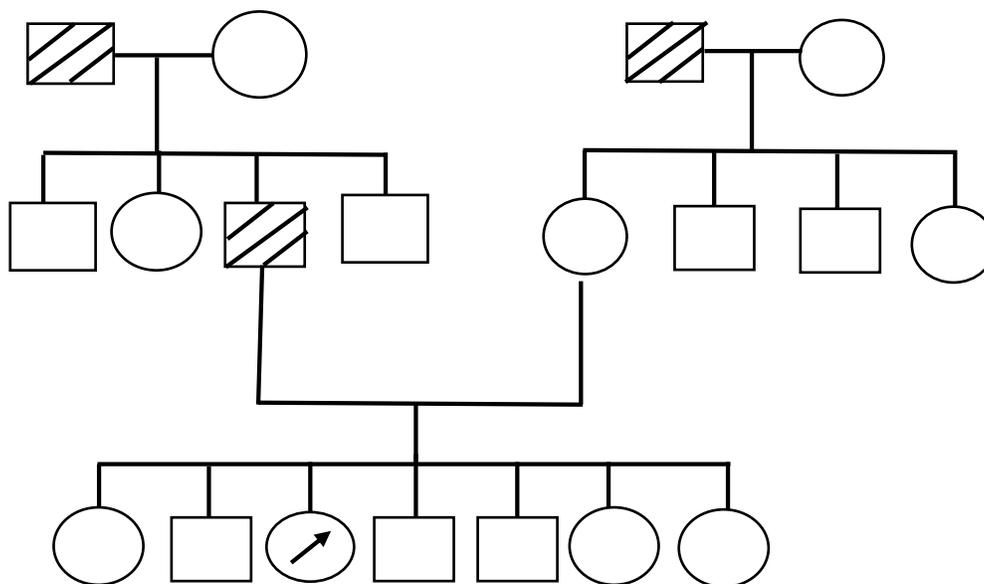
Nama	:Ny.W	Pendidikan	:SD
Umur	: 43 tahun	Pekerjaan	:Petani
Agama	:Marapu	Alamat	:Mbatakapidu
Suku	:Sumba	Nomor Telp	:-

2. Komposisi keluarga

Tabel 4.1 Komposisi Keluarga

No	Nama	JK	Hub dgn KK	Umur	Pend	Imunisasi	KB
1	Ny.W	P	Ibu	43 thn	SD	Lengkap	1 Kali
2	An. A	P	anak	21 thn	SMA	Lengkap	-
3	An A	L	anak	19 thn	SMP	Lengkap	-
4	An A	P	anak	16 thn	SMP	Lengkap	-
5	An A	L	anak	13 thn	SMP	Lengkap	-
6	An A	L	anak	13 thn	SD	Lengkap	-
7	An A	P	anak	11 thn	SD	Lengkap	-
8	An A	P	anak	9 thn	SD	Lengkap	-

3. Genogram



Gambar 4.1 Genogram

- Ket:
-  :Laki-lakii
 -  :Perepuan
 -  : Hubungan pernikahan
 -  :Hubungan pernikahan
 -  : Tinggal serumah
 -  :Pasien Laki-laki
 -  :Pasien perempuan
 -  :Meninggal(Laki-laki)
 -  :Meninggal(Perempuan)

4. Tipe keluarga :Keluarga
5. Suku bangsa :Sumba
6. Agama :Marapu
7. Status social ekonomi keluarga : Ny W bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan penghasilan 300 ribu per bulan
8. Aktifitas rekreasi keluarga: Ny W mengatakan sering berinteraksi dengan keluarganya

B.RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini : Menghidupi anak-anaknya yang masih sekolah
2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi : -

C.RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA INTI

1. Riwayat keluarga sebelumnya : Ny W mengatakan bapaknya pernah mengalami penyakit Tb Paru.
2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga :

Tabel 4.2 riwayat kesehatan masing-masing keluarga

No	Nama	Hub dgn KK	Umur	Keaad n kes	Imunisasi	Masalah kesehatan	Tindakan yg dlkukn
1	Ny W	istri	43thn	sehat	lengkap	Sehat	Tidak periksa
2	An A	anak	21 thn	sehat	lengkap	Sehat	Tidak periksa

3	An A	anak	19 thn	sehat	lengkap	Sehat	Tidak periksa
4	An A	anak	16 thn	sakit	lengkap	Tb Paru	pemeriksaan
5	An A	anak	13 thn	sehat	lengkap	Sehat	Tidak periksa
6	An A	anak	13 thn	sehat	lengkap	Sehat	Tidak periksa
7	An A	anak	11 thn	sehat	lengkap	Sehat	Tidak periksa
8	An A	anak	9 thn	sehat	lengkap	Sehat	Tidak periksa

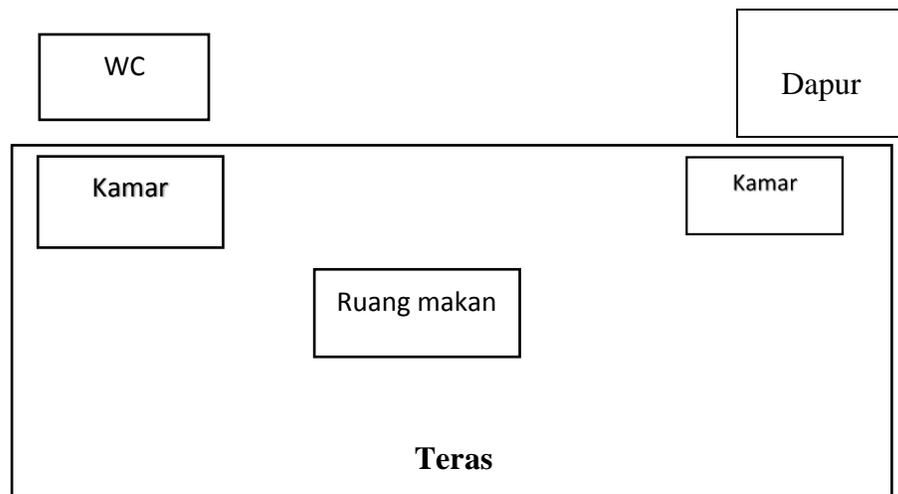
3. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan : Dokter Keluarga

D. PENGKAJIAN LINGKUNGN

1. Karakteristik rumah :

a. Gambaran tipe rumah tempat tinggal :

b. Denah rumah :



c. Gambaran kondisi rumah : Kurang bersih dan terdapat ventilasi

d. Kamar mandi :keluarga memiliki kamar mandi dan wc yang terpisah.

e. Mengkaji pengaturan tempat tidur di dalam rumah :terdapat 2 kamar,1 ruang makan dan pasien menggunakan tempat tidur dan menggunakan kelambu

- f. Mengkaji keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah: kondisi rumah tampak kurang bersih
- g. Mengkaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah :keluarga mengatakan merasa nyaman tinggal dirumah ini
- h. Evaluasi adekuasi pembuangan sampah :biasanya keluarga mengatakan sampah dikumpul dan langsung dibakar
- i. Penataan/pengaturan rumah :
 - 2. Karakteristik tetangga dan komunitas RW :terdapat tetangga terdekat
 - 3. Mobilitas geografis keluarga :keluarga tidak memiliki kendaraan
 - 4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :keluarga mengatakan sering berkunjung ke keluarga terdekat.
 - 5. Sistem pendukung keluarga :Ny.W mengajarkan keluarganya untuk jujur dan terbuka ketika ada masalah.

E.STRUKTUR KELUARGA

- 1. Pola komunikasi keluarga:keluarga Ny.W sangat ramah ketika menerima saya dan selalu menerapkan komunikasi terbuka
- 2. Struktur kekuatan keluarga: Keluarga Ny W mengatakan selalu mendukung keluarganya dan memberi support
- 3. Struktur peran: Ny W mengatakan bertanggung jawab terhadap keluarganya meskipun suaminya sudah meninggal
- 4. Nilai dan norma keluarga: Ny W selalu mengajarkan nilai dan norma yang baik kepada keluarganya

F.FUNGSI KELUARGA

- 1. Fungsi afektif: Antara keluarga Ny W terjalin rasa saling memiliki, kesulitan yang dialami salah satu anggota keluarga adalah kesulitan bersama
- 2. Fungsi sosialisasi: Keluarga Ny W cukup rukun
- 3. Fungsi perawatan kesehatan: Keluarga menggunakan fasilitas kesehatan seperti dokter praktek dengan menggunakan BPJS
- 4. Fungsi reproduksi: Ny W mempunyai 4 orang anak

5. Fungsi ekonomi: Ny W bekerja sebagai ibu rumah tangga, penghasilannya perbulan 300 rb

G.STRESS DAN KOPING KELUARGA

1. Stressor jangka pendek dan panjang: Bagaimana keluarga memulihkan kondisi Ny W yang sedang menderita penyakit Tb Paru dan agar tidak terjadi komplikasi lain
2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor: Keluarga sudah membawa Ny W di RS ketika ada keluhan lain dan obat sudah habis untuk di lakukan pemeriksaan dan pemberian obat
3. Strategi koping yang digunakan: Jika ada masalah keluarga Ny W selalu bertukar pikiran dan saling memberi masukan
4. Strategi adaptasi disfungsional: Terdapat strategi dalam menyelesaikan masalah

H. Pemeriksaan fisik

No	Pemeriksaan fisik		Nama pasien An A
			Nama :An A Umur :16 Thn
1	Keluhan /riwayat penyakit saat ini		Pasien mengatakan batuk-batuk terus menerus,keringat malam hari,sulit mengeluarkan dahak dan mudah lelah
2	Riwayat penyakit sebelumnya		Bapaknya meninggal karena mengalami penyakit yang sama
3	Penampilan umum :	a . Tahap perkembangan	Memasuki tahap remaja
		b . Jenis kelamin	Perempuan
		c . Cara berpakaian	Cukup rapi
		d . Kebersihan personal	Mandi 2X sehari
		e . postur dan cara berjalan	Normal,postur tegak
		f . Bentuk dan ukuran tubuh	Normal,sedikit kurus,BB:40Kg,TB:155Cm.
4	Status mental dan cara berbicara :	a . Status emosi	Tampak saat bicara nyambung dan dapat mengontrol emosi.
		b . tingkat kecerdasan	Saat ditanya An A kontak mata dan nyambung saat ditanya
		c . orientasi	Baik
		d . Proses berpikir	Selalu berpikir positif dalam segala hal
		e . Gaya / cara berbicara	Bersikap ramah
5	Tanda – tanda vital :	a . Tekanan darah	100/70 mmHg
		b . Nadi	98x/mnt
		c . Suhu	36,6 C
		d . RR	28x/mnt
6	Pemeriksaan kulit	a . Inspeksi	Kulit tampak lembab, warna kulit sawo matang
		b . Palpasi	Tidak ada nyeri tekan atau benjolan
7	Pemeriksaan kuku :	a . Inspeksi	Kuku tampak bersih, tidak ada kelainan
		b . Palpasi	Tidak ada nyeri tekan, CRT<2 detik

8	Pemeriksaan kepala :	a . Inspeksi	Tampak normal, tidak ada kelainan
		b . Palpasi	Tidak ada pembengkakan
		c . Auskultasi	Tidak di lakukan pengkajian
9	Pemeriksaan muka :	a . Inspeksi	Wajah normal, tidak ada kelainan
		b . Palpasi	Tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan
		c . Tes sensasi wajah	Dapat merasakan apabila di berikan sentuhan atau rangsangan
10	Pemeriksaan mata :	a . Auskultasi	Tidak di lakukan pengkajian
		b . Inspeksi	Simetris, pupil insokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan
		c . Test ketajaman visual	dapat melihat benda atau tulisan dari jarak jauh
		d . Tes lapang pandang	Dapat melihat 1800 kesegala arah
11	Pemeriksaan telinga :	a . Inspeksi	Bersih tidak ada cairan yang keluar
		b . Palpasi	Tidak ada bengkak dan nyeri tekan
		c . Tes pendengaran	Fungsi pendengaran baik
12	Pemeriksaan hidung dan sinus :	a . Inspeksi	Tidak ada sekret
		b . Palpasi	Tidak ada edema
		c . Tes penciuman	Fungsi penciuman baik
113	Pemeriksaan mulut dan tenggorokan :	a . Inspeksi	Tidak ada kelainan, gigi lengkap
		b . Palpasi	Tidak ada nyeri tekan
		c . Tes sensasi rasa	Indra perasa normal
14	Pemeriksaan leher :	a . Inspeksi	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
		b . Palpasi	Tidak ada nyeri tekan
		c . Tes sensasi rasa	Tidak di lakukan pengkajian
		d . Tes ROM	Tidak di lakukan pengkajian
15	Pemeriksaan system pernafasan :	a . Inspeksi	Simetris, pasien mengalami batuk berdahak, tidak ada lesi, tidak ada jejas
		b . Palpasi :	Pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan

		c . Perkusi :	Suara Paru redup
		d . Auskultasi :	Terdengar suara Ronchi
16	Pemeriksaan system kardiovaskuler :	a . Inspeksi :	Tidak ada pembesaran jantung
		b . Palpasi	Tidak teraba ictus cordis di ICS 5
		c . Perkusi	Tidak terdapat pembesaran jantung tambahan
		d . Auskultasi	Tidak terdapat suara jantung tambahan
17	Pemeriksaan payudara dan aksila :	a . Inspeksi	Tidak di lakukan pemeriksaan
		b . Palpasi	Tidak di lakukan pemeriksaan
18	Pemeriksaan abdomen :	a . Inspeksi	Tidak di lakukan pemeriksaan
		b . Palpasi	Tidak di lakukan pemeriksaan
		c . Perkusi	Tidak di lakukan pemeriksaan
		d . Auskultasi	Tidak di lakukan pemeriksaan
19	Pemeriksaan ekstremitas atas :	a . Bahu	Normal, dapat bergerak dengan bebas
		b . Siku	Normal dapat bergerak dengan bebas
		c . Pergelangan dan telapak tangan	Normal dapat bergerak dengan bebas
20	Pemeriksaan ekstremitas bawah :	a . Panggul	Normal dapat bergerak dengan bebas
		b . Lutut	Normal dapat bergerak dengan bebas
		c . Pergelangan dan telapak kaki	Normal dapat bergerak dengan bebas

I.BALITA STUNTING : Tidak ada balita

J. Jika ada : Kunjungan ke puskesmas : belum

K.HARAPAN KELUARGA

1. Terhadap masalah kesehatannya: keluarga berharap Ny W cepat sembuh dan keluarganya sehat
2. Terhadap petugas kesehatan yang ada : keluarga berharap ada anggota puskesmas yang datang untuk melakukan pemeriksaan dan pemberian

L.PEMERIKSAAN PENUNJANG (Lab.,Rontgen,DLL) (Tidak dilakukan pemeriksaan)

J. DIAGNOSIS ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

A. ANALISI DATA

Tabel 4.8 Analisa Data

NO	Data	Masalah	Penyebab
1	Ds: Ny A mengatakan sesak napas ,sulit mengeluarkan dahak Do: klien tampak lelahh	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Sekresi yang tertahan
2	Ds: An A mengatakan sering merasa lelah Do: klien tampak lelah	Intoleransi aktifitas	Kelemahan

A. PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Tabel 4.9 Perumusan diagnosa keperawatan

NO	Diagnosis keperawatan
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

C PENILAIAN (SKORING) DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Tabel 4.10 Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan

1. Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran	
Sifat masalah:			$3/3 \times 1 =$	Masalah sudah aktual dikarenakan An A mengatakan batuk terus menerus tetapi sulit mengeluarkan dahak.	
Aktual	3	1	1		
Resiko	2				
Potensial	1				
Kemungkinan masalah untuk diubah			$2/2 \times 2 =$	Masalah dapat diubah dengan mudah dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan mampu menerima informasi dengan baik.	
Mudah	2		2		
Sebagian	1	2			
Tidak dapat	0				
Potensial masalah untuk dicegah			$2/3 \times 1 =$	Potensial masalah untuk dicegah cukup dengan membantu keluarga untuk memahami masalah kesehatan.	
Tinggi	3	1	$2/3$		
Cukup	2				
Rendah	1				
Menonjolnya masalah			$2/2 \times 1 =$	Perlu segera ditangani untuk mencegah penularan penyakit pada anggota keluarga yang sehat.	
Segera diatasi	2		1		
Tidak segera diatasi	1	1			
Tidak dirasakan adanya masalah	0				
TOTAL			4 2/3		
NO	Kriteria skala	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah:		$3/3 \times 1$	1	Pasien An A dapat beraktifitas tetapi tidak lama saja beraktivitas akibat sering merasa kelelahan
	• Aktual	3			
	• Resiko	2			
	• Potensial	1			
2	Kemungkinan masalah dapat diubah:		$1/2 \times 2$	1	Masalah dapat diatasi karena pasien sedang dalam proses penyembuhan
	• Mudah	2			
	• Sebagian	1			
	• Tidak dapat				
3	Potensi masalah untuk dicegah:		$2/3 \times 1$	0,6	Pasien melakukan tidak istirahat total selama sakit
	• Tinggi	3			
	• Cukup	2			
	• Rendah	1			

4	Menonjolnya masalah:	2	2/2x1	0	Keluarga menganggap hal tersebut bukan masalah
	• Segera di atasi	1			
	• Tidak segera diatasi	0			
	• Tidak dirasakan adanya masalah				
Total skor				2,6	

**Format Intervensi
Asuhan Keperawatan Keluarga**

Tabel 4.11 intervensi keperawatan Pasien An A

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Intervensi
		Panjang	Pendek	Kriteria	Standar	
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama seminggu diharapkan keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit An A	Setelah tindakan keperawatan selama 3 x 60 menit keluarga mampu: a. Mengenal masalah Tuberkulosis b. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit penyakit Tuberkulosis	Respon verbal	Pasien dengan keluarga dapat: 1. Menjelaskan cara mengatasi tidak efektifnya bersihan jalan napas	Latihan batuk efektif Observasi 1. Identitas kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas Terapeutik 4. Atur posisi semi- fowler atau fowler 5. Buang sekret pada tempat sputum Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2

						<p>detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu(dibulatkan)selama 8 detik</p> <p>3. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 detik</p> <p>4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3</p>
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama seminggu diharapkan keluarga dapat merawat keluarga	Setelah tindakan keperawatan selama 3 x 60 menit keluarga mampu:	Respon Verbal	Pasien dengan keluarga dapat:	<p>Manajemen energi (1.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>1.Monitor kelelahan fisik</p> <p>2.Monitor pola dan jam tidur</p> <p>3.Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.Fasilitasi duduk disamping tempat tidur jika dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 4:12 Implementasi kerawatan

Hari/tanggal	Jam	Diagnosa	Implementasi	Paraf
Jumat,10 mei 2024	09:00	I	1. mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil:tampak pasien belum mampu	
	09:15	I	batuk efektif	
		II	2. Memonitor TTV Hasil: TD:100/70 MmHg	
	09:20	I	3. Memonitor adanya sputum Hasil:tampak pasien batuk namun dahak susah keluar	
			4. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Hasil:tampak pasien mendengarkan penjelasan mahasiswa tentang batuk efektif	
	09:40	I	5. Memfasilitasi duduk ditempat tidur Hasil:tampak pasien duduk ditempat tidur	
	10:00	I	6. Memberikan minuman hangat Hasil:tampak pasien minum air hangat	
			7. Mengatur posisi semi fowler Hasil:tampak pasien diberikan posisi semi fowler	
	10:10	I	8. Memonitor kelelahan fisik	
	10:30	II		
II				
10:35	II			

	10:40	II	<p>Hasil:pasien mengatakan sesak ketika selesai aktivitas</p> <p>9. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>Hasil: pasien mengatakan tidur jam 22:00 dan bangun jam 06:00 pagi</p>	
	10:50	I	<p>10. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas</p> <p>Hasil: An A mengatakan merasa sesak bertambah saat beraktivitas</p> <p>11. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Hasil:tampak An A melakukan aktivitas ringan</p> <p>12. Memonitor bunyi tambahan</p> <p>Hasil: bunyi napas tambahan terdengar suara ronchi</p>	
sabtu,11 mei 2024	13:00	I	1. Memonitor bunyi tambahan	
	13:10	I	<p>Hasil: bunyi napas tambahan terdengar suara ronchi</p> <p>RR:20x/mnt</p>	
	13:20	I dan II	2. Menganjurkan batuk efektif	
	13:25	I	<p>Hasil:tampak An A melakukan batuk efektif</p>	

	13:35	I	3. Mengatur posisi semi fowler Hasil:tampak An A diberikan posisi semi fowler	
	14:00	II	4. mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil:tampak A n A mampu sebagian dalam batuk efektif	
	14:10	I	5. Memberikan minuman hangat Hasil:tampak An A minum air putih 200cc	
			6. Memonitor kelemahan fisik Hasil:tampak An A mengatakan sesak sudah mulai berkurang	
			7. Menganjurkan batuk efektif Hasil:tampak An A mempraktekkan teknik batuk efektif	
Senin ,13 mei 2024	09:10	I dan II	1. Memonitor TTV Hasil:	

			<p>TD:100/70 MmHg N:84x/mnt S :36 celsius</p>	
	09:20	I	<p>2. Memonitor bunyi tambahan Hasil: bunyi napas tambahan terdengar suara ronchi</p>	
	09:40	I dan II	<p>RR:20x/mnt</p>	
	09:50	II	<p>3. Mengatur posisi semi fowler Hasil:tampak An A diberikan posisi semi fowler</p>	
	10:00	I	<p>4. Memonitor kelemahan fisik Hasil:tampak An A mengatakan sesak sudah mulai berkurang</p>	
	10:40	I	<p>5. Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil:tampak A n A mampu melakukan batuk Efektif dan melakukannya setiap kali batuk</p>	
			<p>6. Mengevaluasi kembali kemampuan batuk efektif Hasil:An A mengatakan mampu melakukan batuk efektif secara mandiri</p>	

EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan

Hari/tanggal	Dx	Evaluasi SOAP	Paraf
Jumat,10 mei 2024	I	<p>S :Anak A mengatakan sesak napas</p> <p>. Anak A mengatakan sulit mengeluarkan dahak</p> <p>O : Tampak pasien batuk</p> <p>Tampak pasien sesak</p> <p>Terdengar suara napas pasien ronchi</p> <p>A : Bersihan jalan napas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi- fowler atau fowler 2. Buang sekret pada tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu(dibulatkan)selama 8 detik 3. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 detik 4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3 	

	II	<p>S : Pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas</p> <p>O : Tampak pasien lelah</p> <p>Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler</p> <p>A : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas 4. Fasilitasi duduk disamping tempat tidur jika dapat berpindah atau berjalan Edukasi 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	
Sabtu,11 mei 2024	I	<p>S : Anak A mengatakan sesak napas</p> <p>Anak A mengatakan sulit mengeluarkan dahak</p> <p>O : Tampak Anak A sesak</p> <p>Tampak Anak A sulit mengeluarkan dahak</p> <p>Terdengar suara napas pasien ronchi</p> <p>A : Bersihan jalan napas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi- fowler atau fowler 2. Buang sekret pada tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 	

		<p>2. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu(dibulatkan)selama 8 detik</p> <p>3. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 detik</p> <p>4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3</p>	
	II	<p>S : Pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas</p> <p>O : Tampak pasien lelah Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler</p> <p>A : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.Monitor kelelahan fisik</p> <p>2.Monitor pola dan jam tidur</p> <p>3.Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.Fasilitasi duduk disamping tempat tidur jika dapat berpindah atau berjalan Edukasi</p> <p>2.Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	
Senin,13 mei 2024	I	<p>S : Anak A mengatakan sesak napas berkurang</p> <p>Anak A mengatakan tidak sulit lagi mengeluarkan dahak</p> <p>O : Tampak Anak A sesaknya berkurang</p>	

		<p>Tampak Anak A sulit mengeluarkan dahaknya berkurang</p> <p>A : Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	
	II	<p>S : Pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas berkurang</p> <p>O : Tampak An A lelah nya teratasi</p> <p>Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler</p> <p>A : Intoleransi aktivitas teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	

4.3 PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan data yang berdasarkan data yang diambil dari pasien di wilayah kerja Puskesmas Waingapu didesa mbatakapidu. Penulis akan membandingkan antara dasar teori dan hasil yang terdapat dilapangan meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi yang diuraikan sebagai berikut.

4.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan fondasi dari proses keperawatan yang dilakukan dengan tujuan menggathering informasi atau data terkait pasien, dengan maksud untuk mengidentifikasi masalah-masalah dalam kesehatan dan perawatan pasien, baik itu aspek fisik, mental, sosial, maupun lingkungan. (agustine, 2020)

Hasil pengkajian yang dilakukan pada keluarga tanggal 10 Mei 2024 di Wilayah Kerja Puskesmas Waingapu didesa mbatakapidu didapatkan: Pasien jenis kelamin perempuan, umur 16 tahun, pasien menganut agama marapu, suku Sumba, bekerja sebagai Pelajar. Tipe keluarga pasien adalah keluarga orang tua tunggal yang terdiri dari istri, dan 7 orang anak kandung.. Tahap perkembangan keluarga pasien adalah keluarga dengan anak usia remaja dari usia 13 tahun sampai 25 tahun. tampak pasien lemah, keluhan yang dialami pasien yaitu sesak napas dan batuk berdahak tetapi sulit untuk dikeluarkan. Pada pemeriksaan *vital sign* di dapatkan tekanan darah 100/70 mmHg, TB:155 cm BB:40kg, suhu 36,6°C dan *respiration rate* 28x/menit(Kurniawaty & Sunarmi, 2022).

Menurut (Fraga et al., 2022) penderita Tuberkulosis akan mengalami demam yang biasanya timbul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat malam hari.

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Brodie & Schluger, 2022) ada beberapa kasus diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien tuberkulosis berdasarkan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2020):

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan(SDKI, PPNI, 2020)

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan manajemen energi (SDKI, PPNI, 2020)

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada An A dengan tuberkulosis paru, maka penulis mengangkat diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan batuk berdahak tetapi tidak mampu dikeluarkan, sesak dan terdengar bunyi ronchi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan tanda-tanda yang mendukung penegakan diagnosis tersebut berupa tanda dan gejala diatas.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh sesak, merasa lelah saat melakukan aktivitas. Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan data-data yang mendukung penegakan diagnosis tersebut berupa tanda dan gejala seperti yang tertera diatas.

4.3.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Kozier et al. (2021) Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses penyusunan intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah penderita. Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Dalam menyusun proses perencanaan ini meliputi 3 hal penting, yaitu menetapkan tujuan yang diharapkan dari suatu tindakan yang diberikan.

a. Latihan batuk efektif

Perencanaan tindakan keperawatan yang ada pada teori tidak berbeda dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan sehingga tidak ada kesejangan teori dengan kasus. Perencanaan yang dibuat selama pasien An A di wilayah kerja puskesmas waingapu didesa mbatakapidu yaitu mengidentifikasi kemampuan batuk, memonitor retensi sputum, memberikan posisi semi fowler, menjelaskan tujuan batuk efektif. Penulis mengangkat rencana tindakan batuk efektif dikarenakan pasien

mengalami batuk berdahak yang sulit untuk dikeluarkan, mengalami sesak, dan bunyi ronchi. Jadi, intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut adalah latihan batuk efektif

b. Manajemen energi

Perencanaan tindakan keperawatan yang ada pada teori tidak berbeda dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan sehingga tidak ada kesejangan teori dengan kasus. Perencanaan yang dibuat selama pasien di wilayah kerja puskesmas waingapu didesa mbatakapidu yaitu monitor kelelahan fisik, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyaman selama melakukan aktivitas, fasilitasi duduk disamping tempat tidur, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, pantau TTV.

4.3.4 Implementasi keperawatan

Menurut Gordon, 2020 dalam Perry & Potter (2021), Independent Implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu penderita dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL),

- a. Pada masalah keperawatan pertama mengenai bersihan jalan napas tidak efektif, beberapa rencana keperawatan yang disusun oleh penulis telah dilaksanakan dengan baik selama pasien An A berada di mbatakapidu yaitu memonitor pola napas pasien dengan hasil pernapasan = 28x/menit, memonitor bunyi napas tambahan dengan hasil terdengar bunyi ronchi, memonitor sputum (terdapat sputum tetapi sulit dikeluarkan).
- b. Pada masalah keperawatan kedua mengenai intoleransi aktivitas beberapa rencana keperawatan yang disusun oleh penulis telah dilaksanakan dengan baik selama pasien An A yaitu monitor kelelahan fisik dengan hasil pasien mengatakan lemas, monitor pola dan jam tidur dengan hasil pasien tidur jam 22.00 sampai bangun 06:00 pagi, monitor lokasi dan ketidaknyaman selama melakukan aktivitas dengan hasil pasien sesak ketika melakukan aktivitas,

fasilitasi duduk disamping tempat tidur dengan hasil pasien baring ditempat tidur, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil pasien tampak melakukan aktivitas ringan.

4.3.5 evaluasi keperawatan

Menurut Meirisa (2019), Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, Perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai..

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
Pada saat pengkajian data-data pada An A yang didapatkan oleh perawat yaitu pasien mengatakan batuk berlendir dan sulit mengeluarkan dahak disertai sesak. Terdengar bunyi napas tambahan ronchi, tampak pasien tidak mampu batuk efektif, tampak pasien sulit mengeluarkan lendir, TTV: TD: 100/70 mmHg,P:28x/menit, S:36,6°C.

Dari hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien masih menunjukkan tanda-tanda bersihan jalan napas tidak efektif dimana pasien mengatakan masih merasa sesak hasilnya observasi pasien tampak sesak pasien sulit mengeluarkan lendir dan masih terdengar bunyi ronchi. Intervensi serta implementasi pada akhirnya dapat teratasi setelah melakukan asuhan keperawatan keluarga selama 3 hari kunjungan rumah.

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Pada saat pengkajian data-data pada An A yang didapatkan oleh perawat yaitu pasien mengatakan lemas dan merasa sesak pada saat beraktivitas Tampak pasien terbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler,pernapasan 28x/menit.

Dari hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien masih menunjukkan tanda-tanda kelemahan dimana pasien mengatakan masih merasa sesak saat melakukan aktivitas,tampak pasien melakukan aktivitas ringan

Intervensi serta implementasi pada akhirnya dapat teratasi setelah melakukan asuhan keperawatan keluarga selama 3 hari kunjungan rumah.