

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Gambaran lokasi**

Puskesmas Kambaniru adalah salah satu sarana kesehatan bagi masyarakat di kecamatan Kampera dengan luas wilayah sebanyak 33.221 jiwa, dan batas-batas wilayah Puskesmas Kambaniru Kecamatan Kampera Kabupaten Sumba Timur, secara geografi Puskesmas Kambaniru berada sebelah utara di batasi selat Sumba, sebelah selatan di batasi Kecamatan Mapabuhang kota Waingapu, sebelah Timur di batasi Kecamatan Pandawai.

##### **4.1.2 Data Asuhan Keperawatan**

Karena penelitian dilakukan secara langsung di rumah pasien, peneliti menggunakan format penilaian asuhan keperawatan untuk keluarga. Jenis keluarga yang menjadi fokus dalam penelitian ini, khususnya pada kasus keluarga Tn. Y, disarankan sebagai keluarga inti. Struktur keluarga ini terdiri dari suami, istri, dan tiga anak kandung, salah satunya adalah klien An. Kr. yang sedang menderita tuberkulosis paru. Klasifikasi sebagai keluarga inti penting untuk memahami dinamika interaksi, pola komunikasi, dan peran masing-masing anggota keluarga dalam memberikan dukungan, terutama terkait perawatan klien dengan kondisi kesehatan tertentu.

##### **4.1.3 Pengkajian**

Pengkajian ini dilakukan pada hari senin 24 Februari 2025. An Cr, seorang pasien tuberkulosis paru dengan bersihan jalan napas yang tidak memadai di Tandairotu, dirawat oleh penulis dalam keluarga Tn. Y. Berikut ini adalah bagaimana deskripsi kasus diperoleh: Pasien, An C, adalah seorang Kristen Protestan Sumba berusia 18 tahun yang pendidikan terakhirnya adalah sekolah dasar, menurut data yang dikumpulkan selama pemeriksaan. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, pasien mengaku mengalami batuk berdahak selama dua bulan terakhir, disertai nyeri dada, sesak napas, kesulitan batuk, dan produksi sputum yang signifikan.

Analisis tanda-tanda vital menunjukkan temuan berikut: Suhu: 36,5°C, Rr: 22 x/m, denyut nadi: 90 x/m, tekanan darah: 120/80 mmHg. Warna kulit sawo matang, terdapat bekas luka di bagian kaki, kulit elastis, tampak bersih, CRT < 2 detik, rambut lurus

berwarna hitam, pertumbuhan rambut merata, konjungtiva merah mukosa bibir kering, gigi berwarna putih, terdengar suara ronchi pada sistem pernapasan

## 1. Identitas Umum

### a. Identitas Kepala Keluarga

**Tabel 4. 1 Data umum Keluarga**

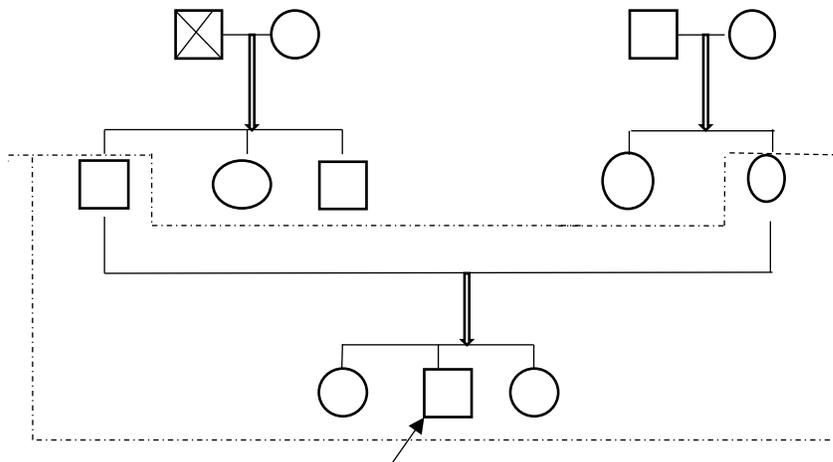
Nama	Tn. Y
Umur	51 tahun
Agama	Kristen protestan
Suku	Sumba
Pendidikan	SD
Pekerjaan	Petani
Alamat	Tandairotu
Nomor telp	-

### b. Komposisi Keluarga

**Tabel 4. 2 Komposisi Keluarga**

No	Nama	Jk	Hubungan dengan kk	Umur	Pendidikan	Imunisasi	Kb
1	Ny. F	P	Istri	48 tahun	SD	Lengkap	Implan
2	An. Ch	P	Anak	21 tahun	SMA	Lengkap	
3	An. Cr	L	Anak	18 tahun	SD	Lengkap	
4	An. A	P	Anak	11 tahun	SD	Lengkap	

### c. Genogram



keterangan :

-  : laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Tinggal Serumah
-  : Pasien
-  : Garis keturunan

d. Tipe keluarga

Tiga keturunan biologis keluarga An Cr seorang suami, istri, dan anak yang menderita tuberkulosis paru membentuk keluarga inti.

e. Suku bangsa (Etnis)

Berasal dari suku Sumba, keluarga An Cr berbicara bahasa Indonesia dan Sumba Timur secara teratur.

f. Agama

Setiap anggota keluarga An. C menganut agama Kristen, dan doa Minggu merupakan tradisi. Di gereja terdekat, keluarga akan berdoa.

g. Status sosial ekonomi keluarga

h.

**Tabel 4. 3 Status Sosial ekonomi Keluarga**

Anggota keluarga yang mencari nafkah	Tn.Y mengatakan, yang mencari nafkah adalah dirinya dan istri
Penghasilan	Penghasilan keluarga Tn.Y $\leq$ 2 juta/bulan
Upaya lain	Tidak ada
Harta benda yang dimiliki	Rumah, kendaraan roda dua
Kebutuhan yang dikeluarkan tiap bulan	$\leq$ 1.000.000/Bulan

2. Aktivitas rekreasi keluarga

Menurut keluarga An. C, mereka tidak melakukan kegiatan khusus apa pun. Saat berkumpul, mereka sering duduk-duduk dan mengobrol.

a. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

**Tabel 4. 4 Riwayat dan tahap perkembangan**

Tahap perkembangan keluarga saat ini	Keluarga An.Cr. saat ini berada di tahap V dalam memiliki anak remaja. Keluarga An.C. menjaga komunikasi tetap terbuka dengan anak-anak remaja mereka dan senantiasa memantau perkembangan mereka (menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab).
Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi	Semua fase pertumbuhan keluarga telah dilalui dalam keluarga An.Cr, dan tidak ada hambatan yang berarti.

b. Riwayat kesehatan keluarga inti

Tidak ada seorang pun di keluarga Tn. Y yang pernah menderita TBC paru sebelumnya, tidak seperti pasien An.C.

c. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

**Tabel 4. 5 Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga**

No	Nama	Jk	Hubungan dengan keluarga	Umur	Keadaan kes	Imunisasi	Masalah kesehatan	Tindakan yang dilakukan
1	Tn.Y	L	Kepala keluarga	51 tahun	Baik	Tidak lengkap	Tidak ada	
2	Ny. F	P	Istri	50 Tahun	Baik	Lengkap	Tidak ada	
3	An. Ch	P	Anak	21 tahun	Baik	Lengkap	Tidak ada	
4	An.Cr	L	Anak	18 tahun	Sakit	Lengkap	Tbc paru	Pengobatan di bawah pengawasan puskesmas
5	AnA	P	Anak	11 tahun	Baik	Lengkap	Tidak ada	

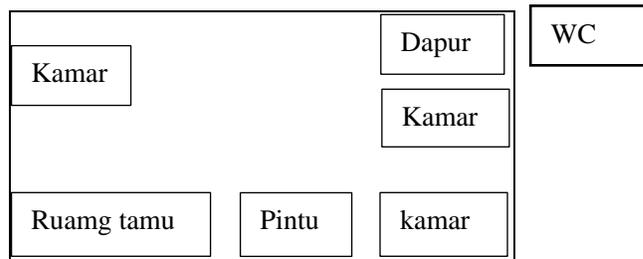
d. Sumber layanan kesehatan yang dimanfaatkan oleh keluarga An. C. meliputi Puskesmas dan rumah sakit. Keluarga menyatakan bahwa setiap kali anggota keluarga mengalami sakit, mereka selalu mengakses fasilitas kesehatan tersebut untuk mendapatkan perawatan dan penanganan medis yang sesuai. Informasi ini penting

untuk menilai pola pemanfaatan layanan kesehatan keluarga serta kemampuan mereka dalam mengakses dan menggunakan sumber daya kesehatan yang tersedia.

### 3. Pengkajian lingkungan

a. Karakteristik rumah : Luas rumah 10x9 m<sup>2</sup> tipe rumah permanen .

1) Dena Rumah



2) Kamar mandi : ada jarak 10 meter

3) Mengkaji pengaturan tempat tidur di dalam rumah : tempat tidur ada 3

4) Kebersihan lingkungan : Lingkungan rumah keluarga An.C cukup bersih.

b. Geografis keluarga : Tidak pernah berpindahpindah rumah.

c. Keterlibatan masyarakat dan kumpul keluarga: Menurut keluarga An.Cr, mereka menghabiskan waktu luangnya untuk berinteraksi dengan tetangga dan menghabiskan waktu bersama keluarga mereka.

d. Sistem pendukung keluarga : Aktif dan saling support

e. Struktur keluarga

1) Gaya komunikasi keluarga: Keluarga An. Kr. menggunakan kombinasi bahasa Indonesia dan bahasa daerah dalam komunikasi sehari-hari, sehingga interaksi antaranggota berlangsung lancar dan efektif.

2) Dinamika kekuasaan dalam keluarga: Berdasarkan keterangan keluarga, setiap permasalahan dibahas bersama secara musyawarah untuk menemukan solusi yang disepakati, menunjukkan adanya pola pengambilan keputusan yang demokratis.

3) Nilai dan norma: Keluarga An. Kr. menjunjung tinggi nilai-nilai agama dan norma sosial yang berlaku di masyarakat, yang selaras dengan prinsip dan aturan internal keluarga.

f. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi afektif : Hubungan antar keluarga yang harmonis ditandai oleh dukungan dan bantuan saling, terutama dalam hal perawatan kesehatan bagi An.Cr .
- 2) Fungsi sosialisasi : Menurut keluarga An.Cr, mereka sering berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan berpartisipasi dalam acara yang diselenggarakan di rumah mereka.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan : Pasien dan keluarganya memiliki pengetahuan tentang diagnosis TB Paru yang diderita pasien, namun pemahaman mereka terhadap cara penularan, tindakan pencegahan, dan pentingnya kepatuhan dalam pengobatan TB Paru masih terbatas. Keluarga mengatakan jika mereka sakit langsung berobat ke puskesmas terdekat.
- 4) Fungsi reproduksi : -

g. Stress dan coping keluarga

- 1) Stresor langsung dan jangka panjang: Menurut kerabat An.Cr,
- 2) Keterampilan komunikasi dalam keluarga tentang stresor dan situasi: Keluarga An.Cr menggunakan dialog, doa, dan kesabaran untuk menyelesaikan masalah.
- 3) Mekanisme coping: Anggota keluarga biasanya membicarakan masalah yang muncul.
- 4) Strategi adaptasi disfungsional: Keluarga An. Kr. tidak menerapkan kekerasan atau tindakan ekstrem dalam mengatasi konflik. Mereka mengutamakan penyelesaian masalah secara tenang, komunikatif, dan mencari solusi bersama yang rasional.

## h. Pemeriksaan fisik (setiap individu anggota keluarga)

**Tabel 4. 6 Pemeriksaan fisik keluarga**

No	Komponen	Ayah	Ibu	An. Ch	An.Cr	An.A
1	Vital sign	TD: 140/90 mmHg Suhu : 36,5 oC Nadi :98 x/m RR:22 x/m	TD :120/70 mmHg Suhu : 36,5 oC Nadi : 99 x/m RR : 22 x/m	Tidak di kaji	TD:90/70 mmHg Nadi:86x/me nit Suhu:37C RR:25 x/ menit	Tidak di kaji
2	BB/TB	BB : 61 kg TB : 165 cm	BB : 56 Kg TB : 157 cm	Tidak di kaji	BB : 44 kg TB : 166 cm	Tidak di kaji
3	Kepala	Simetris,,bersih,tidak ada benjolan.	Kulit kepala bebas dari benjolan dan lesi, dan bentuk kepala simetris.	Tidak di kaji	Tidak ada benjolan, tidak ada lesi di kulit kepala, dan bentuk kepala simetris.	Tidak di kaji
4	Mata	entuk mata simetris, konjungtiva tampak sehat tanpa anemia, isokor pupil, sklera jernih tanpa ikterus, dan ketajaman penglihatan dalam batas normal.	Bentuk mata simetris, sklera tidak ikterik, pupil isokhorik, konjungtiva tidak anemia, dan ketajaman penglihatan baik.	Tidak di kaji.	Pupilnya isokhorik, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemia, bentuk mata simetris, dan ketajaman penglihatannya baik.	Tidak di kaji

5	Telinga	Ketajaman baik, telinga simetris, dan tidak ada serum.	Ketajaman pendengaran, simetris, dan tidak adanya serum.	Tidak di kaji.	Pendengaran baik, telinga simetris, dan tidak ada serum di dalamnya.	Tidak di kaji.
6	Hidung	Tidak ada perdarahan, bentuk simetris, dan kebersihan baik.	Tidak ada perdarahan, kebersihan baik, dan bentuk tubuh simetris.	Tidak di kaji.	Simetris, bersih, dan bebas perdarahan.	Tidak di kaji
7	Mulut	Gigi tampak cukup bersih, bentuk simetris, mukosa bibir lembap, dan tidak ada lesi.	Mukosa bibir simetris, lembap, bebas luka, dan gigi tampak cukup bersih.	Tidak di kaji	Gigi bersih, mukosa bibir simetris, lembap, dan tidak ada luka.	Tidak di kaji
8	Leher dan tenggorokan	Tidak ada hipertrofi tiroid. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.	Tidak ada hipertrofi tiroid. Tidak ada pertumbuhan kelenjar getah bening.	Tidak di kaji	Tidak ada hipertrofi tiroid. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.	Tidak di kaji
9	Ekstremitas	Tidak ada kelainan. Kebebasan bergerak.	Tidak ada anomali. Bebas bergerak.	Tidak di kaji	Tidak, tidak ada anomali. Kebebasan bergerak.	Tidak di kaji
10	Kulit	Kulit kecokelatan. Turgor kulit baik. Tidak ada lesi tunggal.	Warna kulit: Cokelat kecokelatan. Turgor kulit sangat baik. Tidak ada lesi tunggal.	Tidak di kaji	Kulit berwarna cokelat muda. Turgor kulit buruk. Tidak ada lesi tunggal.	Tidak di kaji
11	Kuku	Pendek dan tidak bersih.	Pendek dan tampak tidak bersih.	Tidak di kaji	Penampilan singkat dan rapi.	Tidak di kaji

#### 4.1.4 Diagnosa Asuhan Keperawatan Keluarga

##### 1. Analisis data

**Tabel 4. 7 Analisis data keluarga**

No	Analisa data	Etiologi	Masalah
1	<p><b>DS : An .Cr</b> mengatakan batuk berdahak lebih dari 2 bulan yang lalu di sertai dengan sesak napas, produksi sputum yang berlebihan, dan susah untuk batuk</p> <p><b>DO :</b> 1. An C tampak batuk berdahak</p> <p>TTV : TD : 120/80 mmHg</p> <p>Suhu : 36,5 oC</p> <p>Rr : 22 x/m</p> <p>Nadi : 90 x/m</p>	Ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit	Bersihan jalan napas tidak efektif

##### 2. Perumusan diagnosa keperawatan

Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit akibat pembersihan jalan napas yang tidak efektif

##### a. 1.Penilaian (Skoring) prioritas diagnosis keperawatan

**Tabel 4.8 penilaian (skoring)**

Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
Sifat masalah :			$3/3 \times 1 =$	
Aktual	3		1	An.C mengatakan batuk berdahak di sertai sesak napas dan masalah sudah terjadi
Resiko	2	1		

Potensial	1			
Kemungkinan masalah untuk di ubah			$2/2 \times 2 = 2$	Keluarga ingin cepat sembuh
Mudah	2	2		
Sebagian	1			
Tidak dapat	0			
Potensial masalah untuk di cegah			$2/3 \times 1 = 2/3$	An. C. mengalami batuk berdahak selama dua bulan terakhir, disertai nyeri dada, sesak napas, dan dahak yang banyak. Informasi ini diperlukan karena keluarga tidak mengetahui penyebab, akibat, dan terapinya.
Tinggi	3			
Cukup	2	1		
Rendah	1			
Menonjolnya masalah			$2/2 \times 1 = 2$	Hal ini harus segera ditangani untuk menghindari kondisi bertambah parah akibat gangguan pembersihan jalan napas dan kurangnya kesadaran keluarga terhadap masalah kesehatan An.C.
Segera di atasi	2	1		
Tidak segera di atasi	1			
Tidak di rasakan adanya masalah	0			
TOTAL			4 2/3	

#### 4.1.5 Rencana Asuhan Keperawatan

**Tabel 4.9 Rencana Asuhan Keperawatan**

No	Diagnosa	Tujuan umum	Tujuan khusus	Kreteria	Standar	Intervensi
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan dalam 4x kunjungan (1 hari bina hubungan saling percaya dan pengkajian, 3 hari implementasi) diharapkan keluarga dapat mempertahankan kebersihan jalan napas pada An.C	Setelah pertemuan 4 x 30 menit keluarga mampu: 1.Mengenal masalah Tb Paru 2.Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Respon verbal	Klien dengan keluarga dapat: 1.Menjelaskan cara mengatasi tidak efektifnya bersihan jalan nafas 2.Menyebutkan alternatif untuk mengatasi tidak efektifnya bersihan jalan nafas 3.Klien dan keluarga mengetahui cara membuang sekret dengan benar	1. Tentukan kemampuan batuk 2. Periksa retensi sputum 3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah untuk batuk produktif 4. Dorong pasien untuk menggunakan wadah sputum untuk membuang sekret. 5. Motivasi pasien untuk kembali batuk efektif.

#### 4.1.6 Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 4. 10 Implementasi dan evaluasi keperawatan**

Nomor	Hari/tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	25 Februari 2025	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kemampuan batuk Respon: Pasien belum mampu melakukan batuk secara efektif.</li> <li>Memantau adanya retensi dahak Respon: Terjadinya dahak yang sulit dikeluarkan secara spontan oleh pasien</li> </ol>	<p>S (Subjektif): Pasien mengeluh batuk produktif dan mengaku tidak tahu cara batuk yang efektif.</p> <p>O (Objektif): Pasien tampak batuk selama pemeriksaan.</p> <p>A (Analisis): Masalah bersihan jalan napas yang tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P (Rencana): Lanjutkan intervensi keperawatan, termasuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur teknik batuk efektif kepada pasien.</li> <li>Anjurkan pasien untuk mengeluarkan sekret menggunakan wadah sputum yang disediakan.</li> </ol>
2	27 Februari 2025	Ketidakmampuan keluarga dalam memberikan perawatan yang memadai kepada anggota keluarga yang sakit.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</li> </ol>	<p>S (Subjektif): Pasien menyatakan sudah mulai memahami teknik batuk efektif dan komitmen untuk tidak membuang dahak sembarangan.</p> <p>O (Objektif): Pasien mentransmisikan cara batuk efektif sesuai instruksi.</p> <p>A (Analisis): Masalah belum sepenuhnya teratasi; pasien masih memerlukan penguatan dan latihan berulang.</p>

			<p>Respon: Pasien dan keluarga menjadi memahami pentingnya teknik batuk yang benar.</p> <p>4. Menganjurkan membuang sekret pada tempat dahak</p> <p>Respon: Pasien mengerti anjuran tersebut dan mampu mengeluarkan dahak dengan lebih mudah serta higienis.</p>	<p>P (Rencana/Tindak Lanjut): Lanjutkan intervensi dengan mendorong pasien mengajarkan teknik batuk efektif secara konsisten.</p> <p>5. Anjurkan untuk mempraktikkan kembali cara batuk efektif</p>
3	28 February 2025	Berhubungan dengan janji keluarga dalam merawat anggota yang sakit, yang menyebabkan pasien kesulitan mempertahankan jalan napas tetap paten dan mengeluarkan sekret secara efektif.	<p>5. Intervensi</p> <p>Keperawatan: Menganjurkan pasien untuk membayangkan kembali teknik</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah memahami cara batuk efektif dan sudah membuang dahaknya pada tempat yang tertutup</p> <p>O: Pasien sudah mampu melakukan batuk efektif</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

			<p>batuk yang efektif</p> <p>Respon Pasien:</p> <p>Pasien mampu menularkan kembali cara batuk efektif dengan baik, menunjukkan pemahaman yang meningkat terhadap prosedur dan tujuan.</p>	
--	--	--	---	--

## 4.2 Pembahasan

Berdasarkan data yang dikumpulkan dari pasien di wilayah layanan Puskesmas Kambaniru, penulis akan melengkapi kekurangan data dalam perdebatan ini. Sebagaimana dijelaskan di bawah ini, penulis akan membandingkan landasan teori dengan luaran di wilayah tersebut, termasuk asesmen, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

### 4.2.1 Pengkajian

Menurut Augustine (2020), Proses pembunuhan ini berlandaskan pada pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, dengan tujuan mengumpulkan informasi atau data penting mengenai pasien. Data ini digunakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan serta kebutuhan perawatan pasien, meliputi aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan. Pendekatan ini memastikan bahwa intervensi yang diberikan bersifat tepat sasaran, holistik, dan mampu mendukung pemulihan serta kesejahteraan pasien secara menyeluruh.

Pemeriksaan dilakukan pada hari Senin, 24 Februari 2025. Pasien, Aan. C, menderita tuberkulosis paru dan bersihan jalan napas yang tidak memadai di Tandairotu. Penulis menangani kasus ini untuk keluarga Tn. Y. Berikut adalah bagaimana deskripsi kasus diperoleh: Berdasarkan evaluasi, diperoleh informasi bahwa pasien, An C, adalah orang Sumba, laki-laki, berusia delapan belas tahun, beragama Kristen Protestan, dan hanya menyelesaikan sekolah dasar. Pemeriksaan fisik pasien menunjukkan bahwa mereka telah batuk berdahak selama dua bulan terakhir, disertai nyeri dada, sesak napas, dan jumlah lendir yang tidak normal.

Hasil pemeriksaan tanda vital pasien menunjukkan kondisi sebagai berikut: frekuensi pernapasan 22 kali per menit, suhu tubuh 36,5°C, denyut nadi 90 kali per menit, dan tekanan darah 120/80 mmHg. Data ini menunjukkan status hemodinamik dan respirasi pasien dalam batas normal, yang menjadi dasar pemantauan dan perencanaan intervensi pembunuhan selanjutnya. Rambut hitam lurus, pertumbuhan rambut merata, konjungtiva merah, selaput lendir kering, gigi putih, kulit sawo matang, kulit elastis, penampilan bersih, dan suara ronki pada sistem pernapasan.

Demam, keringat, suhu tubuh tinggi (antara 40°C dan 41°C), dan perasaan sakit merupakan tanda-tanda tuberkulosis. Nyeri. Nafsu makan menurun, tubuh semakin kurus,

sakit kepala, kelelahan, batuk berdarah, batuk berdahak atau bernanah, dispnea, dan nyeri dada pleuritik lokal.

Studi kasus sebelumnya (Nurul Istiqah 2020) mengungkapkan bahwa pasien mengalami batuk berdahak dan dispnea. Temuan pemeriksaan fisik meliputi kesulitan batuk berdahak, ronki di lapang paru, dan laju pernapasan 28 napas per menit.

Dugaan ini diperkuat oleh Irman Soemantri (2019), yang melaporkan bahwa pasien tuberkulosis paru (TB) memiliki ekstremitas dingin, wajah pucat, selaput lendir kering, ronki ekstra (positif), dan umumnya lemah.

Risiko tertular *Mycobacterium tuberculosis* meningkat karena sejumlah faktor, termasuk penuaan, tinggal di daerah kumuh, menghirup udara tercemar, memiliki rumah dengan sedikit paparan sinar matahari, kelembapan, atau debu, dan memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah (Ahmad, 2020).

Respon tubuh pada setiap individu dalam beradaptasi dengan serangan penyakit tentunya tidak sama. Oleh sebab itu, pada kasus ini lebih membutuhkan keahlian perawat yang lebih profesional dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan ketika memberikan suatu tindakan harus memiliki skill yang baik dan kemampuan berkomunikasi untuk memperoleh data yang lebih akurat/ valid.

Dari hasil penelitian tersebut penulis melakukan analisa data sehingga dapat merumuskan masalah keperawatan yaitu Penulis menganalisis data penelitian secara statistik untuk mengidentifikasi dan merumuskan masalah perdarahan, yaitu ketidakefektifan pembersihan jalan napas yang terkait dengan keterbatasan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Analisis ini menjadi dasar dalam perencanaan intervensi pembunuhan yang tepat dan terarah.

#### **4.2.2 Diagnosa**

Menulis pernyataan diagnosis keperawatan biasanya terdiri dari tiga bagian: P berarti masalah, E berarti etiologi, dan S berarti gejala, yang juga dikenal sebagai keterbatasan khusus. Pernyataan masalah adalah satu-satunya hal yang digunakan saat menulis diagnosis keperawatan keluarga; etiologi dan gejala dihilangkan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Diagnosa perdarahan yang muncul adalah ketidakefektifan pembersihan jalan napas, yang berhubungan dengan keterbatasan kemampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit. Hasil pengumpulan data menunjukkan adanya gejala seperti nyeri dada,

sesak napas, dan peningkatan produksi dahak. Salah satu aspek penting yang menjadi fokus intervensi adalah penerapan teknik batuk efektif untuk membantu pasien mengeluarkan lendir atau partikel asing yang menyumbat jalan napas. Tujuan dari teknik batuk efektif adalah mengeluarkan lendir, mencegah infeksi dan meningkatkan pernapasan.

Hasil studi kasus terdahulu menurut Setyawan, Imam (2021), pada kasus yang dirawatnya, berdasarkan hasil, ada 1 Diagnosa keperawatan yang dapat di tegakkan, yaitu: 1) Diagnosis dan pembersihan jalan napas yang buruk Di antara kasus keperawatan yang diidentifikasi oleh studi kasus penulis adalah 1) pembersihan jalan napas yang tidak memadai terkait dengan ketidakmampuan merawat anggota yang sakit.

Hasil studi kasus dan studi kasus terdahulu, Menurut penulis hal ini terjadi dapat di mungkinkan karena respon tubuh setiap penderita yang berbeda dalam bereaksi dengan transmisi kuman TBC yang menyerang tubuhnya. Oleh sebab itu, dalam hal ini perawat lebih profesional dalam mengklasifikasikan data, Penegakkan Diagnosa keperawatan yang tepat dapat menjawab upaya untuk menentukan intervensi yang tepat dalam menyelesaikan masalah penderita.

#### **4.2.3 Intervensi**

Rencana keperawatan adalah serangkaian prosedur yang akan diberikan kepada peserta berdasarkan kebutuhan mereka dan diagnosis keperawatan yang baru ditemukan. Standar Intervensi dan Hasil Keperawatan Indonesia (SLKI dan SIKI) berfungsi sebagai dasar untuk rencana keperawatan.

Perencanaan perdarahan merupakan langkah ketiga dalam proses pembekuan setelah pengkajian dan penentuan prioritas masalah dilakukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Pada tahap ini, tindakan pencegahan dirancang secara sistematis untuk An. Cr., dengan mempertimbangkan keterbatasan keluarga dalam merawat anggota yang sakit, yang dapat meningkatkan risiko komplikasi kesehatan.

Salah satu intervensi utama yang diterapkan adalah Latihan Batuk Efektif (1.01006), yang bertujuan membantu pasien yang belum mampu melakukan batuk dengan benar agar dapat membersihkan laring, trakea, dan bronkiolus dari sekresi atau benda asing di jalan napas. Intervensi ini sangat penting karena ketidakmampuan keluarga dalam memberikan perawatan dapat mempengaruhi efektivitas kebiasaan kesehatan pasien.

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), teknik batuk efektif yang dikembangkan oleh Nur Rahmawati digunakan untuk mengatasi masalah perawatan berupa pembersihan jalan napas yang tidak adekuat pada pasien tuberkulosis paru. Batuk efektif dirancang untuk memaksimalkan pengeluaran dahak dengan penggunaan energi seminimal mungkin. Teknik ini dilakukan dengan menarik napas dalam-dalam melalui hidung, menahan sejenak, kemudian batuk dua kali sambil menekan dada dengan bantal untuk meningkatkan tekanan. Sekresi yang dihasilkan ditampung di wadah dahak agar proses pembersihan jalan napas menjadi lebih higienis dan efektif.

#### **4.2.4 Implementasi**

Intervensi perdarahan merupakan tahap pelaksanaan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya dengan tujuan mencapai hasil yang diharapkan bagi pasien. Diagnosis keracunan yang telah ditetapkan sebelumnya menjadi dasar bagi setiap langkah intervensi, sehingga tindakan yang dilakukan bersifat spesifik, terarah, dan sesuai dengan kebutuhan individu pasien. Dengan kata lain, diagnosis berfungsi sebagai panduan untuk menentukan jenis intervensi yang tepat, menetapkan prioritas tindakan, serta memonitor efektivitas langkah-langkah yang diterapkan dalam proses perawatan.

Hari pertama intervensi keperawatan pasien adalah 26 Februari 2025; hari kedua adalah 27 Februari 2025; dan hari ketiga adalah 28 Februari 2025.

Tiga hari dialokasikan untuk implementasi, sejalan dengan intervensi yang dikembangkan dan dimodifikasi untuk mengatasi masalah keperawatan pasien. Implementasi pada pasien dengan masalah perdarahan berupa pembersihan jalan napas yang tidak mampu dilakukan dengan fokus pada kondisi yang berhubungan dengan janji keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Tahap ini meliputi pelaksanaan tindakan pembedahan yang dirancang untuk membantu pasien membersihkan jalan napas secara efektif, mencegah akumulasi sekresi, dan mendukung peran keluarga dalam proses perawatan. Dengan demikian, implementasinya tidak hanya memberikan tekanan intervensi langsung pada pasien, tetapi juga melibatkan pelatihan keluarga agar mampu berpartisipasi secara optimal dalam menjaga kesehatan anggota keluarga yang sakit.

Implementasi hari pertama: Mengenal kemampuan batuk, memantau retensi sputum, menyiapkan posisi Fowler atau semi-Fowler, pangkuan pasien ditutup dengan bantal dan selempang. Tindakan pembunuhan yang dilakukan meliputi: menampung sekresi pasien ke

dalam wadah dahak untuk pembuangan yang higienis, menjelaskan secara rinci tujuan dan prosedur batuk produktif, serta mengajarkan pasien teknik batuk efektif. Teknik ini meliputi menarik napas dalam melalui hidung selama empat detik, menahannya selama dua detik, lalu meneruskannya melalui mulut selama delapan detik dengan bibir tetap mengerucut, sehingga membantu pengeluaran dahak secara optimal dan aman. Meningkatkan pengulangan napas dalam hingga tiga kali, mendorong batuk produktif tepat setelah tarikan napas dalam ketiga.

Respon: An. C. memiliki kemampuan batuk yang terbatas, dan dahak yang keluar sedikit lengket dan berwarna kuning. An. C. mampu melakukan postur semi-Fowler atau Fowler, menggunakan obat penekan batuknya sendiri, dan membuang dahak dengan tepat. An. C. masih tampak bingung dengan penjelasan dan langkah-langkah untuk batuk yang efektif.

Implementasi hari kedua: Mengenali kemampuan batuk, memantau retensi sputum, menyiapkan posisi Fowler atau semi-Fowler, pangkuan pasien ditutup dengan bantal dan selempang. Tindakan pembunahan yang dilakukan meliputi: menampung sekresi pasien dalam wadah dahak untuk pembuangan yang higienis, memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur batuk produktif, serta membimbing pasien untuk melakukan teknik batuk efektif. Teknik ini meliputi menarik napas dalam melalui hidung selama empat detik, menahan napas selama dua detik, kemudian meneruskannya melalui mulut selama delapan detik dengan bibir tetap mengerucut, sehingga memaksimalkan pengeluaran sekret dari saluran napas dengan aman. Meningkatkan pengulangan napas dalam hingga tiga kali, mendorong batuk produktif tepat setelah tarikan napas dalam ketiga.

Respon: An. Cr mulai batuk dengan efektif, dan dahak kuning dan lengket yang keluar sangat banyak dan terlihat jelas. An. Cr. mampu melakukan postur semi-Fowler atau Fowler sendiri, serta menggunakan obat penekan batuknya sendiri dan mengganti dahak dengan obat tersebut. An. Cr masih tampak bingung dengan penjelasan dan langkah-langkah untuk batuk yang efektif.

Implementasi hari ketiga: Mengenali kemampuan batuk, memantau retensi sputum, menyiapkan posisi Fowler atau semi-Fowler, pangkuan pasien ditutup dengan bantal dan perban. Tindakan yang diterapkan meliputi menampung sekresi pasien ke dalam wadah dahak untuk pembuangan yang aman, menjelaskan tujuan serta prosedur batuk produktif,

dan membimbing pasien untuk melakukan teknik batuk efektif. Teknik ini meliputi menarik napas dalam melalui hidung selama empat detik, menahannya selama dua detik, lalu meneruskannya melalui mulut selama delapan detik dengan bibir tetap mengerucut, sehingga sekret dapat dikeluarkan secara maksimal dan saluran napas tetap bersih. Meningkatkan pengulangan napas dalam hingga tiga kali, mendorong batuk produktif tepat setelah tarikan napas dalam ketiga.

Respon: An. Cr dapat batuk dengan efektif, dan dahak yang keluar kecil, lengket, dan berwarna kuning. An. Cr. mampu melakukan postur semi-Fowler atau Fowler sendiri, serta menggunakan obat penekan batuknya sendiri dan mengganti dahak dengannya. An. Cr masih mulai memahami alasan dan langkah-langkah yang diperlukan untuk batuk secara efektif.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien menggunakan media leaflet dan poster tentang teknik batuk efektif yang baik pada penderita TBC. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis menemukan faktor pendukung selama melakukan implementasi keperawatan yaitu pasien mau bekerjasama dan sangat kooperatif dalam mengikuti setiap teknik atau arahan yang diberikan serta adanya kemauan dari pasien untuk menerapkan setiap materi dalam kehidupan sehari-hari agar dapat membersihkan jalan napas.

Menurut Gordon, 2020 dalam Perry & Potter (2021), Implementasi mandiri Merujuk pada tindakan yang dilakukan secara inisiatif oleh perawat sendiri, tanpa menunggu perintah dari pihak lain, dengan tujuan membantu pasien mengatasi masalah kesehatan mereka sesuai kebutuhan individu dan kondisi klinis yang ada. Contohnya meliputi membantu pasien dengan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL), merawat diri sendiri, mengubah posisi tidur, membangun lingkungan terapeutik, menawarkan dukungan motivasi, memenuhi kebutuhan psikososio-spiritual mereka, merawat perangkat invasif mereka, dan mencatatnya. Implementasi yang saling bergantung atau kolaboratif adalah intervensi keperawatan yang didasarkan pada kerja sama antara tim keperawatan dan tim medis lainnya, termasuk dokter.

Studi kasus saat ini, teori, dan studi kasus sebelumnya semuanya mengambil langkah yang sama. Setiap intervensi keperawatan dalam rencana keperawatan, baik individu maupun kelompok, digunakan dalam studi kasus penulis. Namun ada perbedaan respon

pasien terhadap tindakan yang di berikan. Hal ini di mungkinkan karena terkait ketahanan tubuh atau toleransi tubuh penderita terhadap tindakan yang diberikan.

#### **4.2.5 Evaluasi**

Meskipun berada pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan langkah yang menunjukkan seberapa baik diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan implementasi telah berjalan (Kemenkes RI, 2017).

Penilaian hari ke-1: Ketidakefektifan pembersihan jalan napas masih ada. An. Cr. melaporkan terus batuk dan kesulitan membersihkan dahak. An. Cr. tampak tidak nyaman, kesulitan membersihkan tenggorokan, dan tidak dapat batuk dengan efektif.

Penilaian hari ke-2: Ketidakefektifan pembersihan jalan napas sebagian teratasi. An. Cr. mencatat bahwa batuknya tetap produktif dan dahak mulai keluar lebih banyak. Dahak sudah keluar, An. Cr. tidak tampak gelisah, dan ia mulai batuk dengan baik.

Penilaian hari ke-3: Ketidakefektifan pembersihan jalan napas telah diperbaiki. Batuk produktif telah berhenti, menurut An. Cr. An. Cr. mampu batuk dengan baik, mengeluarkan banyak dahak, dan tidak lagi gelisah.

Sekresi yang tertahan ditemukan berhubungan langsung dengan bersihan jalan napas yang tidak memadai, yang merupakan masalah utama yang dilaporkan dalam studi kasus sebelumnya (Nurul, Istiqah, 2019). Setelah mendapatkan perawatan perawat selama tiga hari, masalah ini teratasi.

Menurut studi kasus penulis, masalah utama pasien bersihan jalan napas yang tidak efektif diperbaiki setelah tiga hari perawatan.