

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Pada BAB ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang asuhan keperawatan keluarga tentang penerapan latihan batuk efektif dan edukasi kesehatan pada pasien tb paru di kelurahan prailiu Wilayah Kerja Puskesmas Kambaniru. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

4.2 Lokasi penelitian

Puskesmas Kambaniru adalah salah satu Puskesmas yang berada di Kabupaten Sumba Timur yang memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap bagi ibu-ibu yang ingin bersalin di Puskesmas. Puskesmas Kambaniru adalah pusat sarana kesehatan bagi masyarakat di kecamatan Kampera dengan batas-batas wilayah sebelah utara berbatasan dengan laut sabu, sebelah selatan berbatasan dengan desa kabandang, sebelah barat berbatasan dengan kelurahan prailiu, sebelah timur berbatasan dengan kelurahan kawangu. Puskesmas Kambaniru mempunyai wilayah kerja yang terdiri dari 7 Kelurahan dan 1 desa dengan jumlah penduduk 29.594 jiwa. Puskesmas Kambaniru memiliki Program kerja antara lain; P2P yang meliputi; Imunisasi, Diare, TB Paru, ISPA, Malaria. Kesga yang meliputi; Kesehatan Ibu dan Anak, Kesehatan Remaja, Kesehatan Lansia, dan KB, Yankes dasar; yang meliputi; poli gigi, Farmasi, UKS/UKGS. Promkes, yang meliputi; Poli Umum, Laboratorium, Puskel, Gizi, Kesling. Puskesmas Kambaniru

terdapat beberapa Pustu, dan Polindes yakni; Pustu Padadita, Pustu Lambanapu, Polindes Kambaniru, Polindes Prailiu, Polindes wangga, Polindes Mauhau, Polindes Mauliru, Polindes Lambanapu, Polindes Maulumbi dan Polindes Kiritana. Alamat penelitian dilakukan di Kalu.

4.2.1 IDENTITAS UMUM

1. Identitas Kepala Keluarga:

Nama : Ny. M Pendidikan : SMA

Umur : 47 Tahun Pekerjaan : Petani

Agama : Protestan Alamat : Kalu

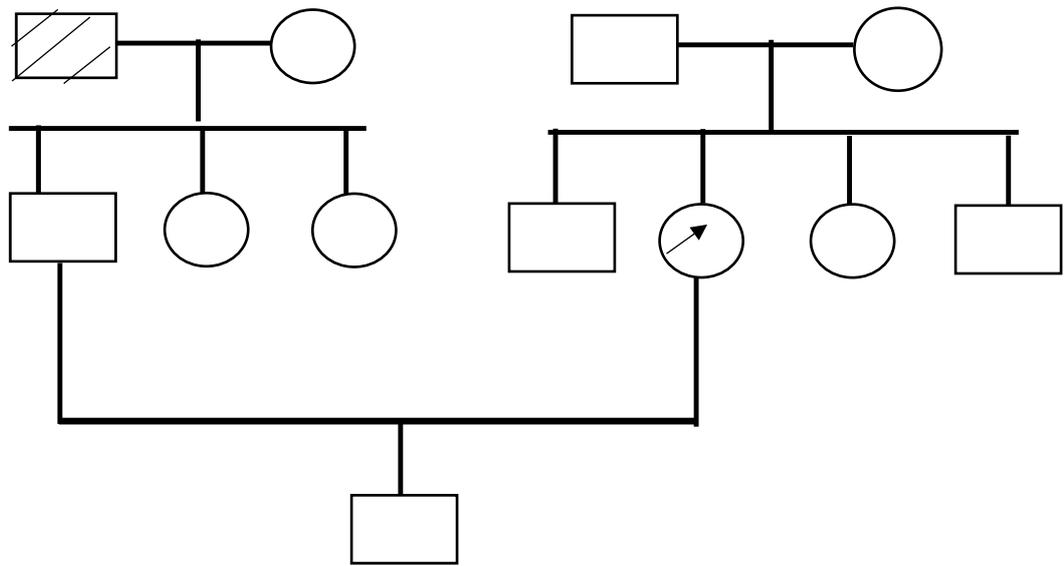
Suku : Sumba Nomor Telp : -

2. Komposisi keluarga:

Tabel 4.1 Komposisi keluarga

No	Nama	JK	Hub dg KK	Umur	Pend	Imunisasi	KB
1	Bpk. R	L	suami	50	SMA	lengkap	-
2	Ibu. M	P	Istri	47	SMA	lengkap	implan
3	Anak. T. Anak ke 1	L	Anak	20	SMA	lengkap	-

3. Genogram (Di gambar)



Gambar 4.1 Genogram

- Ket.: : Laki- :Laki 
- Perempuan 
- Hubungan Pernikahan 
- Hubungan Pernikahan 
- Tinggal Serumah 
- Pasien Laki-Laki 
- Pasien Perempuan 
- Meninggal Laki-Laki 
- Meninggal Perempuan 

4. Tipe keluarga : Jenis keluarga dari Bpk. R keluarga inti yaitu keluarga terdiri dari (ayah bpk. R) ibu (ibu M) anak (anak satu).
5. Suku bangsa : Sumba
6. Agama : Protestan
7. Status social ekonomi keluarga : $_ > 2.000$
8. Aktifitas rekreasi keluarga: ibu M mengatakan aktivitas yang dilakukan setiap hari ibu rumah tangga

1.2.2 RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini : Ny. M mengatakan tidak ada keluarga yang mengalam penyakit seperti ini
2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi : -

1.2.3 RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA INTI

1. Riwayat keluarga sebelumnya Ibu M. Mengatakan pernah di rawat di Rumah Sakit Umum Umbu Rara Meha, karena penyakit TB Paru
2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga :

No	Nama	Hub dg KK	Umur	Keadaan kes.	Imunisasi	Masalah Kes.	Tindakan yang dilakukan
1	Bpk. R	Ayah	50	Sehat	lengkap	Sehat	Tidak ada
2	Ibu M	Ibu	47	Sakit	lengkap	TB Paru	Tidak ada
3	Anak T	Anak	20	Sehat	lengkap	Sehat	Tidak ada

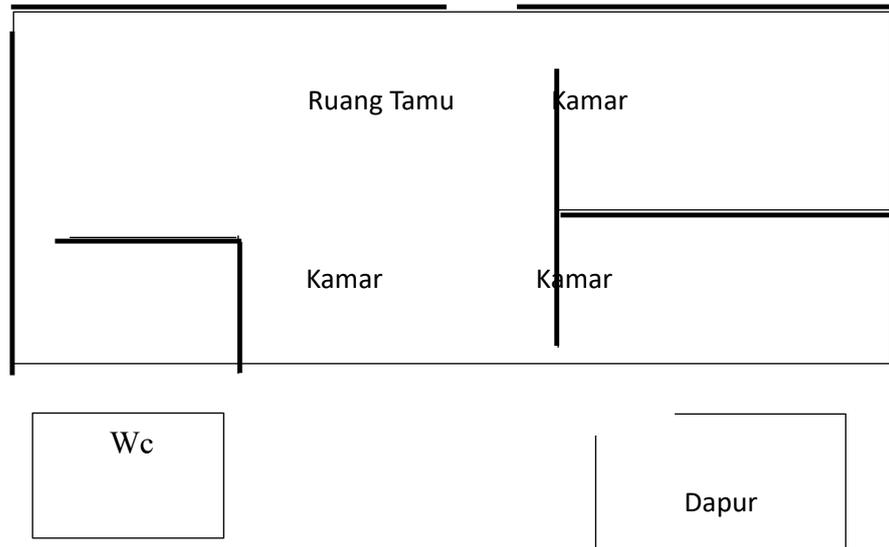
Tabel 4.2 Riwayat keluarga inti

1.2.4 PENGKAJIAN LINGKUNGAN

1. Karakteristik rumah :

- a. Gambaran tipe tempat tinggal : Rumah tembok
- b. Denah rumah: (Di Gambar)

Gambar 4.2 Denah rumah



- c. Gambaran kondisi rumah : Bersih ibu m. mengatakan sampah disapu. dikumpulkan 1 tempat baru dibakar
- d. Kamar mandi : Bersih ibu M mengatakan ada kamar mandi.
- e. Mengkaji pengaturan tempat tidur didalam rumah : Ibu M. Mengatakan kamar 3 buah.
- f. Mengkaji keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah : Bersih.
- g. Mengkaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah: Aman dan nyaman.
- h. Evaluasi adekuasi pembuangan sampah: Ibu M. Mengatakan ada edukasi dari kesehatan lingkungan buang sampah pada tempatnya.
- i. Penataan/pengaturan rumah: Baik dan rapi.
- j. Karakteristik tetangga dan komunitas RW: Baik ibu M. Mengatakan selalu menjamin hutangan yang baik.

k. Mobilitas geografis keluarga perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat: Ibu M. Mengatakan aman.

l. Sistem pendukung keluarga: Ibu M. Mengatakan baik.

1.2.5 STRUKTUR KELUARGA

1. Pola komunikasi keluarga : Ibu M. Mengatakan baik, selalu menjamin hubungan yang baik dalam keluarga.
2. Struktur kekuatan keluarga : Ibu M. Mengatakan baik, selalu mempunyai peran yang baik, dan saling membantu.
3. Struktur peran (formal dan informal) : Ibu M. Mengatakan baik, masing masing anggota keluarga dapatkan menjalankan perannya.
4. Nilai dan norma keluarga : Ibu M. Mengatakan baik, selalu menekankan kepada anak anak sopan santun dan selalu menolong.

1.2.6 FUNGSI KELUARGA

- 1 Fungsi afektif : Ibu M. Mengatakan saling memberikan dengan terhadap setiap anggota keluarganya.
- 2 Fungsi sosialisasi : Ibu M. Mengatakan aktif dalam kegiatan sosial turut serta dalam kegiatan masyarakat.
- 3 Fungsi perawatan kesehatan : Ibu M. Mengataakan setiap sakit selalu ke tempat pelayanan kesehatan contohnya; pustu atau puskesmas.
- 4 Fungsi reproduksi : Tidak dikaji.
- 5 Fungsi ekonomi : : bapak R bekerja keras untuk bisa membiayai anggota keluarga.

1.2.7 STRESS DAN KOPING KELUARGA

1. Stressor jangka pendek dan panjang : Ibu M. Mengatakan semua keluarga

dalam keadaan sehat

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor : Ibu M. Mengatakan selalu menghadapi masalah tenang dan terbuka.
3. Strategi koping yang digunakan : Ibu M. Mengatakan apabila ada masalah selalau dikomunikasi dengan suami.
4. Strategi adaptasi disfungsional : Ibu M. Mengatakan selalu ambil peran yang baik untuk mengatasi masalah.

1.2.8 PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Fisik		Nama Anggota Keluarga
NO		Nama : Ny. M Umur : 47 Tahun
1	Keluhan/Riwayat Penyakit saat ini:	Pasien mengatakan batuk batuk terus menerus selama 1 bulan, keringat malam hari sulit mengeluarkan dahak dan mudah lelah
2	Riwayat Penyakit Sebelumnya:	Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipotensi
	Penampilan umum:	Memasuki tahap dewasa
	a. Tahap perkembangan:	
	b. Jenis kelamin:	Perempuan
	c. Cara berpakaian:	Cukup rapih
	d. Rapi	
	e. Kebersihan personal:	Mandi 2X Sehari
	f. Postur dan cara berjalan:	Normal, postur tegak
	g. Bentuk dan ukuran tubuh:	Normal, sedikit kurus
4	Status mental	a. Status emosi: Saat berbicara nyambung dan dapat mengontrol emosi

	dan cara berbicara:	b. Tingkat kecerdasan: Baik	Saat ditanya ny. M kontak mata dan nyambung saat ditanya
		c. Orientasi:	Baik
		d. Proses berpikir:	Selalu berpikir positif dalam segala hal
		e. Gaya/cara berbicara:	Berbicara biasa dan santai mudah dimengerti
5	Tanda – Tanda Vital:	a. Tekanan Darah :	110/80 mmhg
		b. Nadi :	80x/m
		c. Suhu :	36,5°C
		d. RR :	22 x/m
6	Pemeriksaan Kulit	a. Inspeksi :	Kulit tampak lembab, warna kulit sawo matang
		b. Palpasi :	Tidak ada neri tekan atau benjolan
7	Pemeriksaan kuku:	a. Inspeksi : kuku	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 dilakukan 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:	c. Auskultasi :	Tidak dilakukan pengkajian
		a. Inspeksi :	Simetris, pupil isokor, tidak ada edema, dan tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu penglihatan
		b. Test Ketajaman Visual:	Dapat melihat benda atau tulisan dari jarak jauh
		d. Tes lapang pandang:	Dapat melihat kesegala arah
11	Pemeriksaan telinga:	a. Inspeksi :	Bersih, tidak ada cairan yang keluar
		b. Palpasi :	Tidak ada bengkak dan nyeri
		c. Test 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
13	Pemeriksaan mulut dan tenggorokan:	a. Inspeksi :	Tidak ada kelainan, gigi lengkap, tampak batuk encer putih
		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 dilakukan pengkajian
		d. Test ROM	Tidak dilakukan 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 di jantung
		b. Palpasi :	Tidak teraba iktus cordis di ics 5
		c. Perkusi:	Tidak terdapat pembesaran jantung tambahan
		d. Auskultasi :	Tidak dilakuakan pemeriksaan
17	Pemeriksaan payudara dan aksila:	a. Inspeksi :	Tidak dilakuakan pemeriksaan
		b. Palpasi :	Tidak dilakuakan pemeriksaan
18	Pemeriksaan abdomen:	a. Inspeksi :	Tidak dilakuakan pemeriksaan
		b. Palpasi	Tidak dilakuakan pemeriksaan
		c. Perkusi:	Tidak dilakuakan pemeriksaan
		d. Auskultasi :	Tidak dilakuakan pemeriksaan
19	Pemeriksaan ekstermitas 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 ekstermitas 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

Tabel 4.3 Pemeriksaan fisik

1.2.9 Balita Stunting : Tidak ada balita stunting

Jika ada Kunjungan Ke Puskesmas :Sudah Belum

1.2.10 HARAPAN KELUARGA

1. Terhadap masalah kesehatannya : keluarga berharap anggota yang sakit bisa sembuh total atau setidaknya mengalami perbaikan total.
2. Terhadap petugas kesehatan yang ada : Keluarga berharap petugas kesehatan memberikan penjelasan yang mudah dimengerti mengenai kondisi pasien, rencana pengobatan dan langkah-langkah yang harus diambil.

1.2.11 Pemeriksaan Penunjang (Lab., Rontgen, DLL): Tidak dilakukan
Pemeriksaan

1.2.12 DIAGNOSIS ASUHAN KEPERAWATAN

A. ANALISA DATA

Tabel 4.4 Analisa data

No	Data	Masalah	Penyebab
1	DS : Pasien mengatakan batuk terus menerus, keringat malam hari dan susah mengeluarkan dahak DO : Tampak batuk -Batuk encer putih -terdengar bunyi ronchi TTV N: 80x/m S: 36,8°C TD: 110/80 mmhg RR: 22x/m	Bersihan jalan napas tidak efektif	Ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit

B. PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Tabel 4.5 Perumusan diakhnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan	
1	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit

C. PENILAIAN (SKORING) DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d

No	Kriteria Skala	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> • Aktual • Resiko • potensial 	3 2 1	3/3X1	3/3 X 1= 1	Masalah sudah aktual dikarenakan Ny. M mengatakan batuk terus menerus tetapi sulit mengeluarkan dahak.
2	Kemungkinan masalah <ul style="list-style-type: none"> • dapat diubah • Mudah • Sebagian • Tidak dapat 	3 2 1	2/3X2	2/2 X 2= 2	Masalah dapat diubah dengan mudah dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan mampu menerima informasi dengan baik.

3	Potensi masalah untuk dicegah <ul style="list-style-type: none"> • Tinggi 3 • Cukup 2 • Rendah 1 	2./3X1	2/3 X 1= 2/3	Potensial masalah untuk dicegah cukup dengan membantu keluarga untuk memahami masalah kesehatan
4	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak segera diatasi 2 • Tidak dirasakan 1 • Adanya masalah 0 	2./3X2	2/2 X 1= 1	Perlu segera tangani untuk mencegah penularan penyakit pada anggota keluarga yang sehat
Total Skor			4 2/3	

Tabel 4.6 Penilaian diaknosa keperawatan

5 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Prioritas diagnosa keperawatan

Prioritas	Diagnosis Keperawatan	Skor
1	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d	

6 RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tabel 4.8 Rencana asuhan keperawatan

N o	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan SLKI	Kriteria	Standar	Intervensi
	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama seminggu diharapkan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x60 menit	Respon verbal	Pasien dengan keluarga dapat menjelaskan cara mengatasi tidak efektifnya jalan napas	<p>Latihan batuk efektif</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi 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

7 IMPLEMENTASI

Tabel 4.9 implementasi

No	Ta./nggal/Jam	Dx Keperawatan	Implementasi	TTD
1.	Senin, 31/03/2025	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan batuk 2. Hasil:tampak pasien belum mampu batuk efektif 3. Memonitor TTV Hasil: TD:110/80 MmHg 4. Memonitor adanya sputum Hasil tampak pasien batuk namun dahak susah keluar 5. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Hasil:tampak pasien mendengarkan penjelasan mahasiswa tentang batuk efektif 6. Memberikan minuman hangat Hasil tampak pasien minum air hangat 7. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: pasien mengatakan tidur jam 22:00 dan bangun jam 06:00 pagi 8. Memonitor bunyi tambahan Hasil: bunyi napas tambahan terdengar suara ronchi. 	
2.	Selasa, 01/04/2025	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor bunyi tambahan Hasil: bunyi napas tambahan terdengar suara ronchi RR:20x/mnt 2. Menganjurkan batuk efektif Hasil:tampak Ny. M melakukan batuk efektif 3. Mengatur posisi semi fowler Hasil:tampak Ny. M diberikan posisi semi fowler 	

			4. Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil:tampak Ny. M mampu sebagian dalam batuk efektif
			5. Memberikan minuman hangat Hasil:tampak Ny. M minum air putih 200cc
			6. Mengajarkan batuk efektif Hasil:tampak Ny. M mempraktekkan teknik batuk efektif
3.	Rabu, 02/04/2025	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.	1. Memonitor TTV Hasil: TD: 110/80 mmHg N: 80x/menit S: 36,5°C 2. Memonitor bunyi tambahan Hasil: bunyi napas tambahan terdengar suara ronchi RR:20x/mnt 3. Mengatur posisi semi fowler Hasil:tampak Ny. M diberikan posisi semi fowler 4. Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil:tampak Ny. M mampu melakukan teknik batuk efektif dan melakukannya setiap kali batuk 5. Mengevaluasi kembali kemampuan batuk efektif Hasil: Ny. M mengatakan mampu melakukan batuk efektif secara mandiri

8 EVALUASI

Tabel 4.10 Evaluasi

No	Tanggal/Jam	Dx Keperawatan	Evaluasi Respon	TTD
1.	Senin, 31/03/2025	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	S: Pasien mengatakan batuk terus menerus, keringat malam hari dan susah mengeluarkan dahak O: Tampak batuk -Batuk encer putih -terdengar bunyi ronchi TTV N: 80x/m S: 36,8°C TD: 110/80 mmhg RR: 22x/m A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
2.	Selasa, 01/04/2025	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	S: Pasien mengatakan batuk terus menerus, keringat malam hari dan susah mengeluarkan dahak berkurang O: Tampak batuk berkurang -Batuk encer putih berkurang -terdengar bunyi ronchi berkurang TTV N: 80x/m S: 36,8°C	

			TD: 110/80 mmhg RR: 22x/m A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi
3.	Rabu, 02/04/2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	S: Pasien mengatakan sudah tidak batuk berdahak lagi O: KU: Baik TTV N: 80x/m S: 36,8°C TD: 110/80 mmhg RR: 20x/m A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi P: Hentikan intervensi

4.3 Pembahasan

Hasil penelitian yang diperoleh melalui pengumpulan data, pengolahan data, dan penyajian data selama perawatan pasien dengan Teknik batuk efektif pada pasien tbc dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif di puskesmas kabaniru akan di bahas sesuai dengan variabel yang diteliti 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.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada satu keluarga tanggal 31 maret 2025 diwilayah kerja Pukesmas Kabaniru didapatkan: Pasien jenis kelamin perempuan, umur 47 tahun, menganut agama kristen protestan, suku Sumba, pekerjaan ibu rumah tangga, tahap perkembangan keluarga pasien adalah keluarga dengan usia dewasa. Pasien tampak lemah, keluhan yang dialami pasien yaitu batuk berdahak tetapi sulit untuk dikeluarkan, Terdengar bunyi ronchi.

Pada pemeriksaan vital sign didapatkan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,8°C, TB: 155 cm, BB: 45kg, dan respiration rate 22x/menit.

Menurut teori (Rahmawati, L., & Sari, R. D. 2021). Tanda dan gejala TB Paru umumnya muncul perlahan dan sering tidak disadari di awal gejala dapat bersifat umum. Adapun tanda dan gejala yang muncul yaitu pasien mengeluh, batuk terus menerus, demam, penurunan berat badan, sesak napas, nyeri dada, hilangnya nafsu makan, dan keringat malam.

Menurut peneliti bahwa tidak terdapat kesenjangan antara hasil penelitian dengan teori maupun hasil penelitian orang yang juga menemukan tanda dan gejala TB Paru adalah batuk berkepanjangan (biasanya lebih dari 2–3 minggu), batuk berdahak yang kadang disertai darah (hemoptisis), sesak napas, nyeri dada, terutama saat bernapas atau batuk, demam (berkelanjutan atau naik turun), penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, kehilangan nafsu makan, mudah lelah, lesu, keringat malam tanpa sebab yang jelas.

4.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang bagaimana seorang individu, keluarga, dan masyarakat menanggapi masalah kesehatan aktual atau potensial. Berdasarkan pelatihan serta pengalaman mereka, perawat dapat secara tepat mengenali dan melaksanakan intervensi khusus untuk menenangkan, mengurangi, membatasi, mencegah, dan mengubah kondisi kesehatan.

Diagnosa yang didapatkan pada Ny.M yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (SDKI 2019) dengan data subjektif pasien mengatakan batuk berhadak, susah mengeluarkan lendir,

keringat pada malam hari, dan objektifnya pasien tampak batuk encer, tampak batuk, TTV: N: 80x/m S: 36,8°C, TD: 110/80 mmhg, RR: 22x/menit.

Menurut penulis hal ini juga sesuai dengan teori penelitian yang dilakukan oleh (Alie dan Rodiyah) bahwa diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif terdapat beberapa keluhan seperti batuk berdahak, keringat pada malam hari, terdengar bunyi ronchi. Dari tinjauan teori dan keluhan saat pengkajian terdapat diagnosa keperawatan yang sama yaitu diagnosa keperawatan yaitu diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif. Dari masalah tersebut yaitu masalah bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan sekresi yang tertahan yang Ditandai dengan pasien mengeluh batuk berdahak, keringat pada malam hari.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Alie dan Rodiyah) yang menunjukkan bahwa latihan batuk efektif selama 3 hari terjadi penurunan sekret.

Menurut peneliti, peneliti menyimpulkan ada terkaitan diagnosa keperawatan dengan diagnosa peneliti sebelumnya yaitu diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif.

4.3.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan perawatan yang dilakukan oleh perawat Berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan.

Berdasarkan hasil pengkajian, intervensi yang di terapkan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif pada Ny. M adalah identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, atur posisi semi Fowler atau

Fowler, jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2 detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik.

Pada pasien Ny. M intervensi yang di lakukan melalui kunjungan rumah sebanyak 3 kali dalam seminggu. Pada kunjungan hari pertama sampai hari ketiga intervensi yang di terapkan yaitu latihan batuk efektif.

Menurut peneliti (Nuraini, R., & Yulianti, E. 2022). Latihan batuk efektif merupakan salah satu intervensi penting dalam meningkatkan bersihan jalan napas pada penderita TB paru. Teknik latihan batuk efektif membantu memobilisasi dan mengeluarkan sekret yang terakumulasi di saluran napas, sehingga mencegah terjadinya obstruksi yang dapat menghambat pertukaran gas. Selain itu, batuk yang terarah dan terkendali mampu mengurangi risiko komplikasi seperti infeksi sekunder, kerusakan jaringan paru, dan hipoksia yang berkepanjangan. Dengan penerapan yang benar, teknik batuk efektif tidak hanya mendukung perbaikan kondisi paru-paru, tetapi juga membantu pasien memenuhi kebutuhan oksigen tubuh secara optimal. Oleh karena itu, edukasi dan penerapan teknik ini harus menjadi bagian dari perawatan komprehensif penderita TB paru.

Pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan teratasi yaitu intervensi yang di lakukan yaitu merencanakan memberikan latihan batuk efektif, identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, atur posisi semi fowler atau fowler, jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, anjurkan tarik napas dalam melalui hidung

selama 4 detik ditahan selama 2 detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik.

Menurut peneliti, peneliti menyimpulkan bahwa ada keterkaitan diagnosa keperawatan dengan intervensi peneliti sebelumnya yaitu intervensi keperawatan latihan batuk pada masalah bersihan jalan napas tidak efektif.

4.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan mengacu pada serangkaian tindakan yang diambil oleh perawat untuk membantu pasien dalam meningkatkan status kesehatan mereka dan menentukan standar hasil lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang didapatkan.

Berdasarkan teori yang dilakukan oleh (Zarwita, D., Rasyid R., dan Abdiana A., 2019) mengatakan bahwa latihan batuk yang berhasil dapat membantu membersihkan saluran napas dari sekresi yang menumpuk. Kemampuan pasien untuk batuk guna mengeluarkan sekresi yang terkumpul di saluran napas, sehingga menghasilkan saluran napas yang terbuka dan berkurangnya sesak napas, berkorelasi dengan kemampuan mereka untuk mengeluarkan sekresi.

Implementasi keperawatan untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif yang dilakukan dengan melakukan latihan batuk efektif, yang terdiri dari indentifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, atur posisi semi fowler atau fowler, jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik kemudian keluarkan dari mulut selama 2 detik dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik. Melalui

implementasi latihan batuk efektif yang dilakukan selama 3 hari didapatkan pasien tampak batuk berkurang, batuk keluar sedikit-sedikit, dan batuk tampak encer putih.

Jadi penulis menyimpulkan ada keterkaitan antara teori penelitian terdahulu dan peneliti terkait implementasi latihan batuk efektif.

4.3.5 Evaluasi keperawatan

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.

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. M menunjukkan bahwa masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sudah dapat teratasi sesuai kriteria hasil yang telah direncanakan sebelumnya sehingga masalah keperawatan dapat teratasi.

Evaluasi terhadap diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif menunjukkan bahwa evaluasi hari ketiga Ny. M sudah tidak merasakan sudah tidak batuk, sudah mengeluarkan dahak dengan banyak, dan sudah mampu melakukan teknik batuk efektif dengan baik.

Hasil penelitian (Zurimi 2019). Pada evaluasi klien dapat melakukan teknik batuk efektif dengan baik dan dapat mengeluarkan dahak dengan baik pada hari ketiga dan klien dapat melakukan teknik batuk efektif dengan baik dan dapat mengeluarkan dahak pada hari ke dua. Dengan cara mengajarkan klien teknik batuk efektif selama empat hari menunjukkan bahwa dari masalah yang didapat

pada klien telah teratasi dan mampu melakukan teknik batuk efektif secara mandiri.

Sehingga penulis dapat menyimpulkan bahwa intervensi latihan batuk efektif dapat mengurangi batuk berdahak yang dialami pasien.