

BAB III

TINJAUAN KASUS

Berdasarkan asuhan keperawatan yang di tujukan pada sebuah keluarga di wilayah kerja puskesmas Klampis ngasem Surabaya yang di laksanakan mulai tanggal 02 Juli sampai Agustus 2001 dengan menerapkan pendekatan asuhan keperawatan keluarga, maka hasil tinjauan kasus adalah sebagai berikut.

A. Pengkajian

1. Penjajakan tahap pertama (04 Juli 2001).

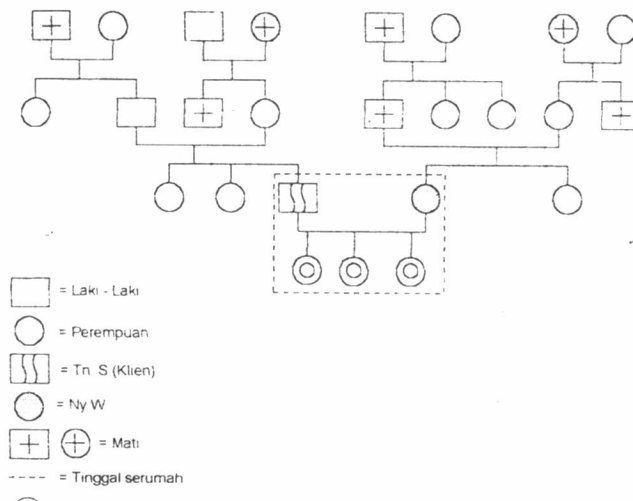
a) Pengumpulan data

- (1) Struktur dan sifat keluarga.

- a) Identitas kepada keluarga.

Nama Tn. S, umur 45 tahun, agama Islam, pendidikan SD, pekerjaan tukang becak, keputih semalung RT 04 no 17. Suku : Jawa, Madura.

- b) Genogram.



c) Tempat tinggal keluarga

Keluarga ini bertempat tinggal di keputih simalang RT 04, no 17 surabaya. Klien, isteri, anak tinggal dalam satu rumah.

d) Macam tipe keluarga

Tipe keluarga Tn. S adalah keluarga inti (Nuclear family) yaitu terdiri dari ayah, ibu, dan anak Anak pertama usia 21 tahun (perempuan), kedua usia 18 tahun (perempuan), ketiga usia 12 tahun (perempuan), belum ada yang menikah.

e) Struktur kekuatan keluarga

Tn. S sebagai kepala keluarga dan sebagai pengambil keputusan bila ada masalah dalam keluarganya.

f) Struktur peran

Tn. S berperan sebagai seorang suami, dan kepala keluarga , yang memberi nafkah kepada isteri dan anak – anaknya.

g) Pola komunikasi keluarga

Hubungan antara suami isteri dan anaknya cukup baik. Klien selalu berkomunikasi pada isterinya bila ada masalah yang di hadapi.

h) Kegiatan-kegiatan dalam kehidupan sehari-hari.

(1) Pola penatalaksanaan kesehatan.

Di dalam anggota keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan langsung di bawa ke puskesmas dan melakukan perawatan anggota keluarga yang sakit di rumah, dan secara umum. Keluarga ini kurang memperhatikan pola kesehatan di lihat dari kebiasaan bila bicara dan batuk tidak menutup mulut, bila bekerja tidak pernah memakai tutup mulut. Dalam kehidupan sehari-hari klien mempunyai kebiasaan merokok habis satu pak perhari dan bekerja sebagai tukang becak serta jarang kontrol dan berobat sehingga keluarga sering batuk dan mengatakan sesak dadanya bila di lingkungan yang berdebu dan banyak orang.

(2) Pola nutrisi dan metabolisme.

Kebiasaan makan 2x per hari dengan menu sehari-hari sayur, nasi, ikan, klien menghabiskan dalam satu porsi, klien tidak pernah makan cemilan karna tidak suka, minum kurang lebih 1500 cc dengan air putih dan kopi. Klien tidak mual dan muntah pada waktu makan.

(3) Pola eliminasi.

Buang air besar di wc yang telah di sediakan dan di gunakan warga kampung secara bersama-sama dan buang air kecil di kamar mandi, kebiasaan buang air

besar kurang lebih satu kali, dan buang air kecil 3-4 kali sehari serta tidak ada kesulitan dalam buang air kecil.

(4) Pola aktivitas dan latihan.

Aktivitas Tn. S. sehari-hari sebagai tukang becak. Klien dapat bekerja setiap hari dengan baik tanpa ada gangguan.

(5) Pola tidur dan istirahat.

Tidur siang hanya kadang-kadang dan tidur malam antara jam 21.00 sampai jam 05.30 wib, waktusenggang di gunakan untuk bermain sama anaknya dan ngobrol dengan keluarga dan tetangganya.

(6) Pola persepsi dan kognitif.

Persepsi terhadap kesehatan kurang terutama tentang penyakitnya (TBC) sehingga mempengaruhi kesembuhannya. Klien belum mengerti tentang penyakitnya. Hal ini memperlihatkan bahwa keluarga mempunyai pengetahuan yang rendah di dasarkan pada pendidikan keluarga hanya sampai SD.

(7) Pola gambaran diri.

Tidak ada perubahan gambaran diri pada klien.

(8) Pola hubungan peran.

Hubungan antara Tn. S, dengan istri dan anaknya terjalin dengan baik. Tn. S, berperan sebagai suami dan kepala keluarga. Klien dapat berkomunikasi dan bergaul dengan baik di masyarakat.

(9) Pola reproduksi dan seksual.

Klien mempunyai tiga orang anak dan tidak mengalami gangguan dalam fungsi reproduksi.

(10) Pola toleransi stres.

Keluarga bila ada masalah selalu di rundingkan dengan isterinya, dan di musyawarahkan terlebih dahulu dan terkadang di alihkan untuk menonton televisi di rumah tetangganya, dan terkadang mendengarkan radio dan merokok.

(11) Pola keyakinan.

Keluarga ini beragama islam tapi jarang melakukan sholat lima waktu.

2) Faktor sosial budaya dan ekonomi.

a) Penghasilan dan pengeluaran.

Seluruh kebutuhan keluarga di tanggung oleh Tn. S, yang bekerja sebagai tukang becak dengan penghasilan kira-kira 200.000 perbulan, dan di gunakan untuk biaya sekolah ketiga anaknya dan kebutuhan hidup sehari-hari. Klien hanya bekerja sebagai tukang becak tidak ada cadangan penghasilan lain.

b) Pendidikan anggota keluarga.

Tn. S, pendidikan SD dan istrinya. anak pertama SMP, kedua SD, ketiga SD.

3) Data kesehatan lingkungan.

a) Perumahan.

Keluarga Tn. S, menempati rumah kontrakan dengan ukuran 3 x 4 meter, yang terdiri dari satu ruang yang merangkap kamar tidur, kamar tamu, ruang dapur. Ventilasi hanya satu pintu dan cendela sehingga udara yang masuk dalam rumah kurang mencukupi untuk kesehatan keluarga, sehingga kemungkinan proses penularan cepat terjadi. Penataan perabot rumah tangga kurang rapi. Sumber air yang di gunakan yaitu air sumur untuk masak, minum, mencuci

b) Sarana sanitasi lingkungan.

Sumur yang ada di dalam rumah, air sumur ini di gunakan untuk memasak, minum, mencuci dan mandi, air sumur kelihatan keruh dan berbau. Jarak antara sumur dan pembuangan kotoran ± 2 m, wc menggunakan wc umum ± 15 m dekat rumahnya, wc tampak kotor, lingkungan rumah padat, rumah yang satu dengan yang lainnya berhimpitan, sehingga klien sering sesak pada dada.

c) Pemanfaatan sarana.

Bila ada keluarga yang sakit selalu di bawa puskesmas.

d) Data personal hygiene.

(1) Rambut.

Rambut tampak kotor, mencuci rambut satu minggu sekali dengan menggunakan shampo.

(2) Mulut dan gigi.

Mulut bersih, gigi berwarna kuning kebiasaan menggosok gigi 1 x sehari dengan menggunakan pasta gigi.

(3) Kulit.

Turgor kulit baik, tidak terdapat lesi pada kulit, kulit bersih .

(4) Kuku.

Kuku panjang dan hitam warna putih dan kotor.

(5) Pakaian.

Klien jarang sekali berganti pakaian, klien menggunakan pakaian berulang-ulang.

(6) Kebersihan tangan dan kaki.

Klien jarang memakai alas kaki bila keluar rumah, klien mencuci tangan sebelum makan, klien tidak pernah cuci kaki sebelum tidur.

4) Riwayat kesehatan atau riwayat medis.

a) Riwayat kesehatan dari setiap anggota

Klien pernah batuk lama dan tidak sembuh – sembuh, klien merasa sesak pada dadanya bila terkena debu dan bila berada di dalam rumah yang sempit, klien pernah merokok.

- b) Nilai yang di berikan terhadap pencegahan penyakit.

Ketiga anaknya sudah mendapat imunisasi lengkap, bila dalam keluarga klien ada yang sakit klien segera membawanya ke puskesmas terdekat, dan pelayanan yang di berikan di puskesmas sangat memuaskan bagi keluarga Tn. S tersebut. Keluarga tidak pernah berobat ke bidan atau dokter selain di puskesmas, karena keluarga menganggap berobat di puskesmas jauh lebih murah.

B. ANALISA DATA

- 1) Data pertama.

- a) Data subyektif.

Keluarga mengatakan batuk kurang lebih tiga minggu dan di sertai keluar darah, dan klien mengatakan sesak dadanya bila di lingkungan yang berdebu dan banyak orang.

- b) Data obyektif.

- (1) Klien tidak menutup mulut bila berbicara dengan orang lain.
- (2) Klien bila batuk tidak menutup mulut.
- (3) Klien tinggal dalam satu rumah dengan keluarga.
- (4) Rumah klien padat, antara rumah yang satu dengan yang lain berhimpitan.
- (5) Bila bekerja sebagai tukang becak tidak pernah memakai tutup mulut.

- c) Kemungkinan penyebab.

Kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang di deritanya.

d) Masalah.

Resiko tinggi penularan penyakit pada orang lain dan keluarga.

2) Data kedua

a) Data subyektif.

Klien mengatakan tidak pernah membersihkan rumah.

b) Data obyektif.

(1) Rumah kotor banyak debu.

(2) Ventilasi kurang hanya ada satu pintu dan satu cendela.

(3) Kamar pengap.

(4) Luas ruanagan 3 x 4 meter.

(5) Perabotan rumah tidak teratur.

(6) Tempat sampah milik umum.

c) Kemungkinan penyebab.

Ketidak tahuan tentang sanitasi lingkungan

d) Masalah.

Lingkungan yang kurang memenuhi syarat kesehatan.

C. MENENTUKAN PRIORITAS MASALAH.

Setelah data di analisis, maka selanjutnya di tantukan prioritas masalah dengan skala sebagai berikut :

1) Penularan penyakit TB paru

Kreteria	Penilaian	Skore	Pembenaran
Sifat masalah			
-Ancaman kesehatan	2 / 3 x 1	2 / 3	Merupakan ancaman kesehatan dan memerlukan tindakan yang tepat agar tidak terjadi ancaman kesehatan bagi klien dan keluarga
Kemungkinan masalah dapat di ubah	1 / 2 x 2	1	Adanya kemampuan untuk menjalani terapi pengobatan secara rutin sehingga tidak mengancam kesehatan
- Hanya sebagian			
Potensial masalah untuk dicegah	3 / 3 x 1	1	Bersedia mengurangi sumber penularan bila batuk dan bicara agar menutup mulut
- Tinggi			
Penonjolan masalah	2 / 2 x 1	1	Pasien menyadari dan perlu segera

- Masalah berat harus di tangani			di tangani
----------------------------------	--	--	------------

Jumlah : 3 2 / 3

2) Kesehatan lingkungan.

Kreteria	Penilaian	Skore	Pembenaran
Sifat masalah.			
-Ancaman kesehatan	2 / 3 x 1	2 / 3	Sumber daya yang kurang mempengaruhi keputusan keluarga dalam bidang kesehatan.
Kemungkinan masalah dapat di rubah.	1 / 2 x 2	1	Adanya kemampuan dari anggota keluarga untuk membersihkan rumah.
- Hanya sebagian.			
Potensial masalah untuk di cegah.	3 / 3 x 1	1	Kebersihan rumah dapat mencitakan suasana nyaman dan tenang.
- Tinggi			
Penonjolan masalah.	0 / 2 x 1	0	
- Masalah tidak di rasakan.			Keluarga tidak menyadari bahwa lingkungan kotor

			merupakan masalah kesehatan.
--	--	--	------------------------------

Jumlah : 2 2/3

2. Penjajakan tahap kedua.

Adapun diagnosa keperawatan yang dapat di rumuskan antara lain :

a. Masalah kesehatan TB paru (Ancaman kesehatan).

Resiko tinggi penularan penyakit TB paru berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang di deritanya ditandai dengan klien tidak menutup mulut bila bicara dengan orang lain, dan bila batuk tidak pernah di tutup, kliem tinggal satu rumah dengan keluarga.

b. Masalah kesehatan lingkungan.

Ketidak mampuan memelihara lingkungan rumah berhubungan dengan ketidaktahun tentang pentingnya hygiene dan sanitasi di tandai dengan rumah kotor banyak debu, ventilasi berkurang hanya ada satu pintu dan satu cendela, kamar pengap, luas ruangan 3 x 4 meter, perabotan rumah tidak teratur.

B. PERENCANAAN

1. Rencana tindakan.(Tanggal 04 juli 2001)

a. **Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosis keperawatan pertama.**

Resiko tinggi penularan penyakit TB paru berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang di deritanya ditandai dengan klien tidak menutup mulut bila bicara dengan orang lain, dan

bila batuk tidak pernah di tutup, klien tinggal satu rumah dengan keluarga.

1) Tujuan

Setelah di lakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal penyakit TBC dalam waktu 7 hari.

2) Kreteria hasil.

- (a) Klien dapat mengerti dan memahami tentang TB paru dan cara pencegahannya.
- (b) Klien berkeinginan untuk berobat ke puskesmas.
- (a) Klien mau menjalani terapi obat secara rutin.

3) Rencana tindakan.

- a) Kaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakit TBC
- b) Berikan penyuluhan kesehatan tentang :
 - (1) Cara penularan dan pencegahan.
 - (2) Pengobatannya.
- c) Anjurkan pada klien untuk datang ke puskesmas sesuai dengan jadwal atau tepat waktu.
- d) Anjurkan pada klien agar tetap selalu minum obat secara teratur.
- e) Anjurkan pada klien untuk menutup mulut bila bicara dan batuk.

4) Rasional.

- a) Di harapkan dapat di ketahui sejauh mana tingkat pengetahuan dan persepsi tentang penularan penyakit TBC.
- b) Dengan penjelasan yang adekuat keluarga akan mengenal penyakit TBC dan pengetahuan keluarga tentang penyakit TBC bertambah.

- c) Untuk mempermudah bagi petugas pukesmas memantau perkembangan keterangan setiap waktu.
- d) Di harapkan dengan pengobatan secara teratur dan rutin dapat mengurangi dan mempercepat proses penyembuhan.
- e) Dengan menutup mulut dapat mengurangi proses penularan bagi keluarga dan orang lain.

b. Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosis keperawatan kedua (14 Juli 2001).

ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah berhubungan dengan ketidaktahuan tentang pentingnya hygiene dan sanitasi di tandai dengan rumah kotor, banyak debu, ventilasi kurang hanya ada satu pintu, kamar pengap, luas ruangan 3 x 4 meter, perabotan rumah tidak teratur.

1) Tujuan

Setelah di lakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memelihara kebersihan lingkungan rumah selama 7 hari.

2) Kreteria hasil

Setelah di lakukan tindakan keperawatan keluarga mampu:

- a) Mengetahui manfaat pemeliharaan lingkungan .
- b) Melaksanakan anjuran untuk membersihkan lingkungan.

3) Rencana tindakan (04 juli 2001)

- a) Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang manfaat dari pemeliharaan lingkungan dan kebersihan rumah.
- b) Berikan penjelasan tentang keadaan lingkungan yang dapat mengganggu kesehatan dan manfaat dari lingkungan yang sehat.

- c) Anjurkan keluarga untuk membersihkan lingkungan rumah setiap hari.
 - d) Ikut sertakan keluarga dalam upaya kebersihan lingkungan baik di rumah maupun di masyarakat.
- 4) Rasional.
- a) Diharapkan dapat di ketahui sejauh mana pengetahuan dan persepsi tentang pemeliharaan kebersihan lingkungan rumah.
 - b) Dengan penjelasan di harapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan keluarga tentang manfaat pemeliharaan dan kebersihan lingkungan bagi kesehatan
 - c) Diharapkan dapat melatih keterampilan dalam pemeliharaan lingkungan rumah tetap bersih.
 - d) Dengan mengikut sertakan keluarga secara aktif akan menambah keterampilan secara nyata dalam pemeliharaan lingkungan rumah.

C. PELAKSANAAN

Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 5 juli 2001 yaitu :

1. Diagnosis keperawatan keluarga pertama.

Resiko tinggi penularan penyakit TB paru berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang di deritanya ditandai dengan klien tidak menutup mulut bila bicara dengan orang lain, dan bila batuk tidak pernah di tutup, klien tinggal satu rumah dengan keluarga.

- a) Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakit TBC.

Respon : Klien menyadari bahwa dirinya tidak mengerti tentang penyakit TBC

- b) Memberikan penyuluhan pada keluarga tentang kesehatan, cara penularan dan pencegahan, pengobatannya.

Respon : Klien mau mendengarkan dengan baik tanpa rasa cuek, klien dapat mendemonstrasikan kembali apa yang di katakana perawat.

- c) Menganjurkan klien untuk datang ke puskesmas sesuai dengan jadwal.

Respon : Klien berjanji akan berobat ke puskesmas secara rutin.

- d) Menganjurkan agar tetap dan selalu minum obat secara teratur.

Respon : Klien hanya diam, dan menganggukkan kepala.

- e) Menganjurkan untuk menutup mulut bila bicara dan batuk dengan cara memakai tangan atau sapu tangan.

Respon : Klien berjanji akan berusaha untuk menutup mulut bila bicara dan batuk.

3) Diagnosis keperawatan kedua : (Tanggal 05 juli 2001)

Ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah berhubungan dengan ketidaktahuan tentang pentingnya hygiene dan sanitasi di tandai dengan rumah kotor, banyak debu, ventilasi kurang hanya ada satu pintu, kamar pengap, luas ruangan 3 x 4 meter, perabotan rumah tidak teratur.

- a) Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang manfaat pemeliharaan kebersihan lingkungan rumah.

Respon : Klien mengatakan bahwa dirinya tamatan SD, sehingga tidak tahu tentang penyakitnya.

- b) Menjelaskan bahwa lingkungan yang kumuh menyebabkan berkembangnya bakteri TBC dan menjelaskan manfaat lingkungan yang sehat misalnya : perumahan yang cukup ventilasi dan pencahayaan akan menghambat penyebaran bakteri TBC.

Respon : Klien hanya diam saja.

- c) Menganjurkan klien untuk membersihkan lingkungan dan rumah setiap hari.

Respon : Klien mau membersihkan rumahnya setiap hari.

- d) Mengikutsertakan keluarga dalam pemeliharaan lingkungan dengan jalan menyapu debu dilantai setiap hari.

Respon : Klien mau menyapu lantai setiap hari.

D) EVALUASI

Sebagai evaluasi hasil tindakan keperawatan secara keseluruhan akan diuraikan dalam catatan perkembangan yang penulis laksanakan setiap 3 hari sekali adalah sebagai berikut :

1. Tanggal 6 juli 2001.

a) Diagnosis keperawatan keluarga pertama.

Subyektif : Keluarga mengatakan masih batuk disertai keluar darah, dan klien kalau batuk masih tidak bisa menutup mulut.

Obyektif : Klien tidak menutup mulut bila bicara dengan orang lain, klien bila batuk tidak pernah menutup mulut, klien tinggal dalam satu rumah dengan keluarga, rumah padat antara rumah yang satu dengan rumah yang lainnya saling berhimpitan, bila bekerja sebagai tukang becak tidak pernah menutup mulutnya.

Assesmen : Masalah belum teratasi.

Planing : Tindakan diteruskan sesuai dengan rencana.

b) Diagnosis keperawatan kedua.

Subyektif : Keluarga mengatakan belum mengetahui manfaat pemeliharaan lingkungan rumah.

Obyektif : Penatalaksanaan rumah tidak teratur, rumah masih kotor, kamar pengap.

Assesmen : Masalah belum teratasi.

Planing : Tindakan diteruskan dititikberatkan pada tindakan poin 3, 4.

2. Tanggal 9 juli 2001

a) Diagnosa keperawatan pertama.

Subyektif : Keluarga mengatakan masih sering batuk – batuk.

Obyektif : Klien jarang untuk membecak, bila bekerja mulut dan hidung ditutup dengan saputangan, bila batuk masih belum menutup mulut.

Assesmen : Masalah teratasi sebagian.

Planing : Tindakan dilanjutkan dititikberatkan pada poin 2,3,4.

b) Diagnosa keperawatan kedua.

Subyektif : Keluarga mengatakan sudah mengetahui manfaat pemeliharaan lingkungan.

Obyektif : Penataan perabotan masih berantakan, lantai agak kotor, kamar masih pengap.

Assesmen : Masalah teratasi sebagian.

Planing : Tindakan dilanjutkan sesuai dengan rencana.

3. Tanggal 12 juli 2001

a) Diagnosa keperawatan pertama.

Subyektif : Keluarga mengatakan masih batuk – batuk.

Obyektif : Klien dua hari sekali membecak, bila bekerja menutup mulut dan hidung dengan saputangan, batuk – batuk masih sering dan tidak menutup mulut.

Assesmen : Masalah teratasi sebagian.

Planing : Rencana dipertahankan masalah dirujuk kepuskesmas.

b) Diagnosis keperawatan kedua.

Subyektif : Keluarga mengatakan sudah mengetahui manfaat pemeliharaan lingkungan.

Obyektif : Penataan perabot sudah lebih teratur dan lingkungan bersih.

Assesmen : Masalah teratasi sebagian.

Planing : Rencana dipertahankan.