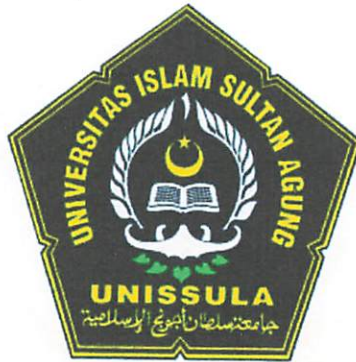


**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DENGAN
MASALAH UTAMA BRONKITIS PADA An. A
DI KELURAHAN MUNTIHARJO KIDUL
KECAMATAN PEDURUNGAN
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

Dian Mevita Ika Wijayanti
NIM.89.331.2847

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

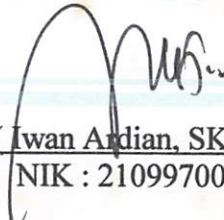
Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada:

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing


(Iwan Ardian, SKM)
NIK : 210997003


HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 2 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juni 2010


Tim Penguji

Penguji I



(Iwan Ardian, SKM)
NIK : 210997003

Penguji II



(Moch. Aspihan, S. Kep., Ns.)
NIK : 210900008

Penguji III



(Rita Kartika Sari, SKM, M. Kes)
NIK : 0001632

MOTTO

Semua orang tua sayang kepada anaknya namun cara mendidik yang mungkin beda. Sekeras apapun orang tua kita untuk mendidik kita itu pasti yang terbaik buat kita. Jangan mengeluh atau marah atas apa yang dilakukan orang tua untuk mendidik kita, semuanya agar kita bisa menjadi anak yang mereka inginkan, mereka banggakan, dan anak yang selalu menurut sama orang tua. Jadikanlah sifat keras orang tua kita sebagai motivasi kita untuk menjadi yang terbaik sesuai dengan harapan orang tua kita.

"Do the best to gets the best to our parent".

Their smile is our spirit

Kesulitan adalah tantangan bagi kita untuk pendewasaan diri dan berbuat lebih baik untuk hidup kita.

Kesulitan bukan untuk di hindari namun kesulitan itu untuk dijalani dan mencari jalan keluar dari kesulitan itu.

Kesulitan adalah cobaan yang diberikan kepada Allah untuk kita, seberapa kuat dan tegar kita menghadapi kesulitan yang di berikan Allah buat kita.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji Syukur penulis persembahkan kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayahnya serta inayahnya saya dapat menyusun sekaligus menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Yang Menjadi kewajiban dalam menyelesaikan jenjang pendidikan tahap akhir. Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan buat Ayah dan Bunda tercinta, “ TARI, SH dan MARIYATI “ karena kasih sayang dan Doa beliaulah penulis bisa menyelesaikan Tugas akhir ini dan Lulus menjadi Ahli Madya Keperawatan.

Terima kasih Ayah & Bunda, Semoga Allah membalas ketulusan Ayah dan Bunda, dan selalu melimpahkan rahmat dan hidayahnya buat kita semua. Amin ya robbal’alamin....

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah penulis panjatkan Puji Syukur kehadiran Allah SWT dengan rahmat dan hidayah-Nya serta limpahan ilmu yang diberikan sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DENGAN MASALAH UTAMA BRONKITIS PADA An. A DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL KECAMATAN PEDURUNGAN, SEMARANG”.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang S, SKM. Selaku Ketua Prodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan.
4. Kelurahan Muktiharjo Kidul RT 05 RW 14 Kecamatan Pedurungan kota Semarang, selaku lahan praktek, terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk melakukan Asuhan Keperawatan keluarga sebagai bahan untuk Karya Tulis Ilmiah.

5. Bapak Iwan Ardian, SKM. Selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak dan Ibu Dosen yang telah membekali penulis dengan ilmu pengetahuan di bangku kuliah sehingga memperlancar dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu tercinta yang telah memberi kasih sayang dan Doa serta dukungan materiil, moril maupun spiritual sepenuhnya sehingga penulis bisa lulus dengan gelar Ahli Madya Keperawatan.
8. Adekku tersayang Danang dan Adit, yang selalu memberi semangat dan Doa kepada penulis.
9. Sahabat – sahabatku “ The Rangerz “ (Embar, Nana, Aphe, & Chie) terimakasih kalian semua telah memberi semangat, Doa dan telah menemani penulis selama ini.
10. Semua teman – teman FIK dari DIII Keperawatan, S1 Keperawatan dan DIII Kebidanan terimakasih atas doa dan dukungannya.
11. Buat teman-teman kost terima kasih telah membantu memberikan doa serta dukungan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari dalam laporan kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu dengan penuh harapan dan senang hati penulis mengharapkan saran dan kritik dari pembaca untuk laporan ini.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO.....	iv
PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
LAMPIRAN.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Keluarga.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tipe keluarga	5
3. Fungsi keluarga.....	6
4. Tahap perkembangan keluarga... ..	7
5. Prinsip dasar penatalaksanaan keperawatan keluarga... ..	7
6. Lima tugas keperawatan keluarg... ..	10

B. Konsep Medis.....	11
1. Pengertian.....	11
2. Etiologi.....	12
3. Patofisiologis.....	13
4. Manifestasi klinis.....	13
5. Tanda – tanda dan gejala.....	14
6. Komplikasi.....	14
7. Penatalaksanaan.....	14
8. Pemeriksaan diagnostic.....	15
BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	17
BAB IV PEMBAHASAN.....	28
BAB V PENUTUP.....	35
A. Kesimpulan.....	35
B. Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Askep asli

Lampiran 2. SAP

Lampiran 3. Surat Kesediaan pembimbing

Lampiran 4. Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 5. Lembar Konsultasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Di Indonesia bronchitis, asma, emfisema, menjadi penyebab kematian ke-7 3,6 %. Kenyataan bahwa Indonesia menduduki peringkat ke-4 tertinggi di dunia untuk kebiasaan merokok semakin memperburuk masalah munculnya penyakit-penyakit kronis itu, salah satunya adalah bronchitis.

(<http://www.suarapembaruan.com/News/2002/08/01/Kesra/kes01.html>)

Bronchitis adalah suatu peradangan pada bronchus. Bronchitis dan emfisema paru sering terdapat bersama-sama pada seorang pasien, dalam keadaan lanjut penyakit ini sering menyebabkan obstruksi saluran nafas yang menetap yang dinamakan Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Bronchitis didapatkan lebih banyak pada laki-laki dari pada wanita. Di Indonesia jumlah perokok menurut survei kesehatan rumah tangga 1996 adalah 53% laki-laki dan 4% wanita (Suyono, Slamet, 2001).

Selain pada perokok aktif dampak juga dirasakan pada perokok pasif, apabila salah satu anggota keluarga ada yang merokok dalam rumah, besar kemungkinan anggota keluarga terkena bronchitis. Polusi juga bisa mengakibatkan bronchitis namun apabila ditambah dengan rokok akan tambah beresiko tinggi karena rokok mengandung zat – zat seperti N_2O , hidrokarbon, aldehid dan ozone yang sifatnya mengikat O_2 yang mengakibatkan saluran pernafasan rentan terhadap bakteri dan akhirnya terjadi kerusakan, diantaranya di bronchus. Bakteri yang paling sering menyerang adalah

hemophilus influenza dan streptococcus pneumoniae. Bakteri tersebut bisa menginfeksi melalui udara. Hemophilus influenza dan streptococcus pneumoniae kebanyakan hidup pada lingkungan yang tidak bersih atau kumuh dan pada pencemaran lingkungan.

Bronchitis adalah penyakit menular, apabila ada salah satu keluarga ada yang terkena bronchitis maka akan menular pada anggota keluarga yang lain. Bronchitis lebih banyak di derita pada golongan sosial ekonomi rendah, mungkin disebabkan karena faktor lingkungan. Pada keluarga ekonomi rendah biasanya berada pada lingkungan yang padat penduduk dengan kondisi rumah kurang bersih atau kumuh, Ventilasi yang kurang mengakibatkan sirkulasi udara tidak lancar, lingkungan yang lembab, pencahayaan yang kurang dan pola hidup tidak sehat ini menyebabkan bakteri mudah masuk dalam tubuh.

Keberhasilan keluarga mempertahankan kesehatan anggota keluarga berada pada kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, jika terdapat keluarga yang memiliki masalah kesehatan misalnya bronchitis tetapi keluarga tersebut tidak mengetahui apa itu bronchitis, maka keluarga tidak mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit, tidak mampu merawat anggota keluarga yang sakit, tidak mampu menjaga lingkungan untuk menjamin kesehatan lingkungan, tidak dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada. Sedangkan keperawatan keluarga itu sendiri adalah suatu proses yang menyediakan asuhan keperawatan pada keluarga dalam lingkup praktek keperawatan.

Keluarga sebagai perawatan atau pemeliharaan kesehatan harus mengenal masalah – masalah kesehatan yang ada dalam keluarganya agar tercipta keluarga yang sehat. Keluarga harus mampu melaksanakan lima tugas

keperawatan untuk tercapainya suatu kondisi keluarga yang sehat dalam keluarga. Apabila setiap keluarga sehat, akan tercipta anggota keluarga yang sehat pula.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis ingin mengangkat asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan masalah Bronchitis pada An. A di desa Muktiharjo Kidul Kecamatan Pedurungan, Semarang.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan tentang asuhan keperawatan keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita bronchitis.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada kasus keluarga dengan masalah utama bronchitis.
- b. Menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada sisi teori dan aplikasi.
- c. Menjelaskan tentang kesulitan – kesulitan yang muncul dalam penulisan asuhan keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

Meningkatkan kemampuan dalam menyusun karya tulis ilmiah dan menerapkan teori yang didapat selama pendidikan dengan kenyataan di lahan khususnya keperawatan keluarga melalui penulisan laporan ilmiah ini.

2. Bagi pasien dan keluarga

- a. Keluarga dapat mengetahui dan memahami tentang penyakit bronchitis yang sedang di derita anggota keluarga.
- b. Keluarga meyakini tentang permasalahan yang muncul melalui laporan ini dan mencari solusi sesuai dengan tugas keluarga di bidang kesehatan.
- c. Keluarga meyakini bahwa dengan pola hidup sehat maka akan dapat mengurangi timbulnya penyakit bronchitis.

3. Bagi institusi pendidikan

Menjadi tambahan literature dan sebagai pedoman bagi penulis laporan ilmiah selanjutnya.

4. Bagi instansi kesehatan

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam masyarakat dan meningkatkan keluarga sehat.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Keluarga

1. Pengertian

Menurut Friedman 1998, keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing – masing yang merupakan bagian dari keluarga. (Suprajidno, 2004: 1)

Menurut Helvie 1981, keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat. (Iqbal. 2006: 255)

Keluarga adalah sekumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama melalui ikatan perkawinan, dan kedekatan emosi yang masing – masing mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga. (Ekasari, dkk. 2007 : 19)

Keluarga adalah sekumpulan dua orang atau lebih yang tinggal serumah yang mempunyai ikatan perkawinan dan kedekatan emosional yang mempunyai peran masing – masing.

2. Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai perkembangan sosial maka tipe keluarga

berkembang mengikuti salah satu diantaranya tipe keluarga inti (nuclear family).

Keluarga Inti (nuclear family) adalah keluarga yang terdiri dari Ayah, Ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi – sanksi legal dalam satu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah. (Iqbal, 2006 : 267)

3. Fungsi keluarga

Dalam suatu keluarga ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga yaitu :

a. Fungsi afektif (affective function)

Fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

b. Fungsi sosialisasi dan tempat sosialisasi

Fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk kehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi ini untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

d. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumberdaya manusia.

e. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga seperti makan, pakaian dan rumah. (Efendi, 2009:184-185)

4. Tahap perkembangan keluarga

Bukan hanya individu saja yang memiliki tahap perkembangan dengan berbagai tugas perkembangan yang harus diselesaikan pada tahap ini salah satunya keluarga dengan anak usia sekolah. Keluarga dengan anak usia sekolah dimulai ketika anak tertua berusia 6 tahun dan berlanjut sampai anak mencapai remaja usia 13 tahun. Adapun tugas perkembangan pada anak usia sekolah adalah:

- a. Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas (yang tidak atau diperoleh dari sekolah atau masyarakat).
- b. Mempertahankan keintiman pasangan.
- c. Memenuhi kebutuhan yang meningkat, termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga. (Suprajidno, 2004: 5)

5. Prinsip dasar penatalaksanaan keperawatan keluarga

Wright dan Leahey (1987) memberikan beberapa usulan intervensi yang bertujuan untuk mengikutsertakan anggota keluarga dan mengurangi stress.

Enam jenis intervensi keperawatan keluarga saling berhubungan :

a. Penyuluhan

Mengajar keluarga tentang sistem kesehatan sakit, dan sistem kesehatan dan sistem dinamika, dinamika keluarga, pengasuhan anak, perlakuan kesehatan, dan bidang terkait lainnya.

Tujuan Penyuluhan kesehatan

- 1) Untuk memberikan informasi sehingga klien mampu membuat keputusan yang tepat dalam hubungannya dengan kesehatan dan sakit.
- 2) Untuk membantu klien agar berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan.
- 3) Untuk membantu klien dalam beradaptasi terhadap realita penyakit dan pengobatannya.
- 4) Untuk membantu klien agar mengalami rasa puas dengan usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan.

b. Konseling

Patterson dan Zderad (1976), dalam deskripsi mereka tentang keperawatan yang humanistic, menyatakan secara tegas bahwa inti dari keperawatan adalah eksistensi dari suatu dialog authentic antara perawat dan pasien, bahwa tujuan dari dialog ini adalah untuk peningkatan pertumbuhan dan nurturance potensi umat manusia. Konseling dan strategi-strategi intervensi yang bersifat suportif sangat

cocok dengan ide-ide menyangkut peran dan tujuan-tujuan dari keperawatan.

c. Kontrak

Kontrak adalah persetujuan kerja yang dibuat antara dua orang atau lebih, dalam hal ini seorang perawat dan sebuah keluarga. Sebuah cara efektif dimana sebuah cara efektif dimana seorang perawat keluarga dapat membantu keluarga dan individu secara realistis untuk ikut dalam perawatan diri.

Komponen – komponen dasar dalam membuat kontrak dengan klien:

- 1) Maksud dan tujuan – tujuan kontrak: jangka pendek dan atau jangka panjang.
- 2) Implementasi: aktifitas yang dilakukan untuk mencapai tujuan dan oleh siapa.
- 3) Priorities in terms of goals or activities.
- 4) Penghargaan yang diberikan ketika tujuan – tujuan tercapai.
- 5) Parameter waktu: kapan aktifitas akan diselesaikan.
- 6) Waktu evaluasi ulang untuk menentukan kemajuan.
- 7) Penandatanganan dan tanggal: anggota keluarga dan perawat.

d. Management Kasus

Sebagai suatu proses untuk penentuan, pengintegrasian, dan pemantauan kebutuhan.

Karakteristik – karakteristik yang spesifik dari management kasus yang diidentifikasi dalam literature meliputi:

- 1) Menekankan partisipasi aktif klien.
- 2) Orientasi holistic.
- 3) Orientasi perawatan diri, penentuan nasib sendiri.
- 4) Koordinasi dan penggunaan berbagai pelayanan kemanusiaan yang efisien (ANA Task Force on Case Management, 1988; White, 1985)

e. Kolaborasi

Menurut Glenn, 1987 kolaborasi atau keperawatan kesehatan kolaboratif mengacu kepada perawatan yang diberikan oleh sejumlah professional dalam bidang perawatan kesehatan yang bekerja bersama-sama secara erat untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan terintegrasi.

Menurut ANA Council of Community Health Nurses, 1986 kolaborasi dapat dianggap sebagai intervensi terpisah dari perawat keluarga dan sebagai sebuah strategi penting yang digunakan dalam manajemen kasus.

f. Konsultasi

Konsultasi mengacu kepada kegiatan memberikan nasehat atau pelayanan – pelayanan. Dalam keperawatan selalu mengambil bentuk perundingan bersama tentang sebuah kasus tertentu atau tentang seorang klien dan memberikan usulan atau informasi tentang klien dengan masalah – masalah kesehatan tertentu (friedman, 1998).

6. Lima tugas keperawatan keluarga

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi :

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Orang tua atau keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan – perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua atau keluarga.

b. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas utama keluarga adalah mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Jika anggota keluarga ada yang mengalami gangguan kesehatan, perlu memperoleh tindakan lebih lanjut agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. (Suprajidno, 2004: 17-18)

B. Konsep Medis

1. Pengertian

Bronchitis adalah suatu peradangan yang terjadi pada bronchus. Bronchitis dapat bersifat akut maupun kronis.

Bronchitis akut adalah peradangan bronchi dan kadang – kadang mengenai trachea yang timbul secara mendadak.

Bronchitis kronis adalah gangguan klinis yang ditandai dengan pembentukan mukus yang berlebihan pada bronchus dan bermanifestasi sebagai batuk kronik dan pembentukan sputum selama sedikitnya 3 bulan dalam setahun, sekurang – kurangnya dua tahun berturut – turut. (Manurung, Santa. 2009 : 123)

2. Etiologi

Ada 3 faktor utama yang mempengaruhi timbulnya bronchitis, yaitu:

a. Rokok atau asap rokok

Menurut buku *Report Of the WHO Expert Comite on Smoking Control*, rokok adalah penyebab utama timbulnya bronchitis. Secara patologis rokok berhubungan dengan hiperplasia kelenjar mukosa bronchus dan metaplasia skuamus epitel saluran pernafasan juga dapat menyebabkan bronchitis akut.

b. Infeksi

Eksasepsi bronchitis disangka paling sering diawali dengan infeksi virus yang kemudian menyebabkan infeksi sekunder bakteri. Bakteri

yang di isolasi paling banyak adalah hemophilus influenza dan streptococcus pnemonie.

c. Polusi / rangsangan lingkungan

Polusi tidak begitu besar pengaruhnya sebagai faktor penyebab, tetapi bila ditambah merokok resiko akan lebih tinggi. Zat – zat kimia dapat juga menyebabkan bronchitis adalah zat-zat pereduksi O₂, zat-zat pengoksidasi seperti N₂O, hidrokarbon, aldehid, ozon.

d. Faktor ekonomi

Kematian pada bronchitis ternyata lebih banyak pada golongan sosial ekonomi rendah, mungkin disebabkan faktor lingkungan dan ekonomi yang lebih buruk. (Manurung, Santa, 2009: 124)

3. Patofisiologi

Asap mengiritasi jalan nafas, mengakibatkan hipersekresi lendir dan inflamasi. Adanya iritasi yang terus menerus menyebabkan kelenjar – kelenjar mensekresi lendir sehingga lendir yang diproduksi semakin banyak, peningkatan jumlah sel goblet dan penurunan fungsi silia. Hal ini menyebabkan terjadinya penyempitan dan penyumbatan pada bronchus. Alveoli yang terletak dekat dengan bronchioles dapat mengalami kerusakan dan membentuk fibrosis sehingga terjadi perubahan fungsi bakteri. Proses ini menyebabkan klien menjadi lebih rentan terhadap infeksi pernafasan. Penyempitan bronchial lebih lanjut dapat terjadi perubahan fibrotik yang terjadi dalam jalan nafas. Pada waktunya dapat terjadi perubahan paru yang irreversible. Hal ini tersebut kemungkinan mengakibatkan efisema dan bronkiaktasis. (Manurung, santa. 2009: 126)

4. Manifestasi klinis

- a. Penampilan umum: cyanosis akibat sekunder polisitemia, edema dan barrel chest.
- b. Pengkajian :
 - 1) Batuk persisten, produksi sputum seperti kopi, dispnea dalam beberapa keadaan, variable wheezing pada saat ekspirasi, serta seringnya infeksi pada sistem respirasi.
 - 2) Gejala biasanya timbul pada waktu yang lama.
- c. Jantung : pembesaran jantung, corpulmonal, dan hematokrit $> 60\%$.
(Irman, 2008 : 51)

5. Tanda – tanda dan gejala :

- a. Sering batuk – batuk berat dan biasanya disertai dengan keluarnya lendir.
- b. Terasa nyeri dan panas pada bagian dada dan kadang – kadang pada tulang belakang dada.
- c. Bernafas agak sukar dan terasa sesak.
- d. Kadang – kadang disertai dengan kenaikan suhu badan. (Slamet, 2001 : 25)

6. Komplikasi

- a. Bisa terjadi corpulmonale.
- b. Gagal jantung kanan.
- c. Gagal nafas. (Manurung, santa. 2009: 128)

7. Penatalaksanaan

Keperawatan :

- a. Usahakan supaya si sakit dapat beristirahat dengan cukup.
- b. Sedapat mungkin hindari makanan yang banyak mengandung lemak dan gorengan, makanan yang pedas, makanan yang banyak mengandung tepung dan gula.
- c. Usahakan agar dia banyak makan sayur dan buah – buahan.
- d. Bila udara dingin, pakaian yang tebal dan hangat dengan memperhatikan bagian leher dan dada.
- e. Demam (kompres) dada, punggung dan kaki dengan air panas. (Slamet, 2001: 25)

Medis :

- a. Terapi Bronchodilator : untuk menghilangkan bronkospasme dan mengurangi obstruksi jalan nafas sehingga oksigen lebih banyak didistribusikan ke seluruh bagian paru dan Ventilasi alveolar diperbaiki.
- b. Pemberian cairan peroral maupun parental jika terjadi bronkospasme berat.
- c. Pemberian kortikosteroid: jika tidak ada tanda – tanda yang menunjukkan keberhasilan terhadap pengobatan konservatif.

8. Pemeriksaan diagnostic

- a. Pemeriksaan radiologist : Tubular shadow atau traun lines terlihat bayangan garis yang paralel, keluar dari hilus menuju apeks paru. Bayangan tersebut adalah bayangan bronchus yang menebal.

- b. Sinar x dada: Dapat menyatakan hiperinflasi paru – paru, mendatarnya diafragma, peningkatan area udara retrosternal, hasil normal selama periode remisi.
- c. Tes fungsi paru: Untuk menentukan penyebab dispnoe, melihat obstruksi, memperkirakan derajat disfungsi.
- d. Bronchogram: Menunjukkan dilatasi silinder bronchus saat inspirasi, pembesaran duktus mukosa.
- e. Sputum: Kultur untuk menentukan adanya infeksi, mengidentifikasi patogen.
- f. EKG: Disritmia atrial, peninggian gelombang P pada lead II, III, AVF.
(Doengoes, 2000)



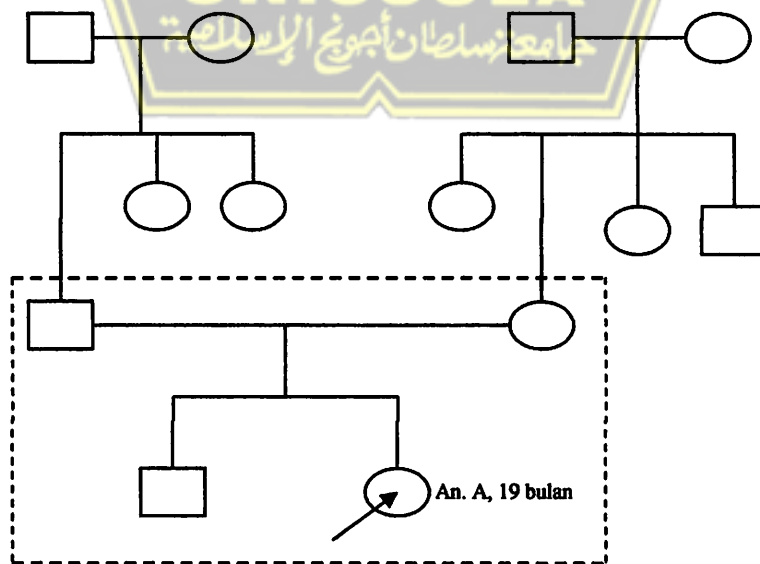
BAB III

RESUME KEPERAWATAN





A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 April jam 10.30 WIB di Desa Muktiharjo Kidul RT 05 RW 14 kecamatan Pedurungan, Semarang didapatkan data sebagai berikut:

Identitas Kepala keluarga Tn. S umur 29 tahun, agama Islam, suku Jawa Indonesia, pendidikan SD, pekerjaan buruh bangunan, Alamat Dempel RT 05 RW 14 kecamatan Pedurungan, Semarang. Ny. R umur 26 tahun isteri dari Tn. S, Ny. R hanya sebagai ibu rumah tangga dan pendidikan terakhir adalah SD. An. I laki – laki umur 7.5 tahun anak pertama dari Tn. S, An. I masih sekolah dan baru kelas 1 SD. An. A perempuan umur 19 bulan An. A anak kedua dari Tn. S dan An. A belum sekolah.



Keterangan :

-  = Laki - laki
-  = Perempuan
-  = Se rumah
-  = Klien

Dari genogram diatas, Tn. S tinggal serumah dengan isteri dan ke dua anaknya. Jenis tipe keluarga yang ada di keluarga Tn. S adalah *nuclear family* atau keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan dua orang anak.

Keluarga Tn. S bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia. Budaya yang berhubungan dengan kesehatan: Keluarga mempercayai bahwa bawang merah ditambah minyak goreng sedikit akan menurunkan panas bila di oleskan di punggung anak. Agama yang berhubungan dengan kesehatan adalah mengatakan kalau anaknya keluar habis magrib takut kesambet, karena kata orang tua magrib - magrib tidak baik untuk anak-anak keluar rumah.

Status sosial ekonomi keluarga: Di dalam anggota keluarga Tn. S yang mencari nafkah hanya Tn. S sedangkan isterinya hanya ibu rumah tangga yang mengasuh anak – anaknya. Penghasilan Tn. S kurang lebih 500 ribu per bulan, upaya lain untuk memenuhi kebutuhannya ekonomi keluarganya tidak ada, Tn. S hanya mengandalkan pekerjaannya sebagai buruh bangunan. Penghasilan di rasa kurang cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari. Harta benda yang dimiliki Tn. S adalah TV, sepeda motor dan barang rumah tangga. Kebutuhan yang di keluarkan keluarga Tn. S tiap bulan adalah kebutuhan

rumah tangga seperti bahan pokok, membayar listrik, membayar air dan kadang memeriksakan An. A.

Aktivitas Rekreasi keluarga: keluarga Tn. S refresingnya biasanya dengan menonton TV di rumah setiap hari, namun kalau ada waktu sesekali keluarga pergi ke Masjid Agung.

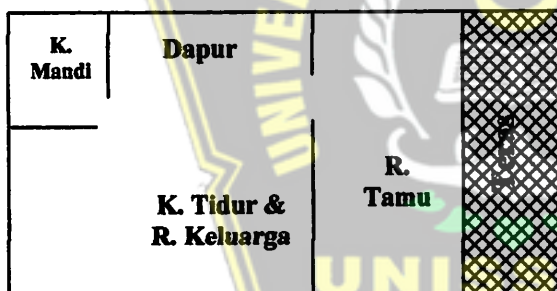
Tahap perkembangan keluarga saat ini, Keluarga Tn. S sekarang ini memasuki tahap perkembangan keluarga dengan anak sekolah. Keluarga Tn. S telah memenuhi tahap perkembangannya saat ini. Riwayat kesehatan keluarga inti, Keluarga mengatakan An. A kurang lebih sudah 1 bulan menderita bronchitis, keluarga sudah memeriksakan An. A ke mana saja dari puskesmas, balai pengobatan umum namun belum ada perubahan, kemudian keluarga membawa An. A ke dokter Hatta oleh dokter di diagnosa bronchitis dan sedikit ada perubahan. Keluarga mengatakan apabila An. A terkena udara dingin An. A langsung batuk. Tidak ada penyakit keturunan didalam keluarga Tn. S. Keluarga selalu memanfaatkan puskesmas apa bila anggota keluarganya ada yang sakit

Riwayat kesehatan sebelumnya, Ny. R mengatakan sewaktu Tn. S masih kecil pernah menderita step namun selama ini sudah tidak kambuh lagi. Sebelum menikah dengan Tn. S, Ny. R pernah menderita penyakit TBC namun sudah sembuh.

Dari pengkajian lingkungan rumah di dapat data: Luas rumah yang ditempati Tn. S adalah 4 x 8 meter, type rumah Tn. S tidak permanen dengan dinding dari kayu. Rumah Tn. S adalah rumah milik sendiri namun tanah yang ditempati adalah milik pemerintah untuk jalan Tol. Rumah Tn S tidak tertata

dengan rapi, dalam rumah Tn. S. tidak memiliki kamar, tempat tidur keluarga bergabung dengan ruang TV. Rumah Tn. S lembab, karena hanya memiliki satu jendela kecil atau Ventilasi yang kecil dan memiliki satu pintu yaitu pintu utama, memiliki satu genteng kaca, rumah agak gelap, ubin rumah dari semen atau plester. Ruangan tamu selain di isi kursi juga di gunakan untuk tempat sepeda motor. Tn. S memiliki septic tank namun septic tank Tn. S di dalam rumah dekat dengan dapur. Sumber air minum keluarga Tn. S yaitu air artesis. Kebersihan lingkungan rumah Tn. S kurang, sampah masih ada di sekitar rumah Tn. S. Tn. S. mengatakan biasanya kalau membuang sampah di buang di tanah kosong kemudian baru di bakar.

Denah rumah



Struktur keluarga didapat data antar anggota keluarga Tn. S terbina hubungan yang harmonis, dalam menghadapi masalah biasanya Tn. S menyelesaikan dengan baik-baik dan saling terbuka. Tn. S beragama Islam, sumber kekuatan keluarga adalah Allah, karena Allah yang Maha memberi Segalanya. Norma yang dianut adalah sesuai dengan nilai dan norma agama Islam.

Fungsi afektif diperoleh data, keluarga cukup rukun dan saling perhatian antar anggota keluarga, Ny. R selalu memperhatikan kedua anaknya.

Keluarga saling menyayangi dan menghargai satu dengan yang lain. Fungsi sosial, keluarga selalu mengajarkan anak – anaknya berperilaku sosial yang baik. Tn. S juga aktif bermasyarakat dengan mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Tn. S selalu mengikuti pertemuan RT, arisan RT, dan tahlilan. Kerukunan antar tetangga terbina cukup baik, keluarga tipe orang yang mudah akrab dengan tetangga.

Fungsi perawatan kesehatan, Keluarga mengatakan tidak cukup tahu tentang masalah penyakit bronchitis. Keluarga tidak tahu penyebab bronchitis, tanda dan gejala, dan cara pencegahan. Keluarga mengatakan apabila An. A sakit langsung dibawa ke puskesmas untuk mengantisipasi kemungkinan yang terjadi. Keluarga mengatakan An. A sering diberi minum Es, keluarga sudah tidak bisa melarang anak A karena An. A kalau tidak diberi minum Es menangis. Tn S juga sering merokok dekat An. A. Keluarga mengatakan tidak mengetahui rumah yang sehat itu seperti apa karena rumah Tn. S tidak tertata dengan rapi, di rumah Tn. S hanya terdapat satu pintu, satu jendela dan satu genteng kaca. Lingkungan rumah Tn. S juga kurang bersih.

Penghasilan per bulan di rasa tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Tn. S tidak memiliki pekerjaan sambilan, beliau hanya mengandalkan penghasilan sebagai seorang buruh bangunan. Keluarga mengatakan stress memikirkan penyakit anaknya yang tidak kunjung sembuh. Keluarga sudah memeriksakan anaknya ke mana saja dari puskesmas, dokter, balai pengobatan umum namun tidak kunjung sembuh. Keluarga hanya bisa berdoa dan sabar dalam menghadapi masalah penyakit yang di derita anak A.

Dari pemeriksaan fisik anak An. A di dapat data, suhu 37°C, nadi 112 x/menit, nafas 27 x/menit, ronchi positif, dada simertis, kulit tidak ada lesi, ekstremitas atas dan bawah tidak ada yang cacat, tidak ada kelainan pada genitalia.

Keluarga berharap dengan adanya mahasiswa dari FIK UNISSULA untuk membantu mencari solusi agar penyakit anaknya segera sembuh dan tidak sering kambuh lagi.

B. Analisa Data

Dari data pengkajian diatas didapat data yang pertama yaitu data subyektif, keluarga mengatakan tidak tahu penyebab bronchitis, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan. Keluarga mengatakan An. A sering dibiarkan minum Es, keluarga sudah tidak bisa melarang An. A karena An. A kalau tidak diberi minum Es menangis.

Data obyektif, Tn S sering merokok dekat An. A. keluarga sering memberi An. A Es. Dari analisa data diatas dapat di tarik diagnosa Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis.

Analisa data yang kedua, data subyektif: keluarga mengatakan tidak mengetahui rumah yang sehat itu seperti apa karena rumah Tn. S tidak tertata dengan rapi. Data obyektif, rumah yang ditempati Tn. S berukuran 4 x 8 meter, type rumah Tn. S tidak permanen dengan dinding dari kayu. Rumah Tn. S tidak tertata dengan rapi, rumah Tn. S tidak memiliki kamar, rumah Tn. S lembab karena hanya memiliki 1 jendela kecil atau Ventilasi, hanya

memiliki 1 pintu yaitu pintu utama, memiliki 1 genteng kaca, rumah agak gelap, septic tank Tn. S didalam rumah dekat dengan dapur, ubin rumah dari semen atau plester. Dari analisa data diatas dapat ditarik diagnosa gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah.

Dari analisa data diatas didapat tiga diagnosa yaitu:

1. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis.
2. Gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga memodifikasi rumah.

Scoring prioritas masalah

Dari analisa data diatas didapat pertama diagnosa yaitu yang pertama diagnosa Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis. Sifat masalah: Aktual $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran: masalah sudah terjadi, namun keluarga belum mampu memelihara kesehatan. Kemungkinan masalah dapat diubah: sedang, mudah, $2/2 \times 2 = 2$, pembenaran: Dilihat dari keinginan Tn. S agar An. A sembuh. Potensial masalah untuk dicegah: Tinggi, skor: $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran: dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit bronchitis dan mengubah gaya hidup sehat membantu keluarga dalam merawat An. A. Menonjolnya masalah: ada masalah namun tidak segera ditangani. skor: $1/2 \times 1 = 1/2$, pembenaran: keluarga mengatakan sering memberi minum Es An. A, Tn. S juga sering merokok di dekat An. A. Total scoring: 4 1/2

Diagnosa yang kedua, Gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah. Sifat masalah: Aktual, scoring: $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran: Masalah sudah terjadi, keluarga belum mampu melaksanakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah. Kemungkinan masalah dapat diubah: masalah dapat diubah sebagian, skor: $1/2 \times 2 = 1$, pembenaran: masalah dapat diubah sebagian karena dilihat dari sumber Dana keluarga. Potensial masalah dapat diubah: cukup, scoring: $2/3 \times 1 = 2/3$, pembenaran: masalah cukup untuk dicegah, dengan penatalaksanaan rumah yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Menonjolnya masalah: masalah tidak di rasa, ingin segera ditangani, skor: $1/2 \times 1 = 1/2$, pembenaran: keluarga tidak merasakan masalah ini namun keluarga ingin segera diatasi. Total scoring: $3 \frac{1}{6}$

Prioritas diagnosa keperawatan

Berdasarkan scoring diatas didapat prioritas diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis.
2. Gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah bagi penderita bronchitis.

C. Intervensi

Berdasarkan analisa data diatas penulis merencanakan asuhan keperawatan keluarga Tn. S khususnya An. A dengan bronchitis,

Prioritas diagnosa keperawatan yang pertama adalah Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga

mengenal masalah penyakit bronchitis. Tujuan jangka panjang: setelah dilakukan 3 kali kunjungan rumah keluarga dapat memelihara dengan efektif. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan pertemuan 1x60 menit keluarga mampu mengenal penyakit bronchitis. Keluarga dapat mengubah gaya hidup kurang sehat. Dilakukan intervensi sebagai berikut: tanya pengetahuan keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan pengobatan, Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan pengobatan, motivasi keluarga untuk bertanya tentang hal – hal yang belum jelas, ajak keluarga untuk mengulang apa yang telah dijelaskan, berikan pujian positif atas apa yang telah dilakukan. Kaji hambatan dalam pemeliharaan kesehatan, beri pengetahuan keluarga dalam pencegahan bronchitis, anjurkan keluarga tidak merokok di dekat anak dan tidak memberi anak minum Es, motivasi keluarga untuk menjaga kebersihan rumah.

Prioritas diagnosa keperawatan yang kedua adalah Gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah bagi penderita bronchitis. Tujuan jangka panjang: setelah dilakukan 3 kali kunjungan rumah keluarga mampu memodifikasi lingkungan rumah yang sehat. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan 1x60 menit kunjungan rumah, keluarga dapat mengetahui standart rumah sehat dan keluarga dapat memodifikasi lingkungan. Intervensi adalah kaji pengetahuan keluarga tentang rumah sehat, berikan penyuluhan keluarga tentang rumah sehat, Diskusikan dengan keluarga penatalaksanaan rumah sehat, motivasi keluarga untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum jelas, beri pujian atas jawaban yang diberikan, anjurkan keluarga untuk dapat

memodifikasi rumah dengan menambah jendela dan genteng kaca, anjurkan keluarga untuk membersihkan rumah setiap hari, motivasi keluarga agar menjaga kebersihan rumah.

D. Implementasi:

Implementasi dilakukan pada tanggal 2 Mei sampai 5 Mei 2010 jam 10.00 WIB yaitu:

Diagnosa pertama Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis.

Implementasi, Mengingatkan keluarga dengan kontrak yang telah disepakati, menanyakan keluarga apa saja yang di ketahui tentang penyakit bronchitis, mendiskusikan dengan keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan pengobatan, memotivasi keluarga untuk bertanya tentang hal – hal yang belum jelas tentang bronchitis, mengajak keluarga untuk mengulang apa yang telah dijelaskan, memberikan pujian positif atas jawaban yang di berikan.

Diagnosa kedua adalah gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah bagi penderita bronchitis. Dilakukan implementasi, mengkaji pengetahuan keluarga tentang rumah sehat, memberikan penyuluhan keluarga tentang rumah sehat, mendiskusikan dengan keluarga penatalaksanaan rumah sehat, menganjurkan keluarga untuk dapat memodifikasi rumah dengan menambah jendela dan genteng kaca, motivasi keluarga agar menjaga kebersihan rumah.

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal 2 Mei sampai 5 Mei 2010 jam 15.40 WIB dengan hasil sebagai berikut:

Diagnosa pertama dilakukan evaluasi pada tanggal 2 Mei 2010 yaitu Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis. Didapat hasil dari evaluasi, keluarga mengatakan sudah mengerti tentang penyakit bronchitis dan akan mengubah gaya hidup yang kurang sehat. Pada tanggal 5 Mei 2010 jam 15.40 dilakukan evaluasi, keluarga dapat mengubah gaya hidup kurang sehat dengan Tn. S tidak merokok di dekat An. A. Keluarga sangat kooperatif, masalah teratasi, pantau dan awasi yang dilakukan keluarga mengenai kesehatan dan motivasi keluarga untuk mempertahankan kondisi tersebut.

Evaluasi diagnosa kedua pada tanggal 2 Mei 2010 jam 11.00 yaitu Gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah bagi penderita bronchitis.. Didapat hasil dari evaluasi keluarga mengatakan sudah mengerti tentang rumah sehat, pada evaluasi tanggal 5 Mei 2010 keluarga sudah menambah Ventilasi atau jendela rumah, keluarga menambah satu genteng kaca diatas ruang tidur, dan keluarga memberi batas antara ruang tidur dengan dapur dan kamar mandi. Keluarga sangat kooperatif, masalah teratasi, motivasi keluarga untuk lebih meningkatkan kondisi rumah.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan masalah bronchitis pada An. A di Desa Dempel Muktiharjo Kidul kecamatan Pedurungan Kota Semarang. Tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pada bab ini penulis akan membahas seluruh tahap proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 April 2010 jam 10.30 WIB melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Dalam wawancara penulis tidak mengalami kendala karena keluarga Tn. S sangat kooperatif, Tn. S maupun Ny. R selalu menjawab pertanyaan yang diberikan. Hal yang banyak dikaji dari wawancara ini adalah tentang aspek fisik, mental, ekonomi, sosial budaya, lingkungan, dan lain-lain, sumber-sumber yang digunakan adalah dari anggota keluarga. mengkaji jenis keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga nuclear family berkaitan dengan penyakit (Friedman, 1998). Dalam pembahasan penulis akan melakukan pembenaran dan penambahan data antara lain:

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga didapatkan data keluarga mengatakan An. A kurang lebih sudah 1 bulan menderita bronchitis, keluarga

mengatakan apabila An. A terkena udara dingin An. A langsung batuk. Kekurangan penulis dalam menarik diagnosa tersebut karena penulis tidak menemukan diagnosa yang mengarah ke data tersebut di Carpenito maupun di NANDA.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan di bangun dari data yang mencerminkan problem dan etiologi. Problem ditegakkan berdasarkan hasil temuan data dengan menggunakan *Friedman's Assessment Model* (Friedman, 1998), etiologi menggunakan konsep lima tugas perawatan kesehatan keluarga (Balion & Maglaya, 1978). Berdasarkan analisa data pada keluarga Tn. S didapat diagnosa keperawatan yang digolongkan sesuai prioritas masalah yaitu:

Prioritas masalah pertama pada Asuhan Keperawatan ini adalah Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis.

Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan adalah kondisi ketika individu atau kelompok mengalami atau beresiko mengalami gangguan kesehatan karena gaya hidup yang tidak sehat atau kurangnya pengetahuan untuk mengatur kondisi. Batasan mayor, melaporkan atau memperlihatkan praktek atau gaya hidup yang tidak sehat. Batasan minor, sering mengalami infeksi. (Carpenito L.J, 2009)

Diagnosa ini penulis ambil karena dengan melihat ketidakefektifan keluarga tentang memelihara kesehatan An. A, hal ini ditunjukkan dengan Tn. S sering merokok di dekat An. A dan keluarga sering memberikan An. A minum Es.

Etiologi yang penulis ambil adalah ketidakmampuan keluarga mengenal masalah bronchitis.

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah itu sendiri adalah ketidaksanggupan mengenal masalah disebabkan karena ketidaktahuan tentang fakta, rasa takut akan akibat bila masalah diketahui, sikap dan falsafah hidup. (Balion & Maglaya, 1978)

Ketidaktahuan keluarga mengenal masalah, dimana keluarga kurang mengetahui tentang penyakit bronchitis yang mengakibatkan keluarga tidak dapat memelihara kesehatan dengan baik. ini ditunjukkan keluarga mengatakan kurang mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan.

Data diatas di jadikan prioritas pertama, melihat sifat masalah aktual, masalah sudah terjadi namun keluarga belum mampu memelihara kesehatan. Kemungkinan masalah dapat diubah mudah, dilihat dari keinginan Tn. S agar An. A cepat sembuh. Potensi masalah dapat diatasi tinggi dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit bronchitis dan mengubah gaya hidup sehat membantu keluarga dalam merawat An. A. Menonjolnya masalah yang tidak di rasa itu harus segera diatasi agar tidak terjadi suatu keadaan yang lebih parah. Dengan total scoring $4 \frac{1}{2}$, dalam penghitungan scoring penulis menggunakan teori. (Balion dan Maglaya, 1978)

Setelah dilakukan intervensi 3x kunjungan rumah dan 1 x 60 menit setiap kunjungan rumah keluarga mampu memelihara kesehatan dengan efektif dan keluarga mampu mengenal masalah bronchitis. Intervensi yang penulis lakukan adalah tanya keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan

dan pengobatan, ini dilakukan untuk mengetahui pengetahuan keluarga tentang penyakit yang di derita oleh anggota keluarga. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan pengobatan, ini dilakukan untuk mendiskusikan hal – hal apa saja mengenai penyakit bronchitis. Motivasi keluarga untuk bertanya tentang hal – hal yang belum jelas, ini diberikan pada keluarga agar keluarga menanyakan hal-hal yang belum dipahami oleh keluarga. Ajak keluarga untuk mengulang apa yang telah dijelaskan, dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keluarga memahami materi yang di berikan. Berikan pujian positif atas jawaban yang benar, untuk memberi motivasi dan penghargaan pada keluarga. Kaji hambatan dalam pemeliharaan kesehatan, ini dilakukan untuk mengetahui hambatan apa saja dalam memelihara kesehatan. Beri pengetahuan keluarga dalam pencegahan bronchitis, ini diberikan agar keluarga mampu mencegah terjadinya infeksi berulang, anjurkan keluarga tidak merokok di dekat anak dan tidak memberi anak minum Es, dilakukan agar tidak terjadi gangguan kesehatan yang lebih parah.

Implementasi dilakukan pada tanggal 2 Mei 2010 jam 10.00 dari diagnosa yang pertama ini adalah dengan melakukan kontrak dan pendidikan kesehatan kepada keluarga Tn. S dengan menggunakan metode ceramah dengan bantuan leaflet sehingga memudahkan keluarga Tn. S untuk memahami materi yang diberikan. Kendala yang ditemukan penulis adalah pendidikan keluarga yang hanya lulus SD sedikit mempersulit pemahaman namun setelah dilakukan penjelasan dengan baik keluarga mengerti yang disampaikan penulis dan yang di

anjurkan oleh penulis. Keluarga sangat kooperatif sehingga mempermudah penulis dalam melaksanakan implementasi.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 2 Mei dan 5 Mei 2010 pada diagnosa ini masalah teratasi, ini ditunjukkan keluarga bisa mengulang dan mengerti materi yang diberikan. Dari aspek psychomotor keluarga mampu mengendalikan An. A tidak minum Es, Tn. S juga mampu tidak merokok saat dekat dengan An. A. untuk planning pantau dan awasi keluarga yang mengenai perilaku kesehatan.

Diagnosa yang kedua yaitu Gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah bagi penderita bronchitis.

Gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah adalah keadaan ketika seorang individu atau keluarga mengalami atau beresiko mengalami kesukaran dalam memelihara lingkungan rumah yang aman, hygienic, menghasilkan pertumbuhan. Batasan mayor kesulitan dalam memelihara hygiene rumah. (Carpenito L.J, 2007)

Penulis menentukan diagnosa kedua sesuai dengan scoring yang ditetapkan dengan sifat masalah aktual, masalah sudah terjadi namun keluarga belum mampu melaksanakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah. Masalah dapat diubah sebagian karena dilihat dari sumber dana keluarga. Potensi masalah ini sangat tinggi untuk dicegah, dengan penatalaksanaan rumah yang baik dapat meningkatkan kesehatan keluarga. Keluarga tidak merasakan masalah ini namun keluarga ingin segera diatas. Dengan total scoring $3 \frac{1}{6}$ teori yang digunakan adalah. (Balion dan Maglaya, 1978)

Etiologi yang penulis ambil adalah ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah.

Ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah atau memelihara lingkungan bisa mempengaruhi kesehatan dan pengembangan pribadi anggota keluarga karena sumber-sumber keluarga tak seimbang atau tidak cukup (keuangan, fisik atau isi rumah yang tak teratur), tidak tahu tentang pentingnya hygiene sanitasi, ketidaktahuan tentang usaha pencegahan penyakit. (Balion & Maglaya, 1978)

Dimana ditunjukkan keluarga tidak mampu menata rumah dengan baik, hal yang berkaitan dengan terjadinya penyakit bronchitis pada An. A adalah rumah Tn. S yang hanya 4 x 8 meter, tidak permanen dengan dinding dari kayu, tidak memiliki kamar, keadaan rumah lembab karena adanya jendela kecil atau Ventilasi yang mempersulit sirkulasi udara. Ubin rumah dari semen atau plester, Tn. S hanya memiliki satu genteng kaca yang mengakibatkan rumah agak gelap dan lembab, septic tank Tn. S didalam rumah dekat dengan dapur.

Untuk menyelesaikan masalah ini penulis membuat intervensi, setelah dilakukan 3x kunjungan rumah dan 1x60 menit tiap kunjungan rumah diharap keluarga dapat menata penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan keluarga dapat memodifikasi rumah dengan baik. Intervensi yang dilakukan adalah tanya pengetahuan keluarga tentang rumah sehat, hal ini dilakukan untuk mengetahui pengetahuan keluarga tentang rumah sehat yang berkaitan dengan bronchitis. Berikan penyuluhan keluarga tentang rumah sehat, dilakukan agar keluarga mempunyai pandangan tentang rumah sehat. Mendiskusikan dengan keluarga

penatalaksanaan rumah sehat, dilakukan agar keluarga mampu menata rumah dengan baik. Motivasi keluarga untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum jelas, dilakukan agar keluarga bertanya tentang hal – hal yang keluarga belum jelas atau kurang paham. Menganjurkan keluarga untuk dapat memodifikasi rumah dengan menambah jendela dan genteng kaca, ini dilakukan agar sirkulasi rumah bisa lancar. Menganjurkan keluarga untuk membersihkan rumah setiap hari, ini dilakukan agar rumah bersih dan kebersihan rumah dijaga.

Implementasi dilakukan pada tanggal 2 Mei jam 10.00 yang penulis lakukan adalah dengan melakukan pendidikan kesehatan dengan memberikan penyuluhan kesehatan dan mengikutsertakan keluarga. Pelaksanaan ini penulis menggunakan metode ceramah, namun kekurangan penulis adalah tidak menggunakan media dalam penyuluhan rumah sehat. Selain kendala, penulis dapat dukungan dalam implementasi yaitu keluarga sangat kooperatif, keluarga mempermudah penulis dalam melaksanakan implementasi.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 2 Mei dan 5 Mei 2010 pada diagnosa ini teratasi, keluarga mengerti dan paham dengan apa yang disampaikan penulis dan disarankan penulis, hal ini dilihat dari keluarga mengulang apa yang disampaikan penulis dan melakukan apa yang dilakukan penulis. Pada aspek keluarga mampu mengulang dan mengerti tentang rumah sehat. Pada aspek psychomotor keluarga melakukan apa yang disarankan perawat yaitu keluarga merubah dan menata rumah dengan menambah jendela dan genteng kaca, kemudian keluarga membatasi ruang tidur dengan dapur dan kamar mandi.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga Tn. S khususnya pada An. A dengan masalah utama bronchitis di wilayah RT 05 RW 14 Muktiharjo Kidul, Kecamatan Pedurungan Kota Semarang di dapat kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

Asuhan keperawatan keluarga Tn. S pada An. A penulis memunculkan dua diagnosa aktual namun sesuai scoring terbesar penulis memprioritaskan.

Diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyakit bronchitis. Intervensi yang dilakukan adalah memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit bronchitis, tanda dan gejala, cara pencegahan dan cara pengobatan. Pada diagnosa pertama penulis mengalami kendala karena keterbatasan media, penulis hanya menggunakan metode ceramah dan leaflet dan status pendidikan keluarga Tn. S hanya lulus SD membuat keluarga sedikit kurang paham tentang apa yang penulis sampaikan, namun setelah dijelaskan dengan baik dan sikap keluarga yang sangat kooperatif masalah dapat teratasi dan keluarga menjadi tahu tentang penyakit bronchitis, tanda dan gejala, pencegahan dan pengobatan.

Diagnosa kedua yaitu gangguan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi rumah bagi

penderita bronchitis. Intervensi yang dilakukan adalah memberi penyuluhan tentang rumah sehat dan penatalaksanaan rumah sehat. Dalam diagnosa kedua penulis mengalami kendala yaitu karena keterbatasan media, penulis hanya menggunakan metode ceramah untuk diagnosa kedua ini namun sikap kooperatif dan keinginan yang keras dari keluarga agar anaknya sehat mempermudah penjelasan yang diberikan penulis. Masalah diagnosa kedua teratasi dengan keluarga mengatakan mengerti tentang rumah sehat dan keluarga menunjukkan gaya hidup sehat dengan tidak merokok di dekat anak, tidak memberi Es anak dan mengubah rumah dengan menambah jendela, genteng, dan membatasi ruang keluarga atau ruang tidur dengan dapur.

B. Saran

Pada waktu pembuatan Asuhan Keperawatan Keluarga tidak cukup dilakukan dalam waktu yang singkat, memerlukan waktu yang cukup untuk bisa terlaksana semua intervensi dan implementasi.

Sumber Daya Manusia (SDM) dan kemampuan atau *skill* sangat mempengaruhi kualitas Asuhan Keperawatan. Selain menguasai materi atau konsep dasar penyakit yang di derita anggota keluarga, perawat juga harus memahami konsep dasar keperawatan untuk menyusun intervensi, implementasi dan evaluasi.

Dalam melaksanakan Asuhan keperawatan keluarga harus dapat dukungan dari keluarga karena tercapainya tujuan asuhan keperawatan keluarga adalah dengan adanya campur tangan keluarga dalam memberi asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Balion, Maglaya, 1978. *Perawatan kesehatan keluarga*, Depkes RI, Jakarta.
- Carpenito, L.J, 2007. *Diagnosa keperawatan*, Penerbit buku kedokteran, Jakarta : EGC.
- Carpenito, L.J., 2009. *Diagnosa keperawatan*, penerbit buku kedokteran, Jakarta : EGC.
- Dongoes, Marilyn E., 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*, penerbit buku kedokteran, Jakarta : EGC.
- Efendy, Ferry, 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Ekasari, dkk, 2007. *Panduan Pengalaman Belajar Lapangan*, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta : EGC.
- Friedman, 1998. *Keperawatan keluarga teori dan praktek*, Edisi 3, Jakarta : EGC.
- Hariyadi, Slamet, 2001. *Mencegah dan Mengobati Bronchitis*, Penerbit Kala Media, Jakarta.
- Manurung, Santa, 2009. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*, Penerbit CV. Trans Info Media, Jakarta.
- Mubarak, dkk, 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*, Penerbit CV. Sagung Seto, Jakarta.
- Somantri, Irman, 2008. *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan: Sistem pernafasan*, Edisi 1, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Suprajidno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Penerbit buku kedokteran, Jakarta : EGC.
- Suyono, Slamet, 2001. *Ilmu Penyakit dalam jilid II*, Edisi ketiga, FKUI, Jakarta.