

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN
BRONKHITIS DI RUANG DAHLIA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
UNGARAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Desi Setyaningrum
NIM : 89.331.2842

**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 DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010



Pembimbing

(Furaida Khasanah, S.Kep., Ns)

NIK : 210910022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari selasa tanggal 1 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan TIM Penguji.

Semarang, 1 juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Dwi Retno Sulistyaningsih, S.Kep., Ns)

NIK : 210.998.005

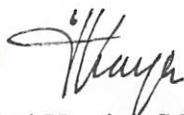
Penguji II



(Furaida Khasanah, S. Kep., Ns)

NIK : 210.910.022

Penguji III



(Maya Dwi Yustini, S.Kep., Ns)

NIK : 95.02.518

KATA PENGANTAR

Assalamualikum 'alaikum Wr Wb

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayat-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D DENGAN BRONKHITIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNGARAN".

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini tersusun berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Loade M. Kamaludin M.Sc, M. Eng selaku rektor UNISSULA
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah banyak memberikan kesempatan dan memberi bantuan serta dukungan pada semua mahasiswa.
4. Ibu Endang Setyowati, SKM, selaku KAPRODI Fakultas Ilmu keperawatan DIII Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah banyak memberikan dukungannya kepada semua mahasiswa.
5. Ibu Furaida Khasanah., S.Kep, Ns selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Ayah, ibuku yang tercinta yang memberikan dukungan baik materiil maupun moril kepada penulis.
7. Sobat-sobatku dari FIK unissula, yang telah memberi support selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan pahala yang sesuai kepada pihak di atas.

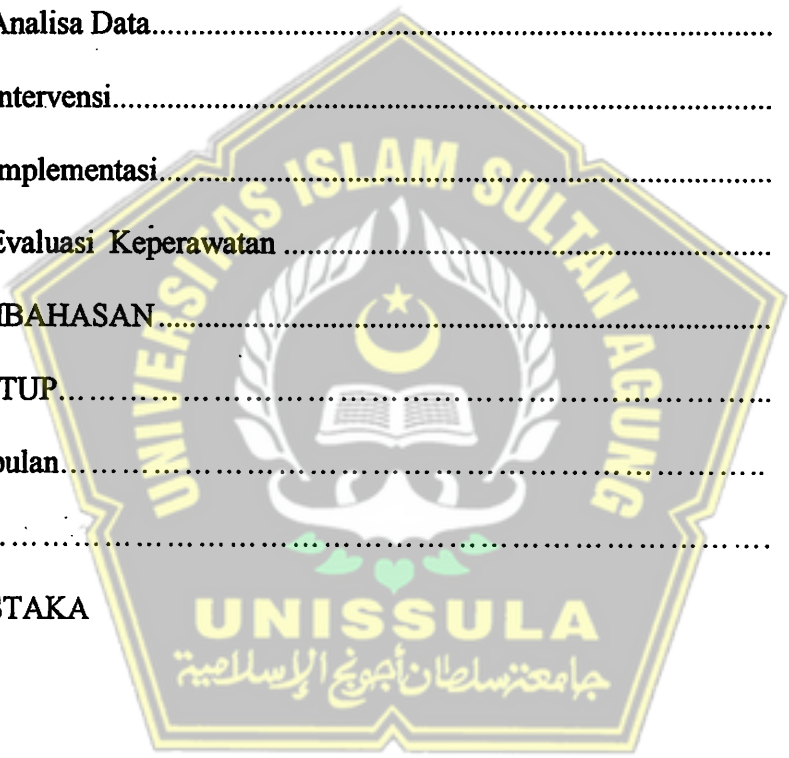
Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kekurangan baik isi maupun tulisan. Demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
C. Manfaat.....	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Penyakit	4
1. Pengertian.....	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi.....	5
4. Pathway.....	9
5. Manifestasi Klinik.....	10
6. Pemeriksaan Penunjang	10
7. Penatalaksanaan Medik	12
8. Komplikasi	12

B. Konsep Dasar Keperawatan	14
1. Fokus Pengkajian	14
2. Diagnosa Keperawatan	15
3. Fokus Intervensi.....	15
BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	21
A. Pengkajian	21
B. Analisa Data.....	26
C. Intervensi.....	27
D. Implementasi.....	28
E. Evaluasi Keperawatan	29
BAB IV PEMBAHASAN.....	31
BAB V PENUTUP.....	36
A. Kesimpulan.....	36
B. Saran.....	37
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bronkhitis adalah suatu peradangan yang terjadi pada bronkus. (Manurung, 2008). Bronkhitis disebabkan oleh rokok, infeksi, polusi udara, keturunan, dan ekonomi sosial.

Merokok merupakan salah satu penyebab dari bronkhitis kronik. Faktor-faktor lain yang menyebabkan bronkhitis antara lain adalah polusi udara. Polusi udara adalah faktor utama penyebab bronkhitis di kota-kota besar. Semakin hebat kadar pencemaran udara, semakin tinggi angka kejadian bronkhitis kronis. Khususnya ditempat-tempat dimana musim dingin berlangsung lama, terjadi kabut dan pencemaran akibat pabrik-pabrik ada hubungannya dengan tingginya gangguan-gangguan cabang tenggorok, hilangnya hari-hari kerja dan tingginya tingkat kematian. Dibidang pekerjaan tertentu terjadi peningkatan resiko bronkhitis yang kemungkinan akibat pencemaran udara sekitar. Terutama dikalangan para pekerja tambang batubara, pabrik baja dan sejenisnya dibandingkan dengan masyarakat yang tidak mengalami pencemaran serupa.

Dari hasil sebuah penelitian yang dilakukan di negara barat, tingkat kejadian bronkhitis diperkirakan sebanyak 1,3% dari jumlah penduduk. Di Inggris dan Amerika penyakit paru kronis merupakan salah satu penyebab

kematian dan ketidakmampuan pasien untuk bekerja. Tingkat kejadian bronkhitis setinggi itu dapat diturunkan dengan cara pengobatan dengan pemakaian antibiotik.

Di Indonesia belum ada penelitian lebih lanjut tentang angka kejadian bronkhitis. Tetapi pada kenyataannya, bronkhitis sering ditemukan di klinik-klinik dan diderita oleh laki-laki dan wanita dengan berbagai tingkat usia.

Jika bronkhitis tidak segera ditangani maka akan terjadi hal yang fatal yaitu gagal nafas atau berhentinya sistem pernafasan yang menyebabkan kematian. Oleh karena itu penulis tertarik mengambil kasus pada pasien dengan bronkhitis sebagai bahan penulisan karya ilmiah ini, dengan cara membandingkan konsep secara teoritis dan kondisi yang ditemui di lapangan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penyusunan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk lebih mendalami aspek klien dengan bronkhitis.

2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu menjelaskan konsep teori dari bronkhitis, yaitu pengertian, etiologi, patofisiologi, pathway, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, komplikasi, penatalaksanaan.
- b. Penulis mampu menjelaskan konsep dasar keperawatan dari bronkhitis, yaitu fokus pengkajian, diagnosa keperawatan, dan fokus intervensi .

- c. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny.D dengan bronkhitis, yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ini dibuat oleh penulis diharapkan agar bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain :

1. Bagi penulis

Manfaat bagi penulis yaitu dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkhitis.

2. Bagi intitusi

Manfaat bagi intitusi yaitu memberikan pengetahuan teori secara mendalam tentang cara mengelola asuhan keperawatan medikal (bronkhitis) dan sebagai dokumentasi.

3. Bagi RSUD Ungaran

Manfaat bagi RSUD Ungaran yaitu sebagai acuan untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien dengan bronkhitis.

4. Bagi masyarakat

Manfaat bagi masyarakat yaitu dapat memberikan pengetahuan tentang penyakit bronkhitis, sehingga masyarakat tahu tentang bronkhitis dan cara penanganannya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Bronkhitis adalah suatu peradangan yang terjadi pada bronkus. (Manurung, 2008)

Bronkhitis akut adalah radang pada bronkus yang biasanya mengenai trachea dan laring, sehingga sering disebut juga laringotracheobronkhitis. (Somantri, 2008).

Bronkhitis kronis terjadi bila terjadi peningkatan jumlah dahak secara kronik atau kambuhan, sehingga pasien perlu sering membuang lendir. (F.Knight, 2006).

Kesimpulan yang dapat ditarik dari beberapa pengertian diatas yaitu, bronkhitis merupakan suatu peradangan pada bronkus yang terjadi biasanya disertai peningkatan jumlah sputum.

2. Etiologi

Etiologi dari bronkhitis adalah sebagai berikut (Manurung, 2008):

a. Rokok

Menurut buku *Reeport Expert Comite on Smoking Control*, rokok adalah penyebab utama timbulnya bronkhitis. Terdapat hubungan yang erat antara merokok dan penurunan VEP (Volume Ekspansi Paru)

1 detik. Secara patologis rokok berhubungan dengan hiperplasia kelenjar mukus bronkus dan metaplasia skuamus epitel saluran pernafasan juga dapat menyebabkan bronkhitis akut.

b. Infeksi

Eksaserbasi bronkhitis diduga paling sering diawali dengan infeksi virus yang kemudian menyebabkan infeksi sekunder bakteri. Bakteri dan virus yang diisolasi paling banyak adalah *hemophilus influenza* dan *streptococcus pneumonie*.

c. Polusi udara

Polusi tidak begitu besar pengaruhnya sebagai faktor penyebab, tetapi bila ditambah merokok resiko akan lebih tinggi. Zat-zat kimia yang juga dapat menyebabkan bronkhitis antara lain zat-zat pereduksi O₂, zat-zat pengoksidasi seperti N₂O, hidrokarbon, aldehyd.

d. Keturunan

Belum diketahui secara jelas apakah faktor keturunan berperan atau tidak, kecuali pada penderita defisiensi alfa-1- antitripsin (mencegah kerusakan alveoli oleh neutrofil elastase) yang merupakan suatu problem, dimana kelainan ini diturunkan secara autosom resesif. Kerja enzim ini menetralsir enzim proteolitik yang sering dikeluarkan pada peradangan dan merusak jaringan, termasuk jaringan paru.

e. Faktor ekonomi sosial

Kematian pada bronkhitis ternyata lebih banyak pada golongan sosial ekonomi rendah, mungkin disebabkan faktor lingkungan dan ekonomi yang buruk.

3. Patofisiologi

Serangan bronkhitis dapat timbul dalam serangan tunggal atau dapat timbul kembali sebagai eksaserbasi akut dari bronkhitis kronis. Pada umumnya virus merupakan awal dari serangan bronkhitis akut pada infeksi saluran nafas bagian atas. Dokter akan mendiagnosis bronkhitis kronis jika mengalami batuk atau mengalami produksi sputum selama kurang lebih tiga bulan dalam satu tahun atau paling sedikit dalam dua tahun berturut-turut.

Serangan bronkhitis disebabkan karena tubuh terpapar agen infeksi maupun non infeksi (terutama rokok), iritan (zat yang menyebabkan iritasi), akan menyebabkan respons inflamasi sehingga menyebabkan vasodilatasi, kongesti, edema mukosa, dan bronkospasme. Tidak seperti emfisema, bronkhitis lebih mempengaruhi jalan nafas kecil dan besar dibandingkan alveoli. Dalam keadaan bronkhitis, aliran udara masih memungkinkan tidak mengalami hambatan.

Pasien dengan bronkhitis kronis akan mengalami :

- a. Peningkatan ukuran dan jumlah kelenjar mukus pada bronkus besar sehingga meningkatkan produksi mukus.
- b. Mukus lebih kental karena terjadi infeksi dan peradangan bronkus.

c. Kerusakan fungsi siliari yang dapat menurunkan mekanisme pembersihan mukus.

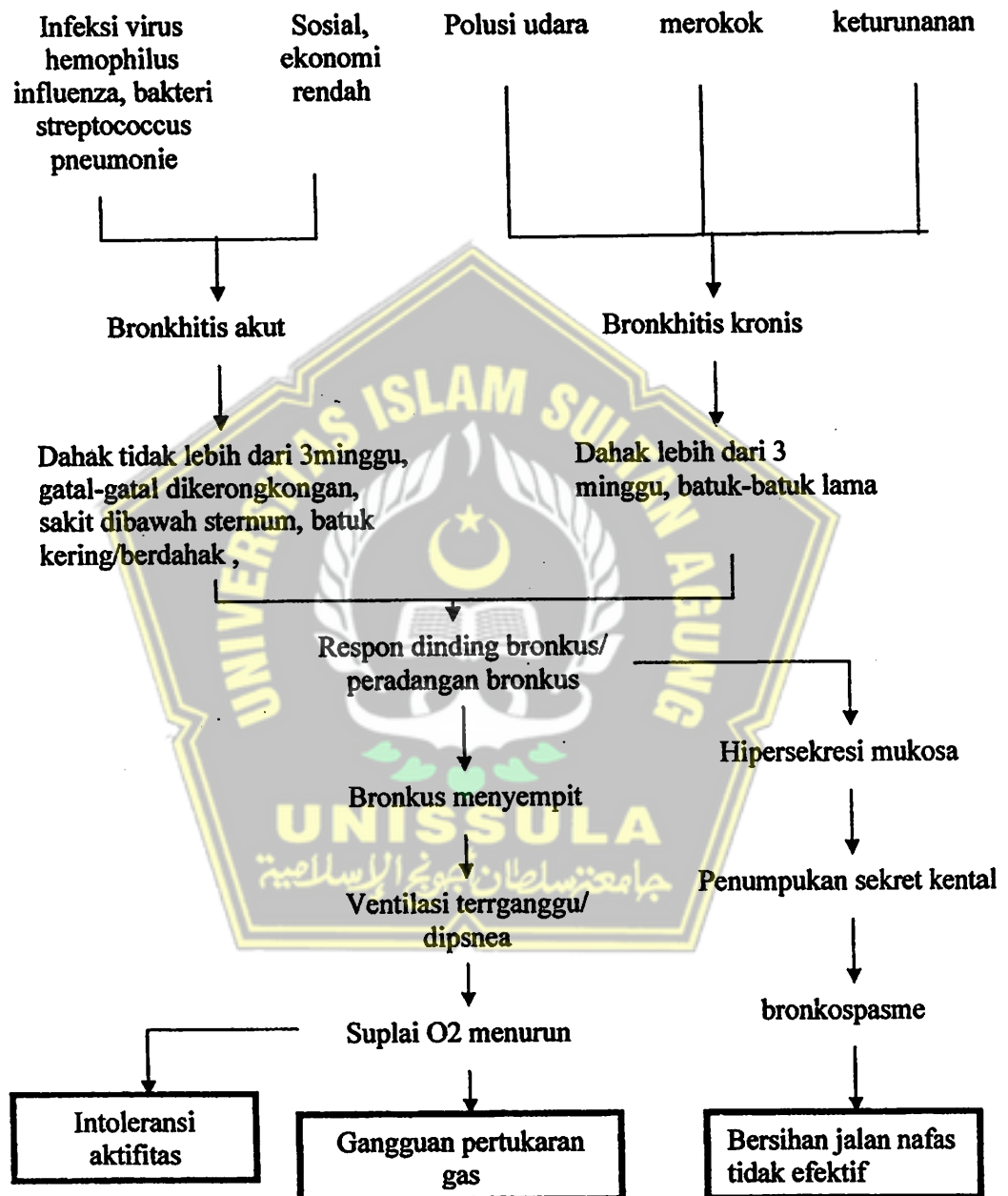
Pada keadaan normal, paru-paru memiliki kemampuan yang disebut "*mucocilliary defence*", yaitu sistem penjagaan paru-paru yang dilakukan oleh mukus dan siliari. Pada pasien dengan bronkhitis akut, sistem *mucocilliary defence* paru-paru mengalami kerusakan sehingga lebih mudah terserang infeksi. Ketika infeksi timbul, kelenjar mukus akan menjadi hipertropi dan hiperplasia (ukuran membesar dan jumlah bertambah) sehingga produksi mukus akan meningkat. Infeksi juga menyebabkan dinding bronkhial meradang, menebal (sering kali sampai dua kali ketebalan normal), dan mengeluarkan mukus kental. Adanya mukus kental dari dinding bronkhial dan mukus yang dihasilkan oleh kelenjar mukus dalam jumlah banyak akan menghambat beberapa aliran udara kecil dan mempersempit saluran udara besar (Somantri, 2008).

Mukus yang kental dan bronkus yang membesar akan mengobstruksi jalan nafas terutama selama ekspirasi. Jalan nafas selanjutnya kolaps dan udara terperangkap pada bagian distal dari paru-paru. Obstruksi menyebabkan penurunan ventilasi alveolus, hipoksia, dan asidosis. Pasien mengalami kekurangan oksigen jaringan dan ratio ventilasi perfusi abnormal timbul dimana terjadi penurunan PO₂ (oksigen arteri). Kerusakan ventilasi juga dapat meningkatkan nilai PCO₂ (karbondioksida arteri) sehingga pasien terlihat sianosis. Sebagai kompensasi dari hipoksemia maka terjadi polisitemia (produksi eritrosit berlebihan).

Pada saat penyakit bertambah parah, sering ditemukan sputum yang hitam, biasanya karena infeksi pulmonary. Selama infeksi, pasien mengalami reduksi pada FEV (Volume ekspirasi paksa) dengan peningkatan pada RV (volume residual) dan FRC (kapasitas residual fungsional). Jika masalah tersebut tidak ditanggulangi, hipoksia akan timbul yang akhirnya menuju penyakit cor pulmonal dan CHF (*Congestive Heart Failure*).



4. Pathway



5. Manifestasi Klinik

Manifestasi dari bronkhitis antara lain adalah (Irman somantri,2008):

- a. Penampilan umum : cenderung overweight, sianosis akibat pengaruh sekunder polisitemia, edema.
- b. Usia 45-65 tahun.
- c. Pengkajian :
 - 1) Batuk persisten, produksi sputum seperti kopi, dispnea dalam beberapa keadaan, variabel wheezing pada saat ekspirasi serta seringnya infeksi pada saluran respirasi.
 - 2) Gejala biasanya timbul pada waktu yang lama.
- d. Jantung : pembesaran jantung, kor pulmonal, dan hematokrit >60%.
- e. Riwayat merokok

6. Pemeriksaan Diagnostik

Beberapa pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada penyakit bronkhitis adalah sebagai berikut (Santa manurung, 2008):

- a. Rontgen thoraks
 - 1) Sekitar setengahnya memberi gambaran normal.
 - 2) Tubular *shadows/tram lines* : bayangan garis-garis paralel dari hilus ke apeks paru.
 - 3) Corakan paru bertambah kesuraman.
- b. Analisa sputum

Pemeriksaan sputum secara makroskopik, mikroskopik atau bakteriologik berperan penting dalam diagnosis etiologi. Warna, bau,

dan adanya darah adalah petunjuk yang berharga. Waktu terbaik pengumpulan sputum adalah segera sesudah bangun karena sekresi bronkus yang abnormal cenderung tertimbun saat tidur.

c. Tes fungsi paru

Uji fungsi paru dibagi menjadi dua yaitu

- 1) Uji fungsi ventilasi termasuk pengukuran volume paru dalam keadaan statis dan dinamis, juga pengukuran tekanan.
- 2) Uji yang berhubungan dengan pertukaran gas mencakup analisis gas-gas yang terdapat dalam udara ekspirasi dan dalam darah.

d. Pemeriksaan kadar gas darah arteri.

Penderita bronkhitis kronis tidak dapat mempertahankan ventilasi dengan baik sehingga karbondioksida arteri (PCO₂) naik dan oksigen arteri (PO₂) turun, saturasi hemoglobin menurun dan timbul sianosis, terjadi juga vasokonstriksi pembuluh darah paru.

7. Komplikasi

Beberapa komplikasi dari bronkhitis adalah sebagai berikut (Halim Mubin, 2007) :

a. Bronkhitis Akut

1) Pneumoni

Pneumonia dengan atau tanpa atelektaksis, bronkhitis sering mengalami infeksi berulang biasanya sekunder terhadap infeksi pada saluran nafas bagian atas. Hal ini sering terjadi pada mereka drainase sputumnya kurang baik.

2) Pleuritis

Komplikasi ini dapat timbul bersama dengan timbulnya pneumonia. Umumnya pleuritis sering terjadi pada daerah yang terkena bronkhitis.

b. Bronkitis Kronis

1) Gagal nafas

Gagal nafas merupakan komplikasi paling akhir pada bronkhitis yang berat dan luas, dengan tertahannya karbondioksida terjadi peningkatan tegangan karbondioksida.

2) Korpulmonal

Apabila terjadi anastomosis cabang-cabang arteri dan vena pulmonalis pada dinding bronkus akan terjadi arterio-venous shunt, terjadi gangguan oksigenasi darah, timbul sianosis sentral, selanjutnya terjadi hipoksemia. Pada keadaan lanjut akan terjadi hipertensi pulmonal, korpulmonal kronis. Selanjutnya akan terjadi gagal jantung kanan.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan bronkhitis antara lain adalah sebagai berikut (Irman Somantri,2008) :

a. Medis

Pengobatan utama ditujukan untuk mencegah, mengontrol infeksi dan meningkatkan drainase bronchial menjadi jernih. Pengobatan yang diberikan adalah sebagai berikut :

1) Antimikrobia

- a) Infeksi yang umumnya disebabkan oleh virus influenzae digunakan ampisilin atau eritromisin.
- b) Augmentin (amoxisillin dan asam klavulamat) dapat diberikan jika kuman infeksiya adalah B catarhalis yang memproduksi β -laktamase.

2) Postural drainase

Postural drainase adalah pengaliran sekresi dari berbagai segmen paru dengan gravitasi. Dilakukan selama 10-15 menit dan lakukan juga perkusi dan vibrasi pada daerah yang didrainase.

3) Bronkhodilator

Untuk mengatasi obstruksi jalan nafas, termasuk didalamnya andrenergik 6 dan antikolgenik agosis 6.

4) Aerosolized Nebulizer

Flexotide (brokodilator) dan ventolin

b. Keperawatan

- 1) Kaji fungsi pernafasan
- 2) Kaji warna kulit dan membrane mukosa
- 3) Posisikan klien dengan posisi fowler

- 4) Ajarkan batuk efektif
- 5) Anjurkan klien menghindari iritan
- 6) Pendidikan kesehatan tentang penyakit dan pengobatan

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Fokus Pengkajian

a. Data Subyektif

Berikut ini merupakan daftar pertanyaan yang dapat digunakan perawat sebagai pedoman untuk memperoleh informasi, yaitu sebagai berikut :

- 1) Apakah klien merokok?
- 2) Telah berapa lama klien mengalami kesulitan bernafas?
- 3) Kapan batuk produktif pertama kali diperhatikan?
- 4) Tindakan apa yang dilakukan dirumah untuk memperbaiki pernafasan?
- 5) Pengobatan yang dilakukan dan efektifitasnya dalam menghilangkan gejala?
- 6) Bagaimana intake makanan klien sehari-hari?
- 7) Apa yang klien ketahui tentang penyakit dan kondisinya?

b. Data Obyektif

- 1) Perubahan kedalaman/kecepatan pernafasan.
- 2) Penggunaan otot-otot bantu pernafasan.
- 3) Bunyi nafas, seperti : weezing, ronchi, krekels.

- 4) Batuk dengan produksi sputum yang banyak.
- 5) Ketidakmampuan membuang sekret.
- 6) Perubahan tanda-tanda vital.
- 7) Penurunan berat badan dan kelemahan.
- 8) Distensi vena-vena.

2. Fokus Intervensi

a. Diagnosa Keperawatan (Lynda Juall Carpenito, 2006)

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum dan bronkospasme.
- 2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan suplai oksigen.
- 3) Kurangnya pengetahuan tentang penyakit bronchitis dan perawatannya berhubungan dengan kurangnya informasi.
- 4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Diagnosa 1

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum dan bronkospasme.

Tujuan : Bersihan jalan nafas efektif

Kriteria Hasil :

- a) Sputum tidak ada
- b) Bunyi nafas vesikuler

- c) Batuk berkurang atau hilang
- d) Klien tidak merokok
- e) Tanda-tanda vital normal RR 20-24 x/ menit

Intervensi :

- a) Kaji fungsi pernafasan : bunyi nafas, kecepatan irama, kedalaman dan penggunaan otot bantu pernafasan.
Rasional : lebih awal mengenal tanda ini sangat perlu, sebab dapat mengidentifikasi kondisi pernafasan klien.
- b) Kaji posisi yang nyaman untuk klien, misalnya posisi kepala lebih tinggi.
Rasional : memberikan posisi yang nyaman dan bernafas lebih mudah.
- c) Ajar dan anjurkan klien latihan nafas dalam dan batuk efektif.
Rasional : membantu mengeluarkan lender, tarik nafas dalam akan meningkatkan ekspansi paru.
- d) Pertahankan hidrasi adekuat, asupan cairan 40-50 cc/kgBB/24 jam.
Rasional : cairan umumnya mengencerkan lender.
- e) Lakukan fisioterapi jika tidak ada kontra indikasi.
Rasional : fisioteraphi dada dapat membantu menghilangkan eksudat dan lender agar mudah keluar melalui batuk dan menghisap lendir.
- f) Anjurkan klien untuk menghindari iritasi seperti asap rokok, aerosol dan asap.
- g) Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan mukolitik.

Diagnosa 2

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan suplai oksigen.

Tujuan : Gangguan pertukaran gas teratasi.

Kriteria Hasil :

- a) Nilai analisa gas darah dalam batas normal
- b) Kesadaran komposmentis
- c) Klien tidak bingung
- d) Sputum tidak ada
- e) Klien melakukan pernafasan diafragmatik dan pernafasan bibir
- f) Tidak sianosis
- g) Fremitus hilang
- h) Tanda-tanda vital batas normal RR 20-24 x/ menit

Intervensi :

- a) Pertahankan posisi tidur fowler.

Rasional : memberikan posisi yang nyaman dan bernafas lebih mudah.

- b) Ajarkan klien pernafasan diafragmatik dan pernafasan bibir.
- c) Kaji pernafasan, kecepatan dan kedalaman serta penggunaan otot bantu pernafasan.

Rasional : tanda ini dapat mengidentifikasi kondisi pernafasan klien.

- d) Kaji secara rutin warna kulit dan membran mukosa.

Rasional : tanda ini dapat mengidentifikasi bahwa pengobatan tidak efektif dan kondisi memburuk.

- e) Dorong klien untuk mengeluarkan sputum, penghisapan lender jika diindikasikan.

Rasional : penghisapan lendir disarankan untuk mempartahankan saluran nafas yang bebas, terutama jika klien batuk tidak efektif.

- f) Awasi tingkat kesadaran atau status mental klien, catat adanya perubahan.
- g) Ukur tanda vital setiap 4 atau 5 jam dan awasi irama jantung.
- h) Palpasi fremitus.
- i) Berikan oksigen sesuai indikasi.

Rasional : oksigen mengurangi kegelisahan karena kesukaran pernafasan dan hipoksemia.

Diagnosa 3

Kurangnya pengetahuan klien tentang penyakit dan perawatan bronkhitis berhubungan dengan kurangnya informasi kesehatan.

Tujuan : Klien dapat memahami penyakitnya dan program perawatannya.

Kriteria Hasil :

- a) Klien mengerti tentang penyakitnya dan perawatannya.
- b) Klien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan.
- c) Klien dapat bertanya-tanya tentang penyakitnya.

Intervensi :

- a) Kaji tingkat pemahaman klien tentang penyakit dan program pengobatannya.

b) Berikan penjelasan tentang penyakit dan program pengobatan meliputi:

- 1) Pengertian bronkhitis
- 2) Penyebab
- 3) tanda dan gejala
- 4) Komplikasi
- 5) Proses penyakit klien
- 6) Program pengobatan atau perawatan.

c) Minta klien secara verbal untuk menjelaskan kembali tentang penyakit dengan program pengobatan dengan bahasa yang sederhana.

d) Berikan reinforcement positif pada setiap penjelasan klien.

Diagnosa 4

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan.

Tujuan : Klien dapat melakukan aktifitas secara bertahap.

Kriteria Hasil :

- a) Klien dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa bantuan.
- b) Klien dapat bergerak secara bebas.
- c) Kelelahan berkurang atau hilang.
- d) Tonus otot baik.

Intervensi :

- a) Kaji aktifitas yang dapat dilakukan klien.
- b) Latih klien untuk melakukan pergerakan pasif dan aktif.

- c) Berikan dukungan pada klien dalam melakukan latihan secara teratur, seperti : berjalan perlahan atau aktifitas lainnya.
- d) Diskusikan dengan klien untuk rencana pengembangan latihan berdasarkan status fungsi dasar.
- e) Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan klien.
- f) Anjurkan klien untuk konsultasi dengan ahli terapi fisik untuk menemukan program latihan spesifik sesuai kemampuan klien.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu tanggal 22 Februari 2010 jam 14.00 WIB, di ruang Dahlia RSUD Ungaran.

Identitas Klien : Nama Ny. D, Tempat/ tanggal lahir klien adalah Ungaran, 07 januari 1929, Usia 81 Th, Alamat klien Gondosari RT 01/01 Susukan, Agama Islam, Tanggal masuk 20 Februari 2010, No. CM 149661.

Identitas penanggung jawab : Nama Tn. J, Pekerjaan Wirausaha, Pendidikan SMK, Agama Islam, Alamat Gondosari RT 01/02 Susukan, Suku/ bangsa Jawa Indonesia. Hubungan dengan klien adalah anak.

Keluhan utama klien adalah klien mengatakan batuk dan sesak nafas. riwayat penyakit sekarang adalah klien mengatakan bahwa selama ± 1 minggu sebelum dibawa kerumah sakit, klien batuk dan kemudian sesak sejak tanggal 15 Februari 2010 sampai sekarang. Keadaan semakin memburuk kemudian dibawa ke rumah sakit. Riwayat masa lampau klien adalah klien mengatakan pernah menderita batuk, demam dan flu.

Riwayat keluarga klien yaitu klien anak pertama dari 6 bersaudara, klien sudah menikah tetapi suaminya meninggal, klien memiliki 4 orang anak. Klien tinggal bersama anak terakhir, menantu dan 2 orang cucunya.

Klien mengatakan penyakit yang sedang/ pernah diderita anggota adalah batuk, pilek dan panas biasa.

Riwayat sosial klien yaitu klien mengatakan tinggal bersama anak, cucu dan menantunya karena suaminya sudah meninggal. Dalam kesehatan klien adalah orang yang ramah. Lingkungan rumah klien bersih, aman.

Keadaan kesehatan saat ini yaitu klien menderita menderita penyakit bronkhitis. Obat-obatan yang diperoleh klien yaitu injeksi (cefotaxime), inhalasi/ nebulizer (flexotide, ventolin), oral (ambroxol/ 3x1, captoprill 3x25 mg, Aminophilin 3x1, Teoplin 3x1). Tindakan perawatan pada klien adalah pemberian oksigen yang adekuat.

Hasil pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada klien antara lain adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan laboratorium urinalisis klien pada tanggal 22 Februari 2010 adalah Warna : kuning, Kekeruhan: Jernih, Lekosit : 3-5 / LPB, Eritrosit : 1-2 / LPB, Epitel : 5-7 / LPK, Silinder : / , Kristal : / Carik Celup Protein : \oplus , Reduksi : / , PH : 6 , Berat Jenis : 1,015 , Keton : \oplus , Nitrit : \oplus , Lekosit : / , Blood : 2+ , Bilirubin: / , Urokilin : /.
2. Pemeriksaan laboratorium kimia darah klien pada tanggal 21 Februari 2010 adalah : Cholesterol 195,0 , HDL- choleterol 64 , LDL-cholesterol 110,16, Trigleserida 104, 2 , Asam urat 5, Ureum 40, Kreatinin 0,66, Lymph # L $8,7 \times 10^3 / \mu\text{L}$, Gran # H $0.6 \times 10^3 / \mu\text{L}$, Lymph % L $7.4 \times 10^3 / \mu\text{L}$, Gran % H 85.3 % , MCV L 81.1 fL, PLT L $145 \times 10^3 / \mu\text{L}$, PCT L 0.104 %.

3. Hasil rontgen yang dilakukan pada pada klien pada tanggal 21 Februari 2010 yaitu RO : Thorax PA, COR : CTR > 50% apkes melebar lateral, Pulmo : Corakan Bronkovaskuler meningkat, tampak bercak kesuraman, diagfragma dan kedua sinus kostofrenikus baik, Kesan : Cardiomegali (Sup. Ventrikel kanan) dengan peningkatan corakan vaskuler.

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon yang dilakukan pada klien antara lain, yaitu :

1. Persepsi kesehatan / penanganan kesehatan : Keluarga klien mengatakan tidak melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin tetapi jika sakit saja. Imunisasi yang didapat klien lengkap. (BCG, DPT, TFT, DT, Polio, Campak). Klien mengatakan tidak merokok. Menurut keluarga klien, kesehatan sangat penting
2. Nutrisi / metabolik : Klien makan 3x sehari \pm 1 porsi kecil. Diet yang dianjurkan lunak. Tidak ada masalah dengan makanan, tidak terpasang NGT.
3. Eliminasi : Klien mengatakan BAB 1-2 hari 1x, dan tidak ada masalah (tidak diare / konstipasi).
4. Aktivitas / latihan : Klien hanya berbaring ditempat tidur, terkadang juga duduk dan memakai O2 nasa kanul 4 l/menit, batuk, sesak, mengeluarkan sputum, pernafasan dalam irama tidak teratur, posisi semifowler, sianosis, RR 28x/menit. Aktivitas dibantu keluarga. Klien hanya disibin 1x sehari dengan air hangat.

5. Tidur / istirahat : Klien mengatakan tidur \pm 6 jam/ hari dan tidak nyenyak karena batuk dan sesak. Posisi tidur klien semifowler.
6. Kognitif / perseptual : Klien menggunakan bahasa jawa, vocal jelas, mampu mengatakan nama, waktu dan alamat, lapar, haus dan tidak nyaman.
7. Persepsi dan konsep diri : Klien paham dengan identitas diri, dampak sakit terhadap dirinya, klien tidak merasa takut/ kesepian karena selalu ditemani keluarganya. Klien merasa sudah tua.
8. Peran / hubungan : Struktur keluarga klien adalah keluarga. Pemecahan masalah dilakukan dengan musyawarah, interaksi antar keluarga baik. Klien agak sedih berpisah dengan cucunya. Klien tergantung dengan anak dan menantunya karena keterbatasan kemampuan fisiknya. Suami klien sudah meninggal 20tahun yang lalu.
9. Seksualitas / reproduksi : Klien mengatakan suaminya sudah meninggal dan klien sudah mengalami menopause, tidak ada masalah dengan genitalia. Klien memiliki 5 orang anak.
10. Koping / toleransi stres : Klien menghadapi masalahnya dengan bermusyawarah dengan anaknya.
11. Nilai / kepercayaan : Klien beragama Islam, percaya kepada Allah SWT, berusaha dan berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya.

Pemeriksaan Fisik yang dilakukan pada klien antara lain :

Keadaan umum klien baik, kesadaran composmentis, postur agak gemuk. Tanda-tanda vital klien yaitu tekanan darah 160/100 mmHg, RR 28

x/menit, nadi 96 x/ menit, suhu 36⁰ C. Tinggi Badan 155 cm dan berat badan 75 kg. Kepala mesocephal, tidak ada benjolan, rambut putih kusam, tidak ada lesi. Mata tidak anemis, penglihatan berkurang. Hidung ada sekret, simetris. Mulut tidak stomatitis, lidah kotor, sianosis. Telinga simetris, bersih. Leher tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada lesi. Dada Simetris. Jantung Inspeksi Tidak terlihat ictus cordis, Palpasi teraba ictus cordis sic ke 4 dan 5, Perkusi Pekak, Auskultasi normal, tidak ada suara tambahan. Paru Inspeksi simetris, Palpasi tidak ada pembesaran. Perkusi Sonor, Auskultasi ronchi. Abdomen Inspeksi datar, Auskultasi bising usus + 18 x/ menit, Palpasi tidak ada nyeri tekan, Perkusi tympani. Punggung : tidak ada lesi, simetris. Ekstremitas : hangat, terpasang infus disebelah kiri atas.

Therapy yang didapatkan klien antara lain, yaitu :

1. Cefotaxime

Cefotaxime 500 mg. Infeksi saluran nafas bawah, saluran kemih, ginokologi, kulit, tulang rawan dan sendi, saluran saraf pusat dan saluran pencernaan. Bakteriemia dan septikemia. Ds : Dewasa 2 anak > 12 th 1-2 gr/hari, maksimal 12 gr/hari. Anak 1 bulan-12 tahun 50-100 mgBB/hari dalam 4-6 dosis terbagi. Bayi dan bayi prematur 1-4 minggu 50 mg/KgBB/hari IV/12 jam.

2. Captopril

12,5 mg = 25 mg. in = Hipertensi ringan sampai sedang. KI = ibu hamil, bayi. Ds = 12,5 mg 2x /hari, 25 mg 2x / hari, dosisi awal 50 mg. anak-anak ds awal 0,3 mg/KgBB/hari, maksimal 0,6 mg/kgBB/hr.

3. Teofilin

150 mg (50 mg), salbutamo 1 mg (0,5 mg) tiap tablet (5 ml sirup) in :
 bronkodilator pada asma bronkial, bronkus akut & kronis. KI =
 Hipertiroidisme, ulkuspeptikum, pembesaran prostat. ES = mual, muntah,
 diare, insomnia, takikardi

4. Flixotide

Flutikason propionat 0,5 mg / 2ml, bronkodilator.

5. Ventolin

In : asma, bronkhitis, enfisema. Ds : anak & dewasa : 1 nebul pemberian
 4x /hari jika diperlukan

6. Ringer Laktat

NaCl 8,69, KCl 0,39, CaCl 0,33 gr, air untuk injeksi ad 1.000 mL. in:
 mengatasi dehidrasi, menggantikan cairan ekstraseluler tubuh dan ion Cl
 yang hilang, mengembalikan keseimbangan elektrolit. KI : hiperhidrasi,
 hiperkalemia, gangguan fungsi ginjal. ES : panas, iritasi, infeksi. Ds : inj
 IV 5-7.7 mL/KgBB/Jam atau 120-180 tetes/ 70 KgBB/menit atau 350-560
 mU 70 KgBB/jam, maks 3000 mL/ 70 kgBB/ hari.

B. Analisa Data

Pada hari Senin tanggal 22 Februari 2010, jam 14.00 WIB diperoleh data sebagai berikut : Data Subyektif : Pasien mengatakan sesak nafas. Data Obyektif : Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit, RR: 28x/menit, Auskultasi : ronchi, Mengeluarkan sekret warna kuning. Problemnya adalah gangguan

pertukaran gas. Etiologinya adalah Sekresi kental/ peningkatan produksi mukus (sekret).

Selain diagnosa diatas, diperoleh juga data sebagai berikut :
Data Subyektif : Klien mengatakan tidak dapat beraktifitas seperti biasa.
Data Obyektif : Pasien berbaring di tempat tidur. Dalam aktivitas pasien dibantu keluarga. Problemnnya adalah intoleransi aktifitas. Etiologinya adalah penurunan suplai oksigen.

C. Diagnosa Keperawatan

Prioritas utama diagnosa yang diperoleh yaitu :

1. Gangguan pertukaran O₂ b/d sekresi kental/ peningkatan produksi mukus / sekret ditandai dengan Data Subyektif: Pasien mengatakan sesak napas.
Data Obyektif : terpasang oksigen nasal kanul, RR : 28x/menit, terdapat auskultasi ronchi, mengeluarkan sekret warna kuning.
2. Intoleransi aktifitas b/d penurunan suplai O₂, ditandai dengan :
Data Subyektif: Pasien mengatakan tidak bias beraktifitas seperti biasa.
Data Obyektif : Pasien hanya berbaring ditempat tidur, Dalam aktifitas pasien dibantu keluarga.

D. Intervensi

Pada tanggal 22 Februari 2010 jam 14.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan

pertukaran gas tidak terganggu, dengan KH: pasien tidak sesak nafas, sputum dapat keluar secara maksimal, ronchi tidak ada, RR : 20-24x/ menit. Dengan intervensi sebagai berikut monitor RR setiap 4jam, berikan O2 adekuat, berikan posisi yang nyaman, ajarkan batuk efektif, anjurkan pasien minum air hangat, kolaborasi dengan dokter pemberian terapi nebulizer.

Pada tanggal 22 Februari 2010 jam 14.00 WIB penulis membuat rencana tindakan untuk diagnosa yang kedua yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam, diharapkan aktifitas pasien meningkat, dengan KH : pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri, tidak terjadi kelelahan. Dengan intervensi sebagai berikut, pertahankan O2 saat beraktifitas, ajarkan teknik pernafasan yang baik, identifikasi aktifitas yang penting, jelaskan penyebab kelelahan, anjurkan keluarga membantu dan mengawasi aktifitas klien.

E. Implementasi

Diagnosa keperawatan pertama diagnosa yaitu. Implementasi yang dilakukan : jam 14.30 WIB, memonitor RR, respon subyektif : klien bersedia, respon obyektif : RR 26x/ menit. Jam 14.35 WIB memberikan oksigen yang adekuat, respon subyektif : klien bersedia, respon obyektif : klien memakai oksigen nasal kanul 4liter/ menit. Jam 14.40 WIB memberikan posisi yang nyaman, respon subyektif : klien bersedia, respon obyektif : posisi klien semi fowler (setengah duduk). jam 18.00 WIB memberikan terapi nebulizer 2x/ hari, respon subyektif : klien bersedia dilakukan nebulizer, respon obyektif :

klien menggunakan nebulizer (fentolin, flecotide). Jam 18.30 WIB mengajarkan batuk efektif, Data subyektif : klien bersedia melakukan batuk efektif, data obyektif : klien mengikuti batuk efektif. Jam 18.35 WIB menganjurkan klien minum air hangat, Data subyektif : klien bersedia minum air hangat, data obyektif : klien minum sekitar 50cc. Jam 19.00 WIB memonitor RR, data subyektif : klien bersedia, data obyektif : RR 24x/ menit.

Diagnosa keperawatan kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen. Implementasi yang dilakukan adalah Jam 19.10 WIB mempertahankan oksigen saat beraktifitas, data subyektif : klien bersedia, Data obyektif : klien beraktifitas dengan memakai oksigen nasal kanul 4liter/ menit. Jam 19.15 WIB mengajarkan tehnik pernafasan yang baik, data subyektif : klien bersedia, data obyektif : klien mengikuti tehnik pernafasan yang baik. Jam 19.20 WIB mengidentifikasi aktifitas yang penting, Data subyektif : klien kooperatif, data obyektif : klien mampu makan, minum, duduk secara mandiri.

F. Evaluasi

Diagnosa keperawatan pertama diperoleh data evaluasi yaitu subyektif: klien berkata sesak nafas berkurang, obyektif : RR 24x/ menit, sputum keluar, tidak terdengar ronchi, assesment masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi.

Diagnosa keperawatan kedua diperoleh data evaluasi yaitu subyektif klien mampu melakukan sebagian aktifitas secara mandiri, obyektif klien

makan, minum, duduk sendiri dengan memakai oksigen nasal kanul 4liter/
menit, assessment masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan bronkhitis yang dilaksanakan, di ruang dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran pada tanggal 22 Februari 2010, pada bab ini penulis akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Sebelum membahas diagnosa yang muncul pada Ny.D, penulis akan membahas pengkajian pada tanggal 22 Februari 2010.

Pada keluhan utama penulis menuliskan bahwa klien mengeluh batuk dan sesak nafas. Seharusnya penulis hanya menuliskan satu keluhan utama saja yang paling dirasakan klien yaitu sesak nafas dengan mencantumkan karakteristik sesak.

Pada riwayat penyakit sekarang penulis menuliskan klien mengatakan bahwa kurang lebih satu minggu sebelum dibawa kerumah sakit klien batuk kemudian sesak. Seharusnya penulis menuliskan 5W,1H dan karakteristik sesaknya pada riwayat penyakit sekarang.

Pada riwayat masa lampau penulis menuliskan klien mengatakan pernah menderita batuk, demam, dan flu. Seharusnya penulis mengkaji lebih detail kapan batuk pertama kali diperhatikan, pengobatan apa yang dilakukan.

Untuk pendokumentasian obat-obatan yang diperoleh klien, penulis hanya menuliskan nama obat dan frekuensinya saja. Seharusnya penulis mencantumkan dosis dengan lengkap.

Pada pengkajian pola nutrisi penulis hanya menuliskan 1 porsi kecil, sehingga menimbulkan berbagai persepsi. Seharusnya penulis juga mencantumkan komposisi makanan seperti nasi, sayur, lauk, buah, teh.

Pada pengkajian pola eliminasi penulis hanya menuliskan frekuensi eliminasi, seharusnya penulis menuliskan konsentrasi, warna, bau.

Pada pemeriksaan fisik mata penulis menuliskan penglihatan berkurang, seharusnya penulis melengkapi seperti apa berkurangnya, dari jarak berapa meter klien tidak bisa melihat.

Pada auskultasi bunyi jantung penulis menuliskan auskultasi normal, seharusnya penulis menuliskan bunyi jantung pada S1 dan S2 tidak ada mur-mur.

Pada therapy infus penulis menuliskan terpasang infus disebelah kiri, seharusnya penulis mencantumkan jenis infus dan dosisnya, tetapi pada therapy sudah dicantumkan jenisnya.

Berikut ini penulis akan membahas asuhan keperawatan pada Ny.D dengan bronkhitis, yaitu

Diagnosa pertama

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan sekresi kental atau peningkatan produksi mukus. Menurut Lynda Juall Carpenito, Gangguan pertukaran gas adalah keadaan ketika seorang individu mengalami penurunan jalannya gas (oksigen dan karbondioksida) yang aktual (atau dapat mengalami potensial) antara alveoli paru-paru dan sistem vaskuler. Batasan karakteristik mayor : dipsnea saat melakukan aktivitas. Batasan karakteristik minor : konfusi/ agitasi, kecenderungan mengambil posisi 3-titik (duduk, satu tangan pada setiap

lutut, condong kedepan), bernafas dengan bibir dimonyongkan dengan fase ekspirasi yang lama, letargi dan keletihan, peningkatan tahanan vaskular pulmonal (peningkatan tahanan arteri ventrikel kanan/kiri), penurunan motilitas lambung, pengosongan lambung lama, penurunan isi oksigen, penurunan saturasi oksigen, peningkatan PCO₂ (Karbon dioksida arteri) yang diperlihatkan oleh hasil analisa gas darah, sianosis.

Untuk diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi sekret, data-data yang diperoleh penulis dan batasan karakteristik mayor dan minornya belum mendukung diagnosa ini. Seharusnya penulis menegakkan diagnosa bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Menurut Lynda Juall Carpenito, ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah suatu keadaan ketika seorang individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial pada status pernafasan sehubungan dengan ketidakmampuan batuk secara efektif. Batasan karakteristik mayor : batuk efektif atau tidak ada batuk, ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekresi jalan nafas. Batasan karakteristik minor : bunyi nafas abnormal, frekuensi, irama, kedalaman pernafasan abnormal.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini sebagai diagnosa utama karena menurut "hierarki maslow" pernafasan atau oksigenasi adalah kebutuhan fisiologis atau kebutuhan dasar manusia dan menurut "triage konsep" merupakan kategori yang harus segera ditangani. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas teratasi. Dengan kriteria hasil RR 16-24x/menit, tidak ada sputum, klien mengatakan tidak sesak. Tujuan dan kriteria hasil diatas tidak sesuai dengan kriteria SMART, yaitu

smart, measurable, available, rational, time. Tujuan dan kriteria hasil yang seharusnya adalah tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas efektif. Kriteria hasil : klien tidak sesak nafas, sputum dapat keluar, ronchi tidak ada, RR 16-24x/menit. Intervensi yang dilakukan penulis antara lain adalah monitor RR setiap 4 jam, berikan oksigen yang adekuat, berikan posisi yang nyaman, ajarkan batuk efektif, anjurkan pasien minum air hangat, memberikan teraphy nebullizer.

Implementasi yang dilakukan penulis yaitu : jam 14.30 WIB, memonitor RR, respon subyektif : klien bersedia, respon obyektif : RR 26x/ menit. Jam 14.35 WIB memberikan oksigen yang adekuat, respon subyektif : klien bersedia, respon obyektif : klien memakai oksigen nasal kanul 4liter/ menit. Jam 14.40 WIB memberikan posisi yang nyaman, respon subyektif : klien bersedia, respon obyektif : posisi klien semi fowler (setengah duduk). jam 18.00 WIB memberikan teraphi nebulizer 2x/ hari, respon subyektif : klien bersedia, respon obyektif : klien menggunakan nebulizer (ventolin, flixotide). Jam 18.30 WIB mengajarkan batuk efektif, Data subyektif : klien bersedia, data obyektif : klien mengikuti. Jam 18.35 WIB menganjurkan klien minum air hangat, data subyektif : klien minum sekitar 50cc. Jam 19.00 WIB memonitor RR, data subyektif : klien bersedia, data obyektif : RR 24x/ menit. Penulis sudah melaksanakan semua intrvensi pada implementasi.

Evaluasi yang diperoleh dari diagnosa pertama yaitu subyektif: klien berkata sesak nafas berkurang, obyektif : RR 24x/ menit, sputum keluar, tidak terdengar ronchi, asament masalah teratasi sebagian (seharusnya penulis

menulis masalah teratasi karena kriteria hasil sudah terpenuhi semua), planning pertahankan intervensi.(pertahankan intervensi yang sudah dilakukan)

Diagnosa kedua

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen. Menurut Lynda Juall Carpenito, intoleransi aktivitas adalah penurunan kapasitas fisiologis seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau yang dibutuhkan. Batasan karakteristik mayor : selama aktivitas (kelemahan, pusing, dipsnea), tiga menit setelah aktivitas (pusing, dipsnea, keletihan akibat aktivitas, frekuensi pernafasan $>24x/$ menit, frekuensi nadi $>95x/$ menit). Batasan karakteristik minor (pucat atau sianosis, konfusi, fertigo).

Penulis menegakkan diagnosa ini karena dari hasil pengkajian penulis memperoleh data sebagai berikut. Data subyektif : pasien tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasa. Data obyektif : klien hanya berbaring ditempat tidur, dalam aktifitas klien dibantu oleh keluarga. Dari data-data yang diperoleh penulis dari hasil pengkajian belum mendukung diagnosa ini. Seharusnya penulis mengkaji lebih dalam untuk menegakkan diagnosa intoleransi aktifitas.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari semua data yang telah dikumpulkan dan dipelajari, penulis memperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Bronkhitis adalah suatu peradangan pada bronkus yang terjadi biasanya disertai peningkatan jumlah sputum. Disebabkan oleh rokok, polusi udara, infeksi, keturunan dan sosial ekonomi.
2. Pada asuhan keperawatan bronkhitis, fokus pengkajiannya meliputi riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, eliminasi, aktifitas latihan, tidur/ istirahat. Fokus intervensi dan implementasi ditujukan untuk mengatasi bersihan jalan nafas dan intoleransi aktifitas.
3. Asuhan keperawatan bronkhitis pada Ny.D penulis mendapatkan dua diagnosa yaitu gangguan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi kental / peningkatan produksi mukus dan diagnosa kedua yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan.

B. Saran

1. Bagi penulis

Menambah pengetahuan secara teoritis dan pengalaman nyata dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkhitis.

2. Bagi intitusi

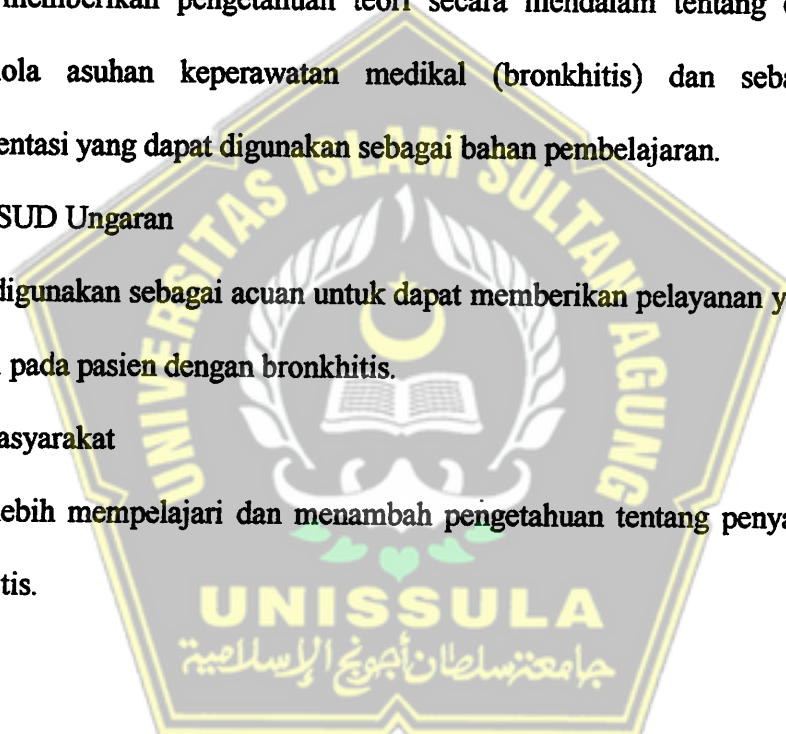
Dapat memberikan pengetahuan teori secara mendalam tentang cara mengelola asuhan keperawatan medikal (bronkhitis) dan sebagai dokumentasi yang dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran.

3. Bagi RSUD Ungaran

Dapat digunakan sebagai acuan untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien dengan bronkhitis.

4. Bagi masyarakat

Dapat lebih mempelajari dan menambah pengetahuan tentang penyakit bronkhitis.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J, 2009. *Diagnosis keperawatan aplikasi pada praktek klinis*, Edisi9. Jakarta:EGC
- Doengos, E.marlynn. 2000. *Rencana asuhan keperawatan untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*, Edisi 3. Jakarta: EGC
- Hariyadi, Slamet . 2001. *Mencegah dan mengobati bronkhitis*. Jakarta: Kala media
- Knight F, John Dr. 2006. *Jantung kuat, bernafas lega*, Vol3. Bandung: IKAPI Jawa Barat
- Manurung, Santa, dkk. 2009. *Asuhan keperawatan gangguan sistem pernafasan akibat infeksi*. Jakarta: Trans Info Medika
- Mubin, Halin. 2007. *Panduan praktis ilmu penyakit dalam: diagnosis dan terapi*. Edisi2. Jakarta: EGC
- Price, Sylvia Anderson. 2005. *Patofisiologi: konsep klinis proses penyakit*, Edisi6. Jakarta: EGC
- Ramaiah, Savitri 2000. *Bronkhitis kronis*.Jakarta: Buana Ilmu Populer
- Soemantri, Irman.2008. *Keperawatan medikal bedah: Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika