

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN. A
DENGAN BRONCHITIS DI RT 07 RW VIII
DI DESA MUKTIHARJO KIDUL
PEDURUNGAN
SEMARANG**

Karya tulis ilmiah



Disusun oleh :

ISHMIYATUL CHOIRIYAH

NIM : 893.313.983

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

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 senin, 6 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 17 Juni 2011

Tim Penguji

Penguji I

(Ns. Isnaini Nurul Arifah, S.Kep)

NIK : 210911042

Penguji II

(Iwan Ardian, SKM)

NIK : 210911042

Penguji III



(Nutrisia Nu'im Haiya, S.Kep)

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 : 23 Mei 2011



Semarang, 23 Mei 2011

Pembimbing

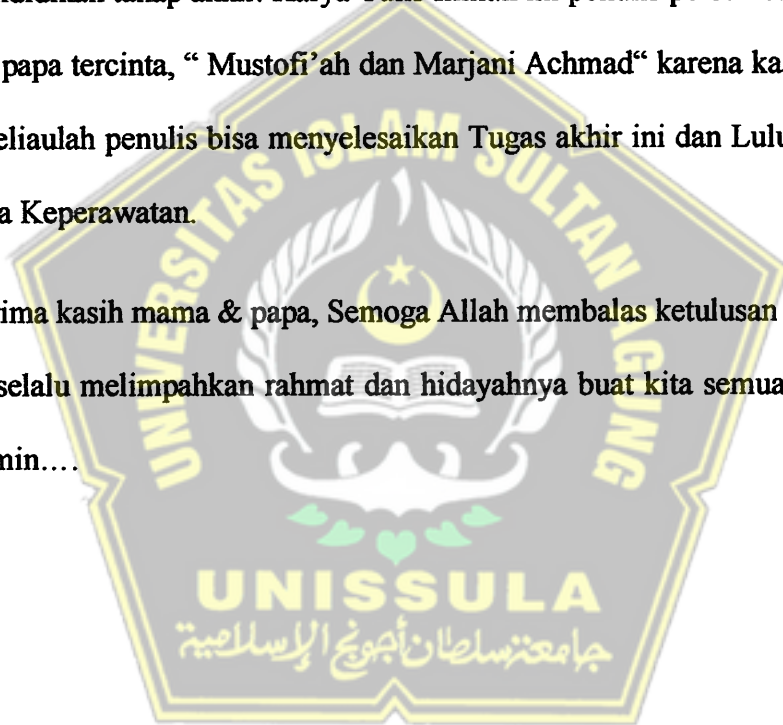


(Nutrisia Nu'im Haiya, S.Kep)

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 mama dan papa tercinta, “ Mustofi’ah dan Marjani Achmad“ karena kasih sayang dan Doa beliaulah penulis bisa menyelesaikan Tugas akhir ini dan Lulus menjadi Ahli Madya Keperawatan.

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



MOTTO

*Kita tidak akan pernah dikatakan kalah dan
gagal sampai kita berhenti mencoba*

Tetap semangat dan terus berusaha...!!!



KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim...

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN.A DENGAN BRONCHITIS DI RT 07 RW VIII DI DESA MUKTIHARJO KIDUL PEDURUNGAN SEMARANG ” Sebagai persyaratan Ujian Akhir Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang.

Karya Tulis Ilmiah ini bukanlah semata-mata merupakan jerih payah sendiri namun banyak pihak yang turut membantu dalam mengatasi kesulitan yang penulis hadapi sejak dimulai hingga berakhirnya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Dengan penuh hormat, penulis mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, terutama kepada :

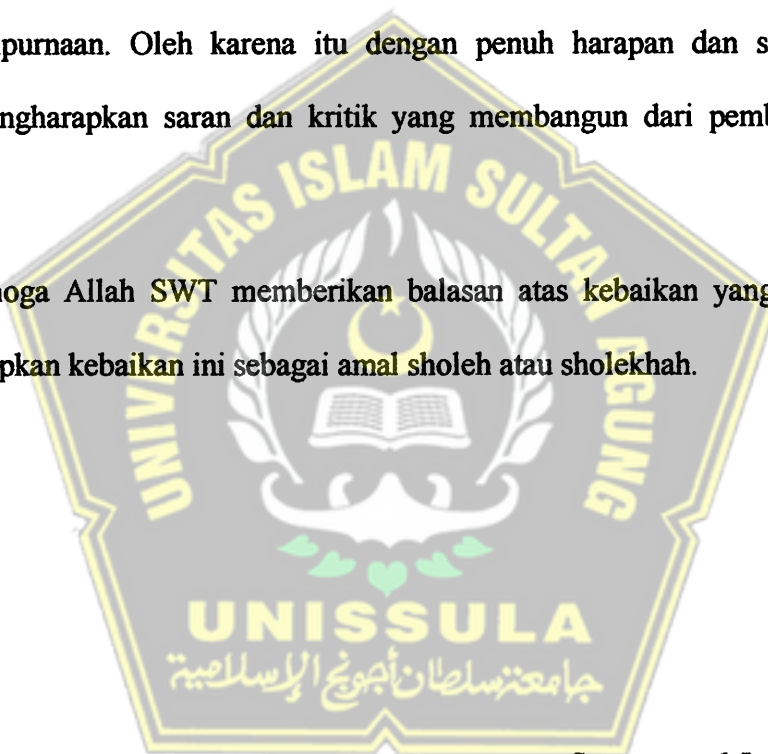
1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M.Eng. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan.
4. Ibu Nutrisia Nu'im Haiya S.Kep selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen yang telah membekali penulis dengan ilmu pengetahuan selama di bangku kuliah sehingga memperlancar dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
6. Pihak desa Muktiharjo Kidul yang telah memberikan kesempatan lahan praktek asuhan keperawatan keluarga.
7. Keluarga Tn.A yang telah membantu dalam pengumpulan data.
8. Mama dan papa saya tercinta, serta keluarga besar saya yang selalu memberikan motivasi, semangat, doa serta restunya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Buat sahabat saya BFF (Ulin, olif, maya, nova, lena, vita), Mufidi, dan Zuhri terimakasih buat motivasi dan dukungan selama ini.
10. Buat Nasika terima kasih selama ini sudah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
11. Buat abang saya Putra terimakasih buat motivasi, dukungan, dan semangat untuk saya.
12. Buat Agus Abdullah Mukti terima kasih atas doa dan dukungan selama ini.

13. Teman-teman mahasiswa Angkatan 2008 Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam memperlancar penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu dengan penuh harapan dan senang hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca untuk laporan ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas kebaikan yang diberikan dan menetapkan kebaikan ini sebagai amal sholeh atau sholekhah.



Semarang, 6 Juni 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERSEMBAHAN.....	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Keluarga.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tipe Keluarga	6
3. Fungsi Keluarga.....	7
4. Tahap Perkembangan Keluarga.....	9
5. Prinsip Dasar Penatalaksanaan.....	13

6. Tugas Keluarga Dibidang Kesehatan	15
B. Konsep Dasar Penyakit	17
1. Pengertian.....	17
2. Etiologi.....	18
3. Patofisiologis.....	19
4. Manifestasi Klinis	22
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	22
6. Komplikasi	23
7. Penatalaksanaan.....	24
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN.....	27
BAB IV PEMBAHASAN	44
BAB V PENUTUP.....	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Genogram.....

27



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Tabel Skoring	48
--------------------------------	----



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

Salah satu aspek yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau sipenerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara empiris dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan (Jhonson L & Leny R, 2009).

Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat, sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapatkan dua keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan individu, dan keuntungan kedua adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan perawat harus memperhatikan nilai-nilai dan budaya keluarga sehingga dapat menerima (Jhonson L & Leny R, 2009).

Bronchitis adalah suatu penyakit atau gangguan respiratorik yang ditandai oleh adanya inflamasi pada bronkus dengan batuk merupakan gejala utama dan dominan (Ngastiyah. 2005: 54).

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 bronkitis.

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

Bronchitis dan emfisemia paru juga sering terdapat secara bersamaan pada seorang pasien, dalam keadaan lanjut penyakit ini sering menyebabkan obstruksi saluran pernapasan yang menetap yang sering kita sebut dengan *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD). Pada umumnya bronchitis sering lebih banyak didapatkan pada laki- laki dari pada wanita. Menurut survei kesehatan rumah tangga tahun 1996 di Indonesia kasus bronchitis adalah 53% pada laki- laki dan 4% pada wanita (Suyono. S , 2001).

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis ingin mengangkat asuhan keperawatan pada keluarga Tn.A dengan bronchitis di Muktiharjo Kidul.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran asuhan keperawatan pada keluarga dengan bronchitis.

2. Tujuan khusus

- a. Penulis dapat mengerti dan memahami penyakit bronchitis yaitu sebagai landasan teori dalam pengambilan asuhan keperawatan keluarga.

- b. Penulis mampu menjelaskan tentang diagnosa keperawatan pada keluarga dengan bronkhitis.
- c. Penulis mampu merumuskan prioritas diagnosa keperawatan keluarga untuk menyusun rencana tindakan pada keluarga dengan bronchitis.
- d. Penulis mampu memprioritaskan dalam melakukan implementasi keperawatan pada keluarga dengan bronchitis.
- e. Penulis mampu mengevaluasi keberhasilan tindakan keperawatan pada keluarga dengan bronchitis.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

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

2. Bagi Masyarakat

- a. Masyarakat dapat mengetahui dan memahami tentang penyakit bronchitis yang sedang diderita anggota keluarga.
- b. Masyarakat meyakini bahwa dengan pola hidup sehat akan dapat memperkecil timbulnya penyakit bronchitis.
- c. Masyarakat meyakini tentang permasalahan yang muncul melalui laporan ini dan mencari solusi sesuai dengan tugas masyarakat dibidang kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi tambahan literatur dan sebagai pedoman bagi penulisan laporan ilmiah selanjutnya.

4. Bagi Instansi Kesehatan

Setelah membaca karya tulis ilmiah ini instansi kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat dan ikut serta dalam upaya promotif, preventif, dan kuratif dalam menekan tingginya angka penyakit khususnya bronchitis.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

- a. Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan lainnya. Johnson R (2010)
- b. Satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan interaksi sosial, peran dan tugas. Spradley dan Allender (1996 (Johnson R (2010))).
- c. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Departemen Kesehatan RI (1988(Johnson R (2010))).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan suatu sistem yang terbuka, yang terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga yang tinggal bersama sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan interaksi sosial, peran dan tugas untuk mencapai tujuan bersama.

2. Tipe Keluarga

Menurut Arita Murwani (2007, 4) Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

Berikut ini akan disampaikan berbagai tipe keluarga:

a. Tipe Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga Inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (kandung atau angkat)
- 2) Keluarga Besar, yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya : kakek, nenek, keponakan, paman, bibi.
- 3) Keluarga “Dyad” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
- 4) “*Single Parent*” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- 5) “*Single Adult*” yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).

b. Tipe Keluarga Non Tradisional

- 1) “Commue family” yaitu lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- 2) Orang tua (suami istri) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup dalam satu rumah tangga.
- 3) “Homoseksual” yaitu dua individu yang sejenis (laki-laki) hidup satu rumah tangga.

3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1998) secara umum fungsi keluarga adalah :

- a. Fungsi Afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi Sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- c. Fungsi Reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi Ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Menurut Efendy (1998) ada tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya adalah:

- a. Asih, adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.
- b. Asuh, menuju kebutuhan pemeliharaan keperawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental, sosial dan spiritual.
- c. Asah, adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

Namun menurut Setiadi (2008, 7) dengan berubahnya pola hidup agraris menjadi industrialisasi, fungsi keluarga dikembangkan menjadi:

- 1) Fungsi Biologis
 - a) Untuk meneruskan keturunan
 - b) Memelihara dan membebaskan anak
 - c) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
 - d) Memelihara dan merawat anggota keluarga
- 2) Fungsi Psikologis
 - a) Memberikan kasih sayang dan rasa aman
 - b) Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
 - c) Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
 - d) Memberi identitas keluarga
- 3) Fungsi Sosialisasi
 - a) Membina sosialisasi pada anak

- b) Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak
 - c) Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga
- 4) Fungsi Ekonomi
- a) Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
 - b) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga
 - c) Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.
- 5) Fungsi Pendidikan
- a) Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
 - b) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranya sebagai orang dewasa.
 - c) Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.
4. Tahap Perkembangan keluarga

Menurut Freedman (1998) dalam buku (Jhonson L & Leny R, 2010) meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama.

Pembagian tahap perkembangan keluarga dibagi dalam 8 tahap perkembangan, yaitu :

a. Pasangan baru (keluarga baru)

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan (psikologis) keluarga masing-masing :

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, dan kelompok sosial.
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak.

b. Keluarga child-bearing (kelahiran anak pertama)

Keluarga yang menantikan kelahiran, dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan :

- 1) Persiapan menjadi orang tua
- 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan keluarga
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

c. Keluarga dengan anak pra-sekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama (2,5 tahun) dan berakhir saat anak berusia 5 tahun :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman

- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
 - 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
 - 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak(tahap yang paling repot)
 - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
 - 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.
- d. Keluarga dengan anak sekolah
- Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir sampai usia 12 tahun. Umumnya keluarga sudah mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk :
- 1) Membantu sosialisasi anak : tetangga, sekolah, dan lingkungan
 - 2) Mempertahankan keintiman pasangan
 - 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.
- e. Keluarga dengan anak remaja
- Dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta memberi

kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa :

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, mengingatkan remaja sudah bertambah dewasa dan meningkatkan otonominya
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

f. Keluarga dengan anak dewasa(pelepasan)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga, atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua :

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu orang tua suami / istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
- 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
- 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga

g. Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal :

- 1) Mempertahankan kesehatan
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
- 3) Meningkatkan kekerabatan pasangan

h. Keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut pada saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal :

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat
- 5) Melakukan life review (merenungkan hidupnya)

5. Prinsip Dasar penatalaksanaan

Prinsip-prinsip penatalaksanaan keluarga dengan penyakit bronchitis diantaranya dengan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

a. Tindakan Preventif

Tindakan Preventif dilakukan untuk pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit bronchitis dan mencegah penyakit bronchitis agar tidak semakin parah dan kambuh lagi. Caranya diantara lain adalah dengan Bagi penderita lebih baik tidak tidur di kamar yang ber-AC atau memakai kipas angin, jika suhu udara dingin disarankan untuk memakai pakaian yang hangat, berikan obat gosok agar merasa hangat dan dapat tidur dengan tenang, dan berikan minuman hangat yang tidak manis, jaga kebersihan rumah dan lingkungan sekitar rumah, dan hindarkan penderita dari polusi udara seperti asap rokok, asap kendaraan, serta debu.

b. Tindakan Promotif

Memberi pengajaran kepada keluarga tentang sistem kesehatan, Sistem pengajaran kepada keluarga dipraktikan dengan pemberian pendidikan kesehatan atau penyuluhan kesehatan kepada keluarga tentang apa itu tanda dan gejala serta pencegahan maupun pengobatan penyakit bronchitis.

Streiger dan Lipson (1985) dalam freedman 1998 menyebutkan empat tujuan dari sistem pengajaran penyuluhan kesehatan yaitu:

- 1) Untuk memberikan informasi klien dan keluarga mampu membuat keputusan-keputusan yang tepat dalam hubungannya dengan kesehatan dan sakit.

- 2) Untuk membantu klien dan keluarga agar berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan.
- 3) Untuk membantu klien beradaptasi terhadap realita penyakit.
- 4) Untuk membantu klien agar mengalami rasa puas dengan usaha-usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan.

c. Tindakan Kuratif

Yaitu dengan pengobatan, yaitu biasanya diberikan obat penekan batuk tidak diberikan pada batuk yang banyak lendir, lebih baik diberi banyak minum, jika sudah dua minggu tidak ada perbaikan baru diberikan antibiotik yang sesuai misalnya amoksilin, kotrimoksazol, dan golongan makrolid. Antibiotic diberikan 7 sampai 10 hari dan bila tidak berhasil maka perlu dilakukan foto toraks untuk mengetahui kemungkinan kolaps paru segmental dan lobaris, benda asing dalam saluran nafas, dan tuberculosis.

d. Tindakan Rehabilitatif

Tindakan rehabilitatif untuk proses pemulihan penyakit bronchitis tidak kambuh kembali. Tindakan yang dilakukan dengan menghindari polusi udara seperti asap rokok, asap kendaraan, debu, dan hindari apapun yang dapat merangsang atau menimbulkan bronchitis dapat kambuh kembali.

6. Tugas Keluarga Dibidang Kesehatan

Menurut Setiadi (2008,12) Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu

dipahami dan dilakukan. Friedman (1981) membagi lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga.

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyogyanya meminta bantuan orang lain di lingkungan sekitar keluarga.

- c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau

pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbale balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada

B. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Bronkhitis adalah peradangan pada bronchi (saluran utama udara menuju paru-paru) dikenal sebagai bronkhitis. Kondisi ini umumnya komplikasi dari infeksi virus pilek atau influenza, namun terkadang karena infeksi bakteri (Valman, 2006).

Bronchitis adalah suatu penyakit atau gangguan respiratorik yang ditandai oleh adanya inflamasi pada bronkus dengan batuk merupakan gejala utama dan dominan (Ngastiyah. 2005: 54).

Bronchitis adalah suatu peradangan pada bronchioli, bronchus, dan trachea oleh berbagai sebab dan lebih sering disebabkan oleh virus seperti *Rhinovirus*, *Respiratory Syncytial Virus* (RSV), virus influenza, virus parainfluenza, dan coxsackie virus (Arif. M. 2008: 117)

Bronchitis dapat bersifat akut maupun kronis

- a. Bronchitis akut adalah peradangan bronki dan kadang mengenai trakhea yang timbul secara mendadak. Hal ini dapat disebabkan oleh

perluasan infeksi saluran nafas atas seperti: *common cold* atau dapat juga disebabkan oleh agen fisik atau kimia seperti: asap, debu, atau kabut yang menguap.

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

2. Etiologi

Terdapat 3 faktor yang mempengaruhi timbulnya bronchitis, yaitu: rokok, infeksi, dan polusi. Selain itu terdapat pula hubungannya dengan faktor keturunan dan status sosial.

a. Rokok

Menurut buku *Report Of the WHO Expert Comite on Smoking Control*, rokok adalah penyebab utama timbulnya bronchitis. Terdapat hubungan yang erat antara merokok dan penurunan VEP (Volume Expirasi Paksa) 1 detik. Secara patologis rokok berhubungan dengan hiperplasia kelenjar mukus bronkus dan metaplasia skuamus epitel saluran pernafasan juga dapat menyebabkan bronkokonstriksi akut.

b. Infeksi

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

yang diisolasi paling banyak adalah hemophilus influenza streptococcus pneumonia.

c. Polusi

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, hidrikarbon, aldehid, ozon.

d. Keturunan

Belum diketahui secara jelas apakah faktor keturunan berperan atau tidak, kecuali pada penderita defisiensi alfa -1- antitripsin 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 Sosial Ekonomi

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

3. Patofisiologi

Serangan bronchitis disebabkan karena tubuh terpapar agen infeksi maupun manifeksi (terutama rokok). Iritan (zat yang menyebabkan iritasi) akan menyebabkan timbulnya respons inflamasi yang akan menyebabkan vasodilatasi, kongesti, edema mukosa, bronkospasme. Tidak seperti

emfisema, bronchitis lebih mempengaruhi jalan nafas kecil dan besar dibandingkan alveoli. Dalam keadaan bronchitis, aliran darah masih memungkinkan tidak mengalami hambatan (Somantri, 2008).

Serangan bronchitis akut dapat timbul dalam serangan tunggal atau dapat timbul kembali sebagai eksaserbasi akut dari bronchitis kronis. Pada umumnya, virus merupakan awal dari serangan bronchitis akut pada infeksi saluran nafas bagian atas. Pasien dikatakan menderita bronchitis kronis jika pasien mengalami batuk atau mengalami produksi sputum selama kurang lebih tiga bulan dalam satu tahun atau paling sedikit dalam dua tahun berturut-turut (Somantri, 2008).

Pada pasien dengan bronchitis kronis akan mengalami: Peningkatan ukuran dan jumlah kelenjar mukus pada bronchus besar sehingga meningkatkan produksi mukus, Mukus lebih kental, Kerusakan fungsi siliari yang dapat menurunkan mekanisme pembersihan mukus. Pada keadaan normal, paru-paru memiliki kemampuan yang disebut *mucociliary defence*, yaitu sistem penjagaan paru-paru yang dilakukan oleh mukus dan siliari. Pada pasien dengan bronchitis system *mucociliary defence* paru-paru mengalami kerusakan sehingga lebih mudah terserang infeksi. Ketika infeksi timbul, kelenjar mukus akan menjadi hipertropi dan hyperplasia (ukuran membesar dan jumlah bertambah) sehingga produksi mukus akan meningkat. Infeksi juga menyebabkan dinding bronchial meradang, menebal (sering kali sampai dua kali ketebalan normal), dan mengeluarkan mukus kental. Adanya mukus kental dari dinding bronchial

dan mukus yang dihasilkan kelenjar mukus dalam jumlah banyak akan menghambat beberapa aliran udara kecil dan mempersempit saluran udara besar. Bronkhitis kronis mula-mula hanya mempengaruhi bronchus besar, namun lambat laun akan mempengaruhi seluruh saluran nafas (Somantri, 2008).

Mukus yang kental dan pembesaran bronkus akan mengobstruksi jalan terutama selama ekspirasi. Jalan nafas selanjutnya mengalami kolaps dan udara terperangkap pada bagian distal dari paru-paru. Obtruksi ini menyebabkan penurunan ventilasi alveolus, hipoksia, dan asidosis. Pasien mengalami kekurangan O_2 jaringan dan ratio ventilasi perfusi abnormal timbul dimana terjadi penurunan PO_2 . Kekurangan ventilasi juga dapat meningkatkan nilai PCO_2 sehingga pasien terlihat sianosis. Sebagai kompensasi dari hipoksemia maka terjadi polisitemia (produksi eritrosit berlebihan) (Somantri, 2008).

Pada saat penyakit bertambah parah, sering ditemukan produksi sejumlah sputum yang hitam, biasanya karena infeksi pulmonari. Selama infeksi, pasien mengalami reduksi pada FEV (*Forced expiratory volume*) dengan peningkatan pada RV (*Residual Volume*) dan FRC (*Functional residual capacity*). Jika masalah tersebut yang akhirnya menuju penyakit cor pulmonal dan CHF (*Congestive Heart Failure*) (Somantri, 2008).

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada bronkhitis akut:

Hidung berair selama 2 atau 3 hari sebelum bronkhitis muncul. Menurut Valman (2006) gejala utamanya adalah:

- a. Batuk yang bertahan lama. Meski pada awalnya berupa batuk kering, nantinya menghasilkan dahak hijau kekuning-kuningan jika terinfeksi bakteri.
- b. Tersengal-sengal dan nafas pendek
- c. Terkadang demam

Menurut Manurung (2009) tanda dan gejala pada bronkhitis kronis, yaitu:

- a. Hipertrofi kelenjar mukosa bronkus
 - b. Peningkatan jumlah sel goblet dengan infiltrasi sel-sel radang.
 - c. Edema mukus
 - d. Batuk produktif, kronis pada bulan-bulan musim dingin merupakan tanda dini bronchitis kronik.
5. Pemeriksaan Diagnostik
- a. Pemeriksaan fungsi paru

Untuk menentukan penyebab dispnea, untuk menentukan apakah fungsi abnormal adalah obstruksi atau retriksi, untuk memperkirakan derajat disfungsi dan untuk mengevaluasi efek terapi misalnya bronkodilator.

b. Foto Dada

Dapat menyatakan hiperinflamasi paru-paru; mendatarnya diafragma; peningkatan area udara retrosternal; penurunan tanda vaskularisasi/bula (emfisema); peningkatan tanda bronkovaskuler (bronchitis).

c. Sputum

Kultur untuk menentukan adanya infeksi, mengidentifikasi patogen; pemeriksaan sitolitik untuk mengetahui keganasan atau gangguan alergi.

d. EKG

Deviasi aksis kanan, disritmia atrial (bronkhitis), peningkatan gelombang P pada lead II, III, AVF (Bronchitis, Emfisema).

e. GDA

Memperkirakan progresi proses penyakit kronis, missal paling sering P_aO_2 menurun, dan P_aCO_2 normal atau meningkat pada bronchitis kronis (Doengoes, 2000)

6. Komplikasi

Bronchitis yang tidak diobati secara benar cenderung menjadi bronchitis kronik, sedangkan bronchitis kronik memungkinkan anak mudah mendapat infeksi. Gangguan pernafasan secara langsung sebagai akibat bronchitis kronik ialah bila lender tetap tinggal di dalam paru akan menyebabkan terjadinya atelektasis atau bronkiektasis, kelainan ini akan menambah penderitaan pasien lebih lama (Ngastiyah, 2005).

a. Komplikasi pada bronkhitis akut

- 1) Bronkopneumoni
- 2) Pneumoni
- 3) Pleuritis
- 4) Penyakit-penyakit lain yang diperberat, antara lain
 - a) Jantung
 - b) Penyakit jantung rematik
 - c) Hipertensi
 - d) Bronkiektasis

Komplikasi pada bronchitis kronik (Mubin, 2008)

- 1) Gagal nafas
- 2) Kor pulmonal
- 3) Empisema
- 4) Polisitemi

7. Penatalaksanaan

a. Medis

Karena penyebab bronchitis pada umumnya virus maka belum ada obat kausal. Antibiotik tidak berguna. Obat yang diberikan biasanya untuk penurun demam, banyak minum terutama sari buah-buahan. Obat penekan batuk tidak diberikan pada batuk yang banyak lendir; lebih baik diberi banyak minum.

Jika setelah dua minggu tidak ada perbaikan baru diberikan antibiotik yang sesuai misalnya amoksilin, kotrimoksasol, dan golongan makrolid. Antibiotik diberikan 7-10 hari dan bila tidak

berhasil maka perlu dilakukan foto toraks untuk mengetahui kemungkinan kolaps paru segmental dan lobaris, benda asing dalam saluran nafas, dan tuberkulosis.

b. Teori asuhan keperawatan

Pasien dengan bronchitis tidak dirawat di rumah sakit kecuali ada komplikasi yang menurut dokter perlu perawatan di rumah sakit, oleh karenanya perawatan lebih ditujukan pada pasien dengan usia tua. Masalah yang diperhatikan adalah akibat batuk yang lama dan resiko terjadi komplikasi.

Pada pasien bronchitis gejala batuk sangat menonjol, dan sering terjadi siang dan malam terutama pagi-pagi sekali yang menyebabkan pasien kurang istirahat atau tidur; pasien akan terganggu rasa aman dan nyamannya. Untuk mengurangi gangguan tersebut perlu diusahakan agar batuk tidak bertambah banyak dengan memberikan obat secara benar dan membatasi aktifitas . Untuk mengurangi batuk pada malam hari berikan obat batuk secara teratur sebelum tidur.

Bagi penderita batuk apalagi bronchitis lebih baik tidak tidur di kamar yang ber-AC atau memakai kipas angin, jika suhu udara dingin disarankan untuk memakai pakaian yang hangat, berikan obat gosok agar merasa hangat dan dapat tidur dengan tenang, dan berikan minuman hangat yang tidak manis.

Jika ada dahak didalam tenggorokannya, beritahu pada keluarga untuk mengeluarkan dahaknya tersebut dengan batuk efektif, Karena kalau tidak dikeluarkan dapat merangsang batuk. Hindari makanan yang merangsang seperti goreng-gorengan, permen, atau minum es. Jangan mandikan anak terlalau pagi atau terlalu sore, dan mandikan dengan dengan air hangat (Ngastiah, 2005).



BAB III

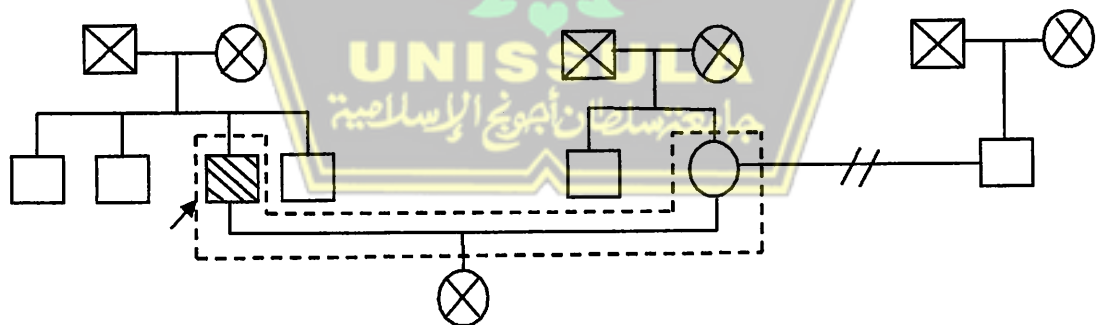
HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian






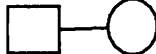

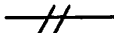
Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Desember 2010 jam 09.00 WIB di Desa Muktiharjo Kidul RT 07 RW 08 kecamatan Pedurungan, Semarang di dapatkan data sebagai berikut:

Identitas Kepala keluarga Tn. A umur 69 tahun, agama Islam, suku Jawa Indonesia, pendidikan SMA, tidak bekerja, Alamat Muktiharjo RT 07 RW 08 kecamatan Pedurungan, Semarang. Ny. S umur 66 tahun isteri dari Tn. A, Ny. S bekerja sebagai tukang pijat tradisional dan pendidikan terakhir adalah SD.

Keterangan gambar 3.1



Keterangan :

- | | | | |
|---|-------------------|--|----------------|
|  | : Laki-laki |  | : Klien |
|  | : Perempuan |  | : Hub. Saudara |
|  | : Meninggal |  | : Pasutri |
|  | : tinggal serumah |  | : Bercerai |

Dari genogram diatas, Tn.A tinggal serumah dengan istri saja. Jenis tipe keluarga yang ada di keluarga Tn.A adalah *dyadic nuclear* yaitu suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja. Sebelum Ny.S menikah dengan Tn.A, Ny.S sudah pernah menikah dan bercerai. Dari pernikahan Ny.S yang terdahulu, Ny.S tidak mempunyai keturunan. Kemudian Ny.S menikah dengan Tn.A dan dikaruniai seorang anak perempuan, tetapi anak mereka meninggal dunia ketika usia 4 tahun.

Keluarga Tn. A bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia. Budaya yang berhubungan dengan kesehatan adalah keluarga masih menggunakan jasa pijat tradisional. Agama yang berhubungan dengan kesehatan adalah masih percaya dengan pengobatan alternatif seperti minum air putih yang sudah diberi doa – doa.

Status sosial ekonomi keluarga: Di dalam anggota keluarga Tn. A tidak mencari nafkah hanya Ny.S yang mencari nafkah dan tetap menjalani perannya sebagai seorang istri. Penghasilan Ny.S berkisar 30.000 sampai 50.000 rupiah setiap hari dan Alhamdulillah cukup untuk sehari-hari, upaya lain untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarganya tidak ada, keluarga Tn.A hanya mengandalkan pekerjaan istrinya sebagai tukang pijat. Penghasilan di rasa cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Harta benda yang dimiliki keluarga seperti perabot dan alat transportasi yaitu, keluarga memiliki 2 unit televisi, 1 unit radio, dan keluarga tidak memiliki alat transportasi. Biasanya keluarga menggunakan jasa transportasi seperti

becak, ojek, dan bus kota. Aktifitas rekreasi keluarga : keluarga tidak pernah melakukan rekreasi atau berlibur untuk jalan – jalan dengan keluarga.

Tahapan perkembangan keluarga saat ini pada keluarga Tn.A adalah Tn.A mempunyai 1 orang anak, tetapi meninggal dunia ketika berumur 4 tahun. Tn.A hanya mempunyai satu orang istri dan tinggal hanya berdua dengan istrinya tersebut, mereka merupakan pasangan lanjut usia. Keluarga Tn.A berada pada tahapan perkembangan keluarga usia lanjut dengan tugas perkembangan keluarga yaitu mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan. Kemudian mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat, dan melakukan *life review* (merenungkan hidupnya). Komunikasi antar keluarga tidak ada masalah anggota keluarga saling memahami perasaan masing – masing. Tahap perkembangan keluarga yang sudah terpenuhi dan belum terpenuhi serta kendalanya. : Tn. A sudah sangat bersyukur atas penghasilan Ny.S yang selama ini sudah bisa dan cukup untuk membiayai kebutuhan hidup keluarga selama ini.

Riwayat kesehatan saat ini : Dulu Tn.A pernah mengidap penyakit bronchitis sampai sekarang. Tn.A juga mengidap penyakit hernia kurang lebih 15 tahun hingga sekarang dan menolak dilakukan operasi. Dulu Tn.A pernah dirawat selama 10 hari di rumah sakit akibat penyakit bronchitisnya. Sedangkan Ny.S juga menderita penyakit bronchitis dan pernah mengidap penyakit batu ginjal, diabetes mellitus dan pernah dilakukan operasi usus buntu. Sebelum menikah dengan Tn.A, Ny.S sudah pernah menikah dan

bercerai, baik dari keluarga Ny.S maupun Tn.A tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan.

Riwayat kesehatan masing – masing anggota keluarga Tn. A adalah :

1. Tn. A berumur 69 tahun, keadaan kesehatan saat ini Tn.A menderita bronchitis, Tn.A mengeluh batuk – batuk apalagi saat cuaca dingin. Tn.A juga menderita hernia, Tn.A mengeluh sakit di daerah kemaluannya apabila beraktifitas terlalu berat. Imunisasi yang diberikan tidak lengkap.
2. Ny.S berumur 66 tahun, keadaan kesehatan saat Ny.S menderita bronchitis dan mengeluh batuk – batuk saat cuaca dingin, imunisasi yang diberikan tidak lengkap.

Sumber pelayanan kesehatan yang digunakan : Keluarga Tn.A tinggal di tempat atau wilayah yang komunitas masih menggunakan jasa pijat tradisional disamping menggunakan jasa medis. Istri Tn.A sendiri yaitu Ny.S berprofesi sebagai tukang pijat tradisional. Terdapat praktek dokter dekat dengan rumah Tn.A, Tn.A dan istri sering juga berobat di praktek dokter tersebut, serta terdapat apotik.

Biasanya Ny.S berbelanja di penjual sayur keliling karena kondisinya yang cepat letih apabila berjalan terlalu jauh menuju pasar untuk berbelanja. Keluarga menggunakan becak atau ojek sebagai alat transportasi ke tempat yang tidak mampu keluarga tempuh dengan berjalan kaki.

Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya : Keluarga mengatakan bahwa Dulu Tn.A pernah mengidap penyakit bronchitis sampai sekarang. Tn.A juga mengidap penyakit hernia kurang lebih 15 tahun hingga sekarang dan menolak dilakukan operasi. Dulu Tn.A pernah dirawat selama 10 hari di

rumah sakit akibat penyakit bronchitisnya. Sedangkan Ny.S juga menderita penyakit bronchitis dan pernah mengidap penyakit batu ginjal, diabetes mellitus dan pernah dilakukan operasi usus buntu.

Pengkajian lingkungan : Rumah yang dimiliki sekarang berukuran 8 meter x 20 meter merupakan rumah sendiri dan bersertifikat serta merupakan bangunan permanen. Jumlah ruangan di rumah Tn.A ada sembilan ruangan, terdiri atas dua kamar tidur, teras, ruang tamu, ruang serbaguna, kamar mandi, wc, dapur, ruang belakang, dan halaman belakang. Bagian depan rumah terdapat tempat sampah, tanaman di pot, dan terdapat burung peliharaan di teras milik Tn.A, di samping rumah terdapat peternakan ikan milik tetangga Tn.A. Kamar Ny.S baik jendela dan ventilasi ditutup agar udara saat malam tidak masuk kamar. Untuk ruang tamu ventilasi tidak ditutup serta terdapat jendela kaca yang tidak dapat dibuka, sedangkan kamar Tn.A pintu kamarnya selalu dibuka ketika tidur. Antara kamar mandi dan wc dipisah, sedangkan letak saptitangnya di depan rumah jauh dari sumur belakang. Dapur terletak di depan kamar mandi, di halaman belakang juga terdapat kolam kecil dan akuarium serta sumur tempat mencuci, di halaman belakang juga terdapat dua pohon.

Sebelum keluarga Tn.A tinggal di tempat sekarang, dulu pernah bertempat tinggal di tempat yang dikenal sebagai gudangnya kejahatan dan kriminalitas. Sekarang keluarga Tn.A tinggal kurang lebih 10 tahun di tempat sekarang ini. Biasanya apabila Ny.S mendapatkan panggilan memijat yang jaraknya jauh, Ny.S menggunakan jasa becak untuk mencapai jalan raya, kemudian menggunakan bus untuk ke tempat tujuan. Untuk berkumpul keluarga dan berinteraksi dengan masyarakat biasanya Tn.A mengunjungi

kakaknya sendiri karena istrinya harus di rumah agar orang yang datang ke rumah Tn.A tidak kecewa. Sebaliknya apabila Ny.S yang keluar rumah, Tn.A yang di rumah jadi mereka jarang sekali keluar bersama. Tn.A masih sering mengikuti perkumpulan warga dan termasuk orang yang dihormati serta diminta pendapat serta saran. Ny.S juga mengikuti arisan sampai sekarang karena tidak ada yang menggantikannya. Keluarga Tn.A biasanya apabila ada masalah, baik masalah kesehatan ataupun masalah lain keluarga biasanya menyelesaikan masalah itu sendiri. Tetapi apabila tidak dapat menyelesaikan masalah itu sendiri keluarga biasanya meminta bantuan kepada kakak Tn.A. keluarga menerima dengan baik kedatangan lembaga kesehatan yang memberikan penyuluhan dan saran, tetapi biasanya Tn.A tidak langsung menerima, dia berasumsi bahwa dia sudah tua dan lebih berpengalaman, serta selama dia baik – baik saja tidak ada masalah, bahkan Tn.A tidak mau melakukan tindakan kesehatan yang dianjurkan.

Struktur keluarga : Komunikasi antar anggota keluarga baik, tetapi Tn.A sering mengalah apabila Ny.S berbicara karena Tn.A mengerti sifat Ny.S yang sangat sensitif dan tidak mau mengalah. Di keluarga Tn.A sebagai kepala keluarga, tetapi yang mencari nafkah adalah Ny.S selaku istri dari Tn.A. Ny.S tidak ada masalah soal siapa yang mencari nafkah dan dia melakukan perannya sebagai istri bagi Tn.S. dalam keluarga, anggota keluarga saling mengerti, apabila Tn.A sakit Ny.s yang merawat dan memperhatikan Tn.A. masalah tentang isu – isu tentang perpisahan keluarga tidak begitu memperdulikan karena mereka saling percaya satu sama lain, di samping itu mereka sudah usia lanjut. Keluarga mengerti apabila ada anggota keluarga sakit pasti berobat ke dokter, tetapi terkadang keluarga

menggunakan pijat tradisional apabila merasa tidak enak badan. Tn.A menderita hernia, walaupun ada biayanya untuk melakukan operasi Tn.A tidak mau melakukan operasi karena ia berfikir selama tidak ada gangguan dalam menjalankan aktifitasnya Tn.A tidak ada masalah dan tetap konsultasi dengan dokter.

Fungsi keluarga yaitu Fungsi afektif, Semua anggota keluarga saling menyayangi satu sama lain, hubungan antar anggota sangat dekat, saling memberikan perhatian satu sama lain dan membantu apabila sedang mempunyai masalah.

Apabila keluarga ada masalah baik masalah kesehatan maupun masalah pribadi, dalam keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menyelesaikan masalah tersebut. Tn.A menuturkan bahwa apabila ada masalah, jika keduanya sama – sama keras yang satu setidaknya mengalah dan menunggu waktu yang tepat untuk menyelesaikan masalah tersebut. Di samping berusaha keluarga tidak lupa juga berdoa kepada Allah SWT. Keluarga berusaha memenuhi gizi keluarga dengan baik, walaupun keluarga tidak mengkonsumsi susu, tetapi keluarga makan makanan yang bergizi seperti, sayur – sayuran, telur, tahu, tempe, dan terkadang daging dan ikan.

Dalam pemeriksaan fisik pada keluarga Tn.A terdapat data sebagai berikut :

1. Tn.A sebelumnya memiliki riwayat bronchitis, Tn.A juga mengeluh sakit di daerah kemaluannya apabila banyak beraktifitas. Tekanan darah Tn.A 140 / 90 mmHg, nadi 95x/ menit, dan pernafasan 20x/ menit. Tn.A mengatakan sudah menderita hernia kurang lebih 15 tahun yang lalu

sampai sekarang dan mengatakan sakit di daerah kemaluan apabila melakukan aktifitas yang berlebih

2. Ny.S memiliki riwayat diabetes militus, usus buntu, dan bronchitis. Tekanan darah 150 / 90 mmHg, nadi 98x / menit, dan pernafasan 22x/ menit.

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada adalah agar petugas kesehatan selalu member pengetahuan tentang kesehatan supaya masyarakat dan terutama keluarga Tn.A mengerti dan tahu tentang hidup sehat selain itu keluarga berharap dengan adanya perawat yang melakukan pengkajian didalam keluarganya dapat meningkatkan derajat kesehatan keluarga supaya tidak ada yang terkena penyakit bronchitis lagi.

B. Analisa Data

Dari data pengkajian diatas didapat data yang pertama yaitu data subyektif, Tn.A mengatakan sudah menderita hernia kurang lebih 15 tahun yang lalu sampai sekarang dan mengatakan sakit di daerah kemaluan apabila melakukan aktifitas yang berlebih. Data obyektifnya tampak membesar pada daerah kemaluan Tn.A dan Tn.A tidak mau operasi.

Analisa data yang kedua, data subyektif: Tn.A mengatakan dulu pernah terkena penyakit bronchitis dan dirawat dirumah sakit selama 10 hari. Tn.A masih mengalami batuk – batuk apa lagi pada cuaca dingin. Data obyektifnya Tn.A tampak batuk – batuk. Analisa data yang ketiga, data subyektif : Tn.A mengatakan banyak terdapat nyamuk di rumahnya. Data obyektifnya terdapat juga kolam ikan di sebelah rumah dan terdapat akuarium

di halaman belakang, serta genangan air di kaleng – kaleng kosong di halaman belakang.

Dari analisa data diatas didapat tiga diagnosa yaitu:

1. Konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan
2. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala
3. Resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit.

Scoring prioritas masalah

Dari analisa data diatas didapat diagnosa pertama yaitu konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan

1. Kriteria sifat masalah: Aktual, skor $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran, masalah sudah terjadi, tetapi tidak mau operasi.
2. Kemungkinan masalah dapat diubah: sebagian, skor $1/2 \times 2 = 1$, pembenaran: dapat dicegah dengan operasi tetapi tidak ada kemauan dari Tn.A.
3. Potensial masalah untuk dicegah: rendah, skor $1/3 \times 1 = 1/3$, pembenaran: masalah sudah terjadi dan tidak ada kemauan dari klien untuk mencegah.
4. Menonjolnya masalah: tinggi skor: $2/2 \times 2 = 1$, pembenaran: masalah sudah mengganggu aktivitas klien. Total scoring: $3 \frac{1}{3}$

Diagnosa yang kedua, resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala

1. Kriteria sifat masalah: Ancaman kesehatan, skor $2/3 \times 1 = 2/3$, pembenaran: sudah terkena penyakit atau terjangkit penyakit dan beresiko kambuh kembali.
2. Kemungkinan masalah dapat diubah: masalah dapat diubah mudah, skor $2/2 \times 2 = 2$, pembenaran: dengan adanya tambahan pengetahuan dan pengawasan serta kemauan klien.
3. Potensial masalah dapat diubah: cukup, skor $2/3 \times 1 = 2/3$, pembenaran: masalah sudah terjadi dan beresio kambuh kembali.
4. Menonjolnya masalah: cukup, skor $1/2 \times 1 = 1/2$, pembenaran: mempunyai riwayat penyakit, tetapi pada saat ini klien tidak terganggu. Total scoring: 3 5/6

Diagnosa yang ketiga, resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit.

1. Kriteria sifat masalah: Ancaman kesehatan, skor $2/3 \times 1 = 2/3$, pembenaran: ancaman terkena demam berdarah dikarenakan kondisi lingkungan.
2. Kemungkinan masalah dapat diubah: masalah dapat diubah mudah, skor $2/2 \times 2 = 2$, pembenaran: masalah belum terjadi dan dapat dicegah dengan penyuluhan serta kemauan dari keluarga.
3. Potensial masalah dapat diubah: tinggi, skor $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran: belum atau tidak terinfeksi atau terjangkit virus.

4. Menonjolnya masalah:rendah, skor $0/2 \times 1 = 0$, pembenaran: lingkungan sekitar keluarga tidak terkena dan tidak sedang terinfeksi virus. Total scoring: 3 2/3

C. Prioritas diagnosa keperawatan

Berdasarkan scoring diatas didapat prioritas diagnosa keperawatan yaitu:

1. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala
2. Resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit.
3. Konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan

D. Intervensi

Berdasarkan analisa data diatas penulis merencanakan asuhan keperawatan keluarga Tn.A dengan bronchitis. Prioritas diagnosa keperawatan yang pertama adalah Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala.

Tujuan jangka panjang: setelah dilakukan tindakan 3 kali kunjungan rumah keluarga, maka diharapkan tidak terjadi kekambuhan atau muncul

kembali penyakit bronchitis dan mengenal gejala – gejalanya. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan pertemuan 1x40 menit keluarga mampu mengenal penyakit bronchitis. Keluarga mampu dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, mengetahui sejauh mana merawat anggota keluarga yang sakit, mengetahui penggunaan fasilitas kesehatan yang mendukung kesehatan. Dengan kriteria hasil keluarga mampu memahami gejala penyakit bronchitis setelah dilakukan asuhan keperawatan dan sembuh secara total. Dilakukan intervensi sebagai berikut: tentukan tingkat pengetahuan klien sebelumnya, beri pendidikan kesehatan tentang penyakit bronchitis, diskusikan perubahan gaya hidup yang bisa untuk mencegah komplikasi atau mengontrol penyakit, diskusikan pilihan terapi atau perawatan, berikan dorongan kepada keluarga untuk mengungkapkan pendapatnya.

Prioritas diagnosa keperawatan yang kedua adalah Resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit. Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan tindakan 3 kali kunjungan rumah keluarga, diharapkan keluarga mampu menjaga lingkungan agar tidak terjangkit virus dongue. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan 1x40 menit kunjungan rumah, keluarga mampu mengetahui dan mengenal penyakit demam berdarah dan penyebabnya, mengetahui tentang penanganan awal serta pencegahan penyakit demam berdarah dan mengetahui fasilitas yang mendukung kesehatan.

Kriteria hasil keluarga mampu memahami dan mengenal tentang penyakit demam berdarah, keluarga dapat lebih waspada akan penyebab

penyakit demam berdarah dan mampu menciptakan lingkungan yang sehat. Dilakukan intervensi sebagai berikut : kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit demam berdarah, beri penyuluhan keluarga tentang demam berdarah, anjurkan keluarga untuk memeriksakan diri apabila terjadi tanda dan gejala dari penyakit demam berdarah, motivasi keluarga untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum jelas.

Prioritas diagnosa keperawatan yang ketiga adalah konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan. Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan tindakan 3 kali kunjungan rumah keluarga, diharapkan Tn.A dapat beraktivitas kembali dengan normal tanpa ada keluhan. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan 3 kali kunjungan rumah, Tn.A mau melakukan operasi agar sembuh dari penyakit hernianya.

Kriteria hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan klien mau melakukan operasi dengan harapan dapat sembuh dan beraktivitas dengan normal. Dilakukan intervensi sebagai berikut : motivasi klien untuk sembuh dan mau melakukan operasi.

E. Implementasi

Implementasi dilakukan pada tanggal 17 Desember sampai 20 Desember 2010 jam 09.00 WIB yaitu:

Diagnosa pertama resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapeutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala

Implementasi hari pertama, menentukan tingkat pengetahuan klien sebelumnya, memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit bronchitis, mendiskusikan perubahan gaya hidup yang bisa untuk mencegah komplikasi atau mengontrol penyakit, memberikan dorongan kepada keluarga untuk mengungkapkan pendapatnya. Implementasi hari kedua, mengingatkan kembali kepada keluarga tentang pengetahuan yang sudah diberikan kemarin, mendiskusikan kembali dengan keluarga tentang penyakit bronchitis, memberikan pujian positif atas jawaban yang diberikan. Implementasi hari ketiga yaitu memberikan motivasi kepada Tn.A dan Ny.S untuk sembuh dari penyakit bronchitis.

Diagnosa kedua adalah resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit. Dilakukan implementasi hari pertama, mengkaji pengetahuan keluarga tentang penyakit demam berdarah, memberikan penyuluhan keluarga tentang penyakit demam berdarah, menganjurkan untuk memeriksakan diri apabila terjadi tanda dan gejala dari penyakit demam berdarah serta memotivasi keluarga untuk bertanya tentang hal-hal yang belum jelas.

Implementasi hari kedua, mengingatkan kembali tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit demam berdarah, menanyakan kepada keluarga tentang hal – hal yang belum dipahami khususnya tentang demam berdarah, mengingatkan kepada keluarga untuk memeriksakan diri apabila terjadi tanda dan gejala dari penyakit demam berdarah. Implementasi hari ketiga,

mengingatkan kembali kepada keluarga untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

Diagnosa ketiga adalah konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan. Dilakukan implementasi hari pertama, memotivasi klien untuk sembuh dan mau dilakukan operasi.

Implementasi hari kedua, memberikan saran kepada klien untuk membatasi aktivitas sehari-hari.

F. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Desember 2010 dengan hasil sebagai berikut:

Diagnosa pertama resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala.

Dilakukan evaluasi pada tanggal 19 Desember 2010 jam 10.00 WIB yaitu, didapat hasil dari evaluasi, data subyektif : keluarga mengatakan sekarang sudah lebih mengerti tentang bahayanya penyakit bronchitis. Data objektifnya keluarga mampu menjelaskan atau mengungkapkan apa yang sudah dimengerti dan dipahami atas pendidikan kesehatan yang diberikan, mampu merawat lingkungan yang sehat dan bersih, keluarga sangat kooperatif. berdasarkan data yang ditemukan dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang penulis tetapkan resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan

tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala dapat teratasi, planningnya pantau dan awasi yang dilakukan keluarga mengenai kesehatan dan motivasi keluarga untuk mempertahankan kondisi tersebut.

Evaluasi diagnosa kedua pada tanggal 19 Desember 2010 jam 12.00 WIB yaitu resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit. Didapat hasil dari evaluasi, data subyektif : mengatakan sudah mengerti dan memahami tentang bahaya penyakit demam berdarah. Data objektifnya keluarga tampak antusias dan semangat bertanya pada pemberi penyuluhan (perawat), keluarga sangat kooperatif, keluarga mampu mengungkapkan atau menceritakan kembali apa yang sudah keluarga pahami. Berdasarkan data yang ditemukan dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang penulis tetapkan resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dapat teratasi, planningnya motivasi keluarga untuk lebih meningkatkan kondisi lingkungan rumah.

Evaluasi diagnosa ketiga pada tanggal 19 Desember 2010 jam 13.00 WIB yaitu Konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan. Didapat hasil dari evaluasi, data subyektif : Tn.A mengatakan tetap tidak mau dilakukan operasi dikarenakan sudah lanjut usia. Data objektif : . Klien terlihat menolak dengan apa yang telah disarankan. Berdasarkan data yang ditemukan dibandingkan dengan tujuan

dan kriteria hasil yang penulis tetapkan konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan hanyateratasi sebagian, planningnya lanjutkan intervensi dan terus memberikan motivasi kepada klien untuk tetap sehat.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn.A dengan masalah utama bronchitis pada Tn.A yang dilakukan selama 6 hari, sejak tanggal 14 Desember 2010 sampai 19 Desember 2010. Tahapan proses keperawatan keluarga yang dilakukan mulai dari pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan keluarga, menyusun intervensi, melakukan implementasi sampai evaluasi.

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian selama kurang lebih 6 hari mulai tanggal 14 Desember sampai 19 Desember 2010, Pengkajian data dimulai dari proses pengumpulan data secara terus menerus yang merupakan syarat utama untuk identitas masalah. Data yang diperoleh pada keluarga Tn. A adalah dengan wawancara dan observasi. Wawancara merupakan suatu pertemuan tatap muka dengan anggota keluarga. Sedangkan observasi dilakukan untuk mendapatkan temuan-temuan yang objektif, Friedman (1998). Wawancara dan observasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan yang baik pada keluarga dan menjalin hubungan saling percaya sehingga didapatkan data yang relevan.

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga didapatkan data subyektif keluarga mengatakan dulu Tn.A pernah mengidap penyakit bronchitis sampai sekarang, Tn.A juga mengatakan saat batuk keluar lendir berwarna kehijauan.

Tn.A mengatakan juga mengidap penyakit hernia kurang lebih 15 tahun hingga sekarang dan menolak dilakukan operasi. Tn.A juga mengungkapkan bahwa percuma saja kalau dilakukan operasi karena Tn.A sudah lanjut usia. Keluarga juga mengatakan dulu Tn.A pernah dirawat selama 10 hari di rumah sakit akibat penyakit bronchitisnya. Sedangkan Ny.S juga menderita penyakit bronchitis dan pernah mengidap penyakit batu ginjal, diabetes mellitus dan pernah dilakukan operasi usus buntu. Keluarga juga mengatakan memeriksakan kesehatan apabila sudah muncul tanda-tanda dari penyakit atau penyakit sudah muncul. Ada beberapa data subyektif yang penulis lupa untuk mendokumentasikannya, yaitu Tn.A mengatakan banyak terdapat nyamuk di rumahnya, keluarga mengatakan memeriksakan kesehatan apabila sudah muncul tanda-tanda dari penyakit, keluarga juga mengatakan tidak begitu memahami tentang penyakit bronchitis dan demam berdarah. Ny.S juga mengatakan kamarnya selalu ditutup karena tidak tahan udara malam yang akan menyebabkan penyakit bronchitis Ny.S kambuh kembali, baik jendela, ventilasi, dan pintu selalu ditutup.

Penulis menemukan data obyektif yaitu tampak membesar pada daerah skortum, Tn.A tampak batuk-batuk, terdengar bunyi ronchi saat auskultasi paru pada Tn.A, terdapat kolam ikan di sebelah rumah dan terdapat akuarium di halaman belakang, serta genangan air di kaleng-kaleng kosong di halaman belakang. Keluarga sangat kooperatif sehingga mempermudah penulis dalam melakukan pengkajian atau memperoleh data dan melaksanakan implementasi. Ada beberapa data obyektif yang penulis lupa untuk

mendokumentasikannya, yaitu terdapat satu ruangan yaitu kamar Ny.S yang selalu ditutup baik jendela, ventilasi, dan pintu dikarenakan Ny.S tidak tahan dengan udara malam yang akan membuat penyakit bronchitis Ny.S kambuh karena alergi terhadap suhu dingin.

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh keluarga Tn.A dan menetapkan tiga diagnosa keperawatan keluarga yaitu:

1. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, factor resiko, tanda dan gejala.
2. Resiko tinggi infeksi virus (dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit.
3. Konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternative tindakan yang dipertimbangkan.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data pada keluarga Tn.A didapat diagnosa keperawatan yang digolongkan sesuai prioritas masalah yaitu:

1. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapiutik yang berhubungan dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala.

Dari pengkajian yang didapat, penulis menemukan atau melihat langsung klien batuk-batuk terutama saat cuaca dingin dan kurangnya

pemahaman keluarga tentang penyakit bronchitis, terdapat satu ruangan yang selalu ditutup baik jendela, ventilasi, dan pintu sehingga cahaya dan udara tidak dapat masuk. Penulis salah dalam menentukan diagnosa keperawatan karena kurangnya pemahaman penulis tentang diagnosa keperawatan. Sehingga penulis menarik diagnosa yang pertama ketidakefektifan manajemen kesehatan diri adalah pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam kebiasaan terapeutik hidup sehari-hari untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik (Nanda, 2009)

Batasan karakteristik, kegagalan untuk mencakupkan kebiasaan pengobatan kedalam kehidupan sehari-hari, kegagalan untuk melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko, membuat pilihan dalam ketidakefektifan hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan, mengungkapkan keinginan untuk mengatasi penyakit, dan mengungkapkan kesulitan dalam regimen yang ditetapkan.

Etiologi yang penulis ambil untuk prioritas yang pertama adalah dengan ketidak cukupan pengetahuan tentang kondisi pengobatan, pencegahan infeksi, faktor resiko, tanda dan gejala., penulis juga salah dalam menentukan etiologi. Etiologi yang benar adalah kurangnya pengetahuan, yaitu suatu keadaan dimana seseorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau ketrampilan-ketrampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan (Lynda, 2001).

Pada diagnosa pertama penulis memprioritaskan menjadi prioritas pertama karena melihat sifat masalah ancaman kesehatan, masalah sudah terjadi dan keluarga tidak mengetahui cara perawatan dan pengobatan pada penyakit tersebut. Kemungkinan masalah dapat diubah mudah, dilihat dari antusias keluarga untuk sembuh dan mengetahui cara pengobatannya. Potensi masalah dapat diatasi tinggi dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit bronchitis keluarga berkeinginan untuk sembuh. Menonjolnya masalah cukup, harus ditangani, masalah kekambuhan penyakit yang sudah diderita. Dengan total scoring 3 5/6, dalam penghitungan scoring penulis menggunakan teori dari Balion dan Maglaya (1978) yaitu:

Menurut Balion dan Maglaya (1978) dalam buku Setiadi (2008)

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		1
	Tidak/kurang sehat	3	
	Ancaman kesehatan	2	
	Krisis atau keadaan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	Dengan mudah	2	
	Hanya sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3	Potensial masalah untuk Dicegah		1
	Tinggi	3	

	Cukup	2	
	Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		1
	Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

Tabel 4.1. Tabel Skoring

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara berikut ini.

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat.
- b. Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{skor}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- c. Jumlahlah skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

Empat kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas masalah.

- a. Sifat masalah

Sifat masalah kesehatan dapat dikelompokkan kedalam tidak atau kurang sehat diberikan bobot yang lebih tinggi karena masalah tersebut memerlukan tindakan yang segera dan biasanya masalahnya dirasakan atau disadari oleh keluarga. Krisis atau keadaan sejahtera diberikan bobot yang paling sedikit atau rendah karena faktor kebudayaan biasanya dapat

memberikan dukungan bagi keluarga untuk mengatasi masalahnya dengan baik.

b. Kemungkinan masalah dapat diubah

Adalah kemungkinan berhasilnya mengurangi atau mencegah masalah jika ada tindakan (intervensi). Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kemungkinan masalah dapat diperbaiki adalah:

- 1) Pengetahuan dan teknologi serta tindakan yang dapat dilakukan untuk menagani masalah.
- 2) Sumber-sumber yang ada pada keluarga, baik dalam bentuk fisik, keuangan, atau tenaga.
- 3) Sumber-sumber dari keperawatan, misalnya dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- 4) Sumber-sumber dimasyarakat, misalnya dalam bentuk fasilitas kesehata, organisasi masyarakat, dan dukungan social masyarakat.

c. Potensi masalah bisa dicegah

Menyagkut sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dapat dikurangi atau dicegah. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kriteria potensi masalah bisa dicegah adalah sebagai berikut.

1) Kepelitan dari masalah

Berkaitan dengan beratnya penyakit atau masalah, prognosis penyakit atau kemungkinan mengubah masalah. Umumnya makin berat masalah tersebut makin sedikit kemungkinan untuk mengubah atau mencegah sehingga makin kecil potensi masalah yang akan timbul.

2) Lamanya masalah

Hal ini berkaitan dengan jangka waktu terjadinya masalah tersebut. Biasanya lamanya masalah mempunyai dukungan langsung dengan potensi masalah bila dicegah.

3) Adanya kelompok resiko tinggi atau kelompok yang peka atau rawan

Adanya kelompok tersebut pada keluarga akan menambah potensi masalah bila dicegah.

Penulis menemukan dari potensi masalah bila dicegah itu tinggi karena dengan memberikan penyuluhan kesehatan tentang lingkungan sehat, keluarga juga berkeinginan untuk merubah lingkungannya.

d. Menonjolnya masalah

Merupakan cara keluarga melihat dan menilai masalah mengenai beratnya masalah serta mendesaknyanya masalah untuk diatasi. Hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan skor pada kriteria ini, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga tersebut melihat masalah. Dalam hal ini, jika keluarga menyadari masalah dan merasa perlu untuk menagani segera, maka harus diberi skor yang tinggi.

Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan.

Menonjolan masalah pada diagnosa yang pertama menurut penulis yaitu berat dan harus segera ditangani karena masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan diri itu perlu di ubah agar menjadi efektif sehingga penyakit yang sudah diderita tidak dapat kambuh kembali dan sembuh total serta tidak menyebar di seluruh keluarga maupun masyarakat.

2. Resiko tinggi infeksi virus (Dongue) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit

Dari pengkajian yang didapat, penulis menemukan Tn.A mengatakan banyak terdapat nyamuk di rumahnya, terdapat juga kolam ikan di sebelah rumah dan terdapat akuarium di halaman belakang, serta genangan air di kaleng-kaleng kosong di halaman belakang. Keluarga juga mengatakan ingin hidup yang lebih sehat dan terhindar dari penyakit, data tersebut penulis juga lupa untuk memasukan dalam pendokumenan asuhan keperawatan.

Penulis salah dalam menentukan diagnosa keperawatan karena kurangnya pemahaman penulis tentang diagnosa keperawatan. Sehingga penulis menarik diagnosa yang kedua perilaku mencari bantuan kesehatan adalah keadaan dimana seorang individu dalam kesehatan yang stabil secara aktif mencari cara-cara untuk mengubah kebiasaan kesehatan

pribadi dan lingkungan untuk beralih kearah tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi pengertian tersebut menurut Lynda Jua tahun 2001.

Batasan mayornya adalah mengekspresikan atau memperlihatkan keinginan untuk mencari informasi mengenai promosi kesehatan. Sedangkan untuk batasan minornya adalah mengekspresikan atau memperlihatkan keinginan untuk meningkatkan bantuan dengan kesehatan atau peristiwa dalam siklus kehidupan, mengekspresikan tentang keprihatinan mengenai kondisi lingkungan terkini terhadap status kesehatan, menyatakan atau memperlihatkan ketidakbiasaan dengan sumber-sumber kesejahteraan komunikasi, dan memperlihatkan atau menunjukkan kurangnya pengetahuan dalam perilaku peningkatan kesehatan.

Etiologi yang penulis ambil untuk prioritas yang kedua adalah kurangnya pengetahuan tentang penyakit. Etiologi yang penulis tentukan untuk diagnosa yang kedua sudah benar, dengan data yang sudah didapat yaitu keluarga tidak mengerti atau memahami tetang penyakit demam berdarah.

Pada diagnosa kedua penulis memprioritaskan menjadi prioritas kedua karena melihat sifat masalah ancaman kesehatan, ancaman terkena demam berdarah dikarenakan kondisi lingkungan. Kemungkinan masalah dapat diubah mudah, dilihat dari masalah belum terjadi dan dapat dicegah dengan penyuluhan serta kemauan dari keluarga. Menonjolnya masalah rendah, karena dilingkungan keluarga tidak sdang terjangkit virus demam

berdarah, potensial masalah dapat diubah tinggi karena adanya keinginan keluarga untuk hidup sehat dan keluarga tidak terjangkau penyakit demam berdarah, dengan total skoring 3 2/3.

3. Konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan.

Dari pengkajian yang didapat, penulis menemukan klien mengeluh kesakitan di bagian skrotum saat beraktifitas terlalu berat, Tn.A sudah menderita hernia sejak 15 tahun lalu hingga sekarang dan menolak dilakukan operasi walaupun ada biaya tuk dilakukan operasi tersebut. Tn.A juga mengungkapkan bahwa percuma saja kalau dilakukan operasi karena Tn.A sudah lanjut usia. Penulis tidak mengetahui pasti pembesaran skrotum tersebut semakin membesar atau tetap karena penulis tidak mengkaji masalah tersebut. Penulis salah dalam menentukan diagnosa keperawatan karena kurangnya pemahaman penulis tentang diagnosa keperawatan. Penulis menarik diagnosa yang ketiga ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan adalah ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan atau mencari bantuan untuk mempertahankan kesehatan. Pengertian tersebut menurut Lynda Jual tahun 2001.

Batasan karakteristik : kurang menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat, riwayat kurang perilaku mencari bantuan kesehatan, ketidakmampuan bertanggung jawab untuk memenuhi praktek kesehatan

dasar, hambatan system pendukung pribadi, dan menunjukkan kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar.

Prioritas yang ketiga adalah mengungkapkan konsekuensi yang tidak diinginkan terhadap alternatif tindakan yang dipertimbangkan. Penulis juga salah dalam menentukan etiologi, etiologi yang benar adalah ketidakmampuan untuk membuat penilaian yang tepat.

Pada diagnosa ketiga penulis memprioritaskan menjadi prioritas ketiga karena melihat sifat masalah ancaman kesehatan, masalah sudah terjadi dan keluarga tidak mengetahui cara perawatan dan pengobatan pada penyakit tersebut. Kemungkinan masalah dapat diubah mudah, dilihat dari antusias keluarga untuk sembuh dan mengetahui cara pengobatannya. Potensi masalah dapat diatasi tinggi dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit bronchitis keluarga berkeinginan untuk sembuh. Menonjolnya masalah cukup, harus ditangani, masalah kekambuhan penyakit yang sudah diderita dengan total scoring 3 5/6.

C. Intervensi

Pada diagnosa yang pertama yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan dilakukan intervensi sebagai berikut dengan tujuan keluarga mampu dan mengenal tanda serta gejala penyakit sehingga dapat sembuh dan tidak kambuh kembali setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari dari tanggal 17 Desember sampai 19 Desember 2010. Dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga

berperan penting dan ikut serta dalam pencapaian tujuan yang telah direncanakan.

Setelah dilakukan intervensi kunjungan rumah selama 3 x 60 menit, maka keluarga di harapkan mampu mengetahui masalah kesehatan yang afektif. Intervensi yang penulis lakukan adalah tentukan tingkat pengetahuan klien sebelumnya, beri pendidikan kesehatan tentang penyakit bronchitis, diskusikan perubahan gaya hidup yang bisa untuk mencegah komplikasi atau mengontrol penyakit, diskusikan pilihan terapi atau perawatan, berikan dorongan kepada keluarga untuk mengungkapkan pendapatnya.

Diagnosa yang kedua adalah perilaku mencari bantuan kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit, dilakukan intervensi sebagai berikut dengan tujuan agar keluarga mengerti dan memahami tentang penyakit demam berdarah serta keluarga tidak terjangkit demam berdarah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama dua hari dari tanggal 18 Desember sampai 19 Desember 2010.

Setelah dilakukan intervensi 1x40 menit kunjungan rumah, keluarga mampu mengetahui dan mengenal penyakit demam berdarah dan penyebabnya, mengetahui tentang penanganan awal serta pencegahan penyakit demam berdarah dan mengetahui fasilitas yang mendukung kesehatan. Intervensi yang penulis lakukan adalah kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit demam berdarah, beri penyuluhan keluarga tentang demam berdarah, anjurkan keluarga untuk memeriksakan diri apabila terjadi tanda dan gejala dari penyakit demam berdarah. Pada tanggal 19 Desember

memberikan motivasi pada keluarga untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas.

Diagnosa yang ketiga yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk membuat penilaian yang tepat. Dilakukan intervensi sebagai berikut dengan tujuan klien dan keluarga dapat membuat penilaian yang tepat untuk pemeliharaan kesehatan keluarga sehingga penyakit yang diderita klien yaitu hernia dapat sembuh dan tidak mengganggu aktivitas serta menimbulkan resiko yang membahayakan kesehatan klien. Dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari mulai tanggal 17 Desember sampai 19 Desember 2010.

Setelah dilakukan intervensi kunjungan rumah selama 3 x 60 menit, maka klien mau melakukan operasi dengan harapan dapat sembuh dan beraktivitas dengan normal. Intervensi yang penulis lakukan adalah sebagai berikut : motivasi klien untuk sembuh dan mau melakukan operasi.

D. Implementasi

Implementasi dilakukan pada tanggal 17 Desember sampai 19 Desember 2010. Dari diagnosa yang pertama yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan. Implementasi hari pertama, menentukan tingkat pengetahuan klien sebelumnya, kemudian hari kedua memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit bronchitis, mendiskusikan perubahan gaya hidup yang bisa untuk mencegah komplikasi atau mengontrol penyakit, memberikan dorongan kepada keluarga untuk mengungkapkan pendapatnya. Implementasi hari

ketiga, mengingatkan kembali kepada keluarga tentang pengetahuan yang sudah diberikan kemarin, mendiskusikan kembali dengan keluarga tentang penyakit bronchitis, memberikan pujian positif atas jawaban yang diberikan, dan memberikan motivasi kepada Tn.A dan Ny.S untuk sembuh dari penyakit bronchitis.

Diagnosa yang kedua yaitu perilaku mencari bantuan kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit dilakukan pada tanggal 17 Desember sampai 19 Desember 2010 yaitu implementasi hari pertama, mengkaji pengetahuan keluarga tentang penyakit demam berdarah, untuk implementasi hari kedua memberikan penyuluhan keluarga tentang penyakit demam berdarah, menganjurkan untuk memeriksakan diri apabila terjadi tanda dan gejala dari penyakit demam berdarah. Hari ketiga memotivasi keluarga untuk bertanya tentang hal-hal yang belum jelas. Ada satu implementasi yang belum penulis dokumentasikan yaitu seharusnya penulis mendokumentasikan bahwa implementasi hari ketiga penulis juga mendiskusikan kembali dari pendidikan kesehatan mengenai demam berdarah untuk memastikan keluarga benar-benar mengerti dan paham tentang penyakit demam berdarah.

Diagnosa yang ketiga yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk membuat penilaian yang tepat. Implementasi dilakukan pada tanggal 18 Desember sampai 19 Desember 2010 dengan implementasi hari pertama memotivasi klien untuk sembuh dan

mau dilakukan operasi. Implementasi hari kedua, memberikan saran kepada klien untuk membatasi aktivitas sehari-hari.

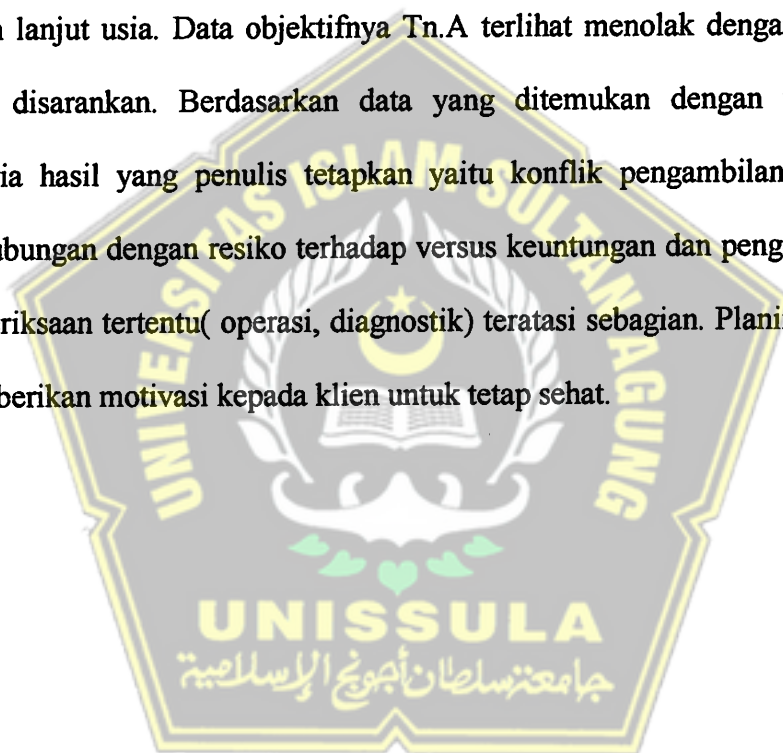
E. Evaluasi

Semua evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Desember 2010 pada diagnosa ini masalah teratasi dan ada satu diagnosa masalah tidak dapat diatasi. Untuk diagnosa yang pertama data subjektif : keluarga mengatakan sekarang sudah lebih mengerti tentang bahayanya penyakit bronchitis. Data objektifnya keluarga bisa mengulang dan mengerti tentang diskusi yang diberikan. Keluarga mampu merawat lingkungan bersih dan penyebab serta pengobatan penyakit bronchitis. Berdasarkan data yang ditemukan dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang penulis tetapkan ketidakefektifan manajemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan, masalah teratasi. Untuk tindakan selanjutnya motivasi keluarga untuk mempertahankan kondisi tersebut.

Untuk diagnosa kedua dilakukan pada tanggal 19 Desember 2010 jam 12.00 WIB dengan data subjektif : keluarga mengatakan sudah mengerti dan memahami tentang bahaya penyakit demam berdarah. Data objektifnya keluarga tampak antusias dan semangat bertanya pada pemberi penyuluhan (perawat), keluarga sangat kooperatif, keluarga mampu mengungkapkan atau menceritakan kembali apa yang sudah keluarga pahami. Berdasarkan data yang ditemukan dengan tujuan dan kriteria hasil yang penulis tetapkan perilaku mencari bantuan kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit , masalah teratasi. Planningnya pantau dan awasi yang

dilakukan keluarga mengenai kesehatan dan motivasi keluarga untuk mempertahankan kondisi tersebut.

Untuk diagnosa ketiga ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk membuat penilaian yang tepat, dilakukan pada tanggal 19 Desember 2010 jam 13.00 WIB dengan data subjektif :Tn.A mengatakan tetap tidak mau dilakukan operasi dikarenakan sudah lanjut usia. Data objektifnya Tn.A terlihat menolak dengan apa yang telah disarankan. Berdasarkan data yang ditemukan dengan tujuan dan kriteria hasil yang penulis tetapkan yaitu konflik pengambilan keputusan berhubungan dengan resiko terhadap versus keuntungan dan pengobatan atau pemeriksaan tertentu(operasi, diagnostik) teratasi sebagian. Planingnya terus memberikan motivasi kepada klien untuk tetap sehat.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn.A dengan masalah utama bronchitis pada Tn.A di Kelurahan Mutiharjo Kidul Rt 07 Rw VIII, Kecamatan Pedurungan, Semarang yang terjangkit bronchitis. Sesuai langkah terakhir dalam penulis menyusun karya tulis ilmiah ini, diambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat di gunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada klien, khususnya keperawatan keluarga dengan anggota keluarga yang terkena penyakit bronchitis.

1. pengkajian asuhan keperawatan pada keluarga Tn.A dengan masalah utama bronchitis telah dilakukan, meskipun dalam pengkajian masih banyak kekurangan dan kesenjangan.
2. Diagnosa yang muncul setelah dilakukan pembahasan ada 3 diagnosa yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan. Yang kedua perilaku mencari bantuan kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit, dan diagnosa yang ketiga yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk membuat penilaian yang tepat.
3. Penatalaksanaan yang dilakukan telah di bahas di bab IV yaitu penulis memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit bronchitis. Untuk diagnosa yang kedua penulis juga memberikan pendidikan kesehatan

tentang penyakit demam berdarah. Diagnosa ketiga penulis hanya memberikan saran kepada Tn.A untuk melakukan operasi agar penyakit hernia yang diderita selama ini sembuh dan memberikan motivasi kepada Tn.A.

4. Implementasi yang dilakukan belum maksimal karena keadaan cuaca yang tidak menentu serta tidak ada keinginan klien terhadap salah satu implementasi yang diberikan.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada keluarga Tn.A dengan bronchitis.

2. Bagi klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat dapat memahami tanda dan gejala penyakit bronchitis, cara pencegahan dan pengobatan penyakit bronchitis. Keluarga dapat memahami penyakit demam berdarah.

3. Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan bronchitis, baik di dalam laboratorium maupun lahan praktek.

4. Bagi keluarga binaan

Keluarga Tn. A diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala serta penanganan penyakit bronchitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J, 2006. *Diagnosa keperawatan aplikasi pada praktek klinik (terjemahan)*. Jakarta: EGC.
- Doengoes, M.E, 2000. *Rencana asuhan keperawatan (terjemahan)*. Cetakan I. Jakarta: EGC.
- Harisson, 2000, *Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Vol 3 Edisi 13. Jakarta: EGC.
- Haryanto, 2008. *Konsep dasar keperawatan dengan pemetaan konsep (Concept Mapping)*. Jilid I. Jakarta: Salemba Medika.
- <http://www.suarapembaruan.com/News/2002/08/01/Kesra/kes01.html>. diunduh pada tanggal 11 Mei 2011.
- Jhonson L & Leny R. (2010). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Manurung, S, 2009. *Gangguan sistem pernafasan*. Cetakan I. Jakarta: Trans Info Media.
- Mubin, H, 2007. *Ilmu penyakit dalam*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- NANDA. 2009. *Diagnosa Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan anak sakit*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Setiadi. 2008. *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Edisi Pertama. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Somantri, I, 2008. *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan: sistem pernafasan*. Edisi I. Jakarta: Salemba Medika.