

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami asuhan keperawatan pasien bronkitis dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus bronkitis di ruangan belakang RS paru surabaya, dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

3.1. Pengkajian

3.1.1. Pengumpulan data

a. Identitas pasien

Nama Tn.S, umur 65 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku jawa kebangsaan indonesia, pendidikan SD, pekerjaan petani, alamat surabaya, diagnosa keperawatan bronkitis, nomor register 186612, tanggal masuk rumah sakit(MRS) 1 Agustus 2012.

b. Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk

c. Riwayat penyakit sekarang.

Pasien mengeluh batuk berdahak sudah lama (2 bulan) dengan dahak berwarna putih kehijauan kental lengket dan banyak (20 ml/hari), oleh pasien di bawah ke dokter, setelah diberi obat pasien

sembuh. Kemudian batuk timbul lagi bila pasien selesai merokok dan terasa sesak, oleh keluarga di bawa ke poli penyakit dalam RS karang tembok surabaya kemudian MRS (masuk rumah sakit) tanggal 1 Agustus 2012.

d. Riwayat penyakit dahulu.

Pasien tidak pernah mengalami penyakit bronkitis atau asma sebelumnya, pasien mempunyai riwayat perokok (2 pack / hari), pasien tidak mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi dan diabetes militus.

e. Riwayat penyakit keluarga.

Dalam keluarga tidak ada yang menderita seperti pasien atau penyakit menular dan keturunan lainnya seperti hipertensi, diabetes militus.

Keluarga pasien termasuk struktur keluarga nuklear family, orang tua pasien meninggal akibat proses penuaan.

f. Pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi dan tatalaksanaan hidup sehat.

Pasien biasa mandi 3 kali/hari dan menggosok gigi 2 kali/hari, pasien biasa merokok 2 pack / hari, bila pasien sakit pasien pergi ke dokter / puskesmas terdekat, pasien tidak mempunyai

kebiasaan minum alkohol, pasien tidak alergi terhadap obat dan makanan tertentu.

Sesudah MRS pasien mandi 3 kali / hari, menggosok gigi 2 kali / hari, pasien tidak merokok, pasien tidak alergi obat atau makanan tertentu.

2. Pola nutrisi dan metabolisme.

Sebelum MRS pasien makan 3 kali / hari, dengan porsi sedang dan habis, pasien tidak mengalami kesulitan menelan, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien tidak mempunyai pantangan makan, setiap pagi pasien selalu minum kopi, pasien minum air putih 6-8 gelas / hari.

Sesudah MRS pasien makan 3 kali / hari, dengan porsi sedang dan habis, pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan, pasien tidak mempunyai makanan, pasien mengalami penurunan berat badan, kulit kering, rambut tidak rontok, diit TKTP (tinggi karbon hidrat tinggi protein), minum 6 – 8 gelas / hari.

3. Pola aktivitas.

Sebelum MRS pasien aktif bekerja di sawah, semua aktifitas di kerjakan sendiri tanpa bantuan orang lain, pasien tidak mempunyai kebiasaan olahraga pagi.

Sesudah MRS pasien bisa melakukan aktifitas sendiri seperti makan, mandi, buang air besar, buang air kecil, pasien tiap pagi selalu berjalan-jalan di ruangnya. Pasien tidak menggunakan kruk atau kursi roda untuk aktifitas.

4. Pola eliminasi.

Sebelum MRS pasien buang air besar 1 kali / hari, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas tidak ada komplikasi atau diare, pasien buang air kecil 3 – 4 kali / hari dengan konsistensi kuning jernih, tidak di temukan disuria atau hematuria.

Sesudah MRS pasien buang air besar 1 kali / hari dengan konsistensi lembek dan tidak terjadi konstipasi atau diare, pasien buang air kecil 3 – 4 kali / hari dengan konsistensi kuning jernih dengan tidak ditemukan disuria atau hematuria, pasien tidak terpasang kateter, pasien tidak menggunakan obat – obatan yang dapat membantu melancarkan miksi / defekasi.

5. Pola istirahat dan tidur.

Sebelum MRS pasien tidur 8 -9 jam / hari, pasien tidak terbiasah tidur siang karena harus pergi kesawah, pasien tidur malam jam 23.00 – 05.00 WIB dengan keadaan lampu remang – remang dan di temani istri.

Sesudah MRS pasien tidur 8 – 10 jam / hari, pasien tidur malam jam 22.00 – 05.00 WIB dengan di jaga istrinya, pasien merasa segar bila bangun tidur dan tidak mengalami insomnia atau mimpi buruk.

6. Pola persepsi sensorik dan kongnitif.

Daya penglihatan, pendengaran, pembau, peraba, dan pengecap normal, dengan tidak ada gangguan. Kurangnya pengetahuan terhadap penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah membuat pasien merasa cemas, pasien mempunyai persepsi bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri.

Pasien berkeinginan untuk sembuh, pasien tidak mempunyai penurunan harga diri atau gangguan body image akibat penyakitnya, pasien bertanya pada dokter dan perawat apakah penyakitnya bisa disembuhkan. Pasien tampak cemas dan gelisah.

8. Pola hubungan dan peran.

Hubungan pasien dengan keluarga baik, dengan tetangga juga baik terbukti saat masuk rumah sakit mereka menjenguk pasien di rumah sakit, peran pasien sebagai kepala rumah tangga,

tidak mengalami kesulitan terbukti bila ada persoalan dirumah pasien masih sebagai pengambil keputusan.

9. Pola reproduksi dan seksual.

Pasien berusia 65 tahun, mempunyai istri, mempunyai anak 8 orang, 5 orang anak perempuan dan 3 orang anak laki – laki, selama dirumah sakit pasien tidak pernah melakukan hubungan seksual karena pasien sadar bahwa dirinya sakit dan berada di rumah sakit.

10. Pola penaggulangan stres.

Bila ada masalah dalam keluarga selalu di pecahkan secara bersama dan pasien selalu mengambil keputusan, mekanisme koping yang sering digunakan. Pasien adalah dengan merokok.

11. Pola tatanilai dan kepercayaan.

Pasien beragama islam, aktif dalam ibadah sholat 5 waktu, pasien dan keluarga mempunyai anggapan bahwa tidak bisa sembuh oleh karena itu pasien aktif berdo'a pada tuhan supaya penyakitnya dapat disembuhkan dengan hidayah-Nya.

g. Pemeriksaan fisik.

1. Keadaan umum dan TTV.

Keadaan pasien baik, kesadaran kompas mentis, pasien terpasang infus RD 5 dengan 20 tetes / menit, suhu 36,5 C.

2. Sistem respirasi.

Hidung tidak ada epitaksis, tidak ada cairan, dinding dada bergerak secara simetris mengikuti irama pernafasan, tidak menggunakan bantu pernafasan, batuk produktif.

Tidak terdapat nyeri tekan pada dada, tidak teraba masa atau pembesaran nodul, pada leher, tidak ada pulsasi.

Terdapat suara hiper sonor.

Terdapat suara ronchi dan reles lembut.

3. Sistem kardiovaskuler.

Iktus dan pulsasi jantung tidak ditemukan, tidak ada cyanosis, tidak ada oedema,

Nadi 88 kali / menit, tidak ditemukan murmur jantung, tidak ada nyeri tekan pada dada, RR : 24 kali / menit, tekanan darah 130 / 90 mmhg.

4. Sistem genitourinaria.

Kebersihan genital terjaga, BAK 3 – 4 kali / hari dengan konsistensi kuning jernih, tidak ada disuria, tidak ada hematuria.

Tidak terdapat pertumbuhan jaringan abnormal pada genital, tidak terdapat hemoroid.

5. Sistem gastrointestinal.

Nafsu makan normal, tidak mual, tidak muntah, tidak ada nyeri tekan, BAB 1 kali / hari, dengan konsistensi lembek. Abdomen simetri, bising usus 20 kali / menit, turgor kulit normal.

6. Sistem muskuloskeletal.

Pergerakan baik hanya ekstremitas atas bagian kiri terbatas karena terpasang infus RD 5, tidak ada atrofi, tidak kontraktur.

7. Sistem endrogin.

Tidak terdapat hiperpigmentasi lokal / umum pada wajah, tidak tremor, tidak mengeluarkan kringat dingin. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

8. Sistem persyarafan.

Kesadaran kompos mentis, tidak ada kelumpuhan pada syaraf kranial, tidak ada hemiplegi, tidak ada paraplegi.

h. Pemeriksaan penunjang.

1. Foto thorax (P.A) tanggal 1 Agustus 2012.

Cor : membesar dan tampak normal.

Pulmo : tak tampak spesifikasi / non spesifikasi.

Kedua sinus pericardialis tajam.

2. Pemeriksaan sputum (tanggal 8 juli 2012).

Tidak ditemukan adanya basil streptococcus pneumoniae dan haemophilus influenzae pada sputum.

3. Pemeriksaan analisa gas darah (tanggal 1 agustus 2012).

Ph : 7,35, PaO₂ : 80 mmhg, PaCO₂ : 48 mmhg, HCO₃ :
2mEq/l.

i. Terapi pasien.

Penisilin prokain IM atau

Fenoksimetilpenisilin 25.000-50.000 KI/kg/24 jam oral, 4 kali
sehari atau

Eritromisin (dosis sda) atau

Kotrimoksazol 6/30 mg/kg/24 jam, oral 2 kali sehari

3.1.2 Analisa dan Sintesa Data.

a. Tanggal 3 Agustus 2012

1. Data subyektif.

a) Pasien mengatakan batuk produktif.

b) Pasien mengatakan dahak berwarna putih kehijauan kental dan lengket.

2. Data obyektif.

a) Dahak berwarna putih kehijauan, kental dan lengket.

b) Ada suara tambahan ronchi.

c) Sesak nafas (+)

d) Tanda – tanda vital : tensi : 130 / 90 mmhg, N : 88 kali / menit, suhu : 36 C, RR : 25 kali / menit.

3. Kemungkinan penyebab : obstruksi trakeobronkial akibat sekret.

4. Masalah keperawatan : ketidak efektifan bersihan jalan nafas.

b. Tanggal 3 agustus 2012.

1. Data subyektif:

a) Pasien mengatakan merasa takut pada penyakitnya.

b) Pasien tidak mengerti tentang proses penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan di rumah.

c) Pasien mengatakan bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh.

2. Data obyektif.

- a) Pasien tidak mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.
 - b) Pasien bertanya pada dokter atau perawat.
 - c) Nadi 88 kali / menit.
 - d) Pendidikan keluarga rendah
3. Kemungkinan penyebab : kurangnya informasi tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawat dirumah.
4. Masalah keperawatan : kurang pengetahuan.

3.1.3 Diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang terjadi pada Tn. S, dengan bronkitis kronis adalah sebagai berikut :

1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial akibat sekret ditandai dengan batuk berdahak, dahak berwarna putih, kehijauan dan lengket, adanya suara tambahan ronchi dan rales lembut.
2. Kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakitnya ditandai dengan pasien pasien takut terhadap penyakitnya, pasien banyak bertanya pada dokter dan perawat, tekanan darah 130 / 90 mmhg, nadi 88 kali / menit.

3.2 Perencanaan.

1. Diagnosa keperawatan pertama

Ketidak efektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakeo bronkial akibat sekret.

- a. Tujuan : jalan nafas kembali efektif dalam waktu 5 x 24 jam.
- b. Kreteria hasil :
 - 1) Pasien dapat bernafas dengan efektif.
 - 2) Tidak terdapat dispneu (RR 16- 20 kali / menit, irama teratur).
 - 3) Bunyi nafas normal / bersih.
 - 4) Produksi sekret berkurang.
- c. Rencaca tindakan.
 - 1) Batuk pasien untuk mengambil posisi batuk yang nyaman (misalnya dengan posisi fowler meningkat dengan lutut lurus dan bantal di atas abdomen).
 - 2) Bantu serta ajarkan pasien untuk batuk setiap satu sampai 2 jam.
 - 3) Ajarkan cara batuk efektif kepada pasien.
 - 4) Bantu dan pantau fisioterapi pada pemberian (vibrasi dan clabing).

- 5) Tingkatkan masukan cairan dengan memberikan air hangat.
- 6) Hisap sekret dengan suction bila perlu.
- 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi bronkodilator.
- 8) Observasi tanda – tanda vital.

d. Rasional.

- 1) Batuk efektif membutuhkan nafas dalam dan kontraksi otot pernafasan.
- 2) Merangsang pengeluaran sekret yang menyumbat jalan nafas.
- 3) Cara yang baik untuk mengeluarkan sekret.
- 4) Vibrasi dan clabing dilakukan pada dinding dada bersama dengan gaya grafitasi dan eksalasi perlahan setelah nafas dalam, mengeluarkan lendir yang tersembunyi pada jalan nafas membersihkan lendir.
- 5) Hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret mempermudah pengeluaran, penggunaan air hangat dapat menurunkan spasme bronkus.
- 6) Membebaskan jalan nafas dengan / melalui penghisapan sekret.
- 7) Membantu membebaskan jalan nafas dengan cara melaksanakan program dependent.

8) Mengetahui perkembangan selanjutnya.

2. Diagnosa keperawatan kedua.

Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakit dan perawatan di rumah.

a. Tujuan : pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit dan perawatan dirumah dalam waktu 1x24 jam.

b. Kriteria hasil :

1) Pasien mengrti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan di rumah.

2) Pasien mampu mendemonstrasikan dalam usaha pencegahan.

3) Pasien tidak cemas, tanda- tanda vital dalam batas normal.

4) Tidak terjadi serangan ulang pada pasien.

c. Rencana tindakan.

1) Berikan dorongan pada pasien untuk mengungkapkan perasaanya.

2) Jelaskan pentingnya mempertahankan fungsi pernafasan yang optimal dengan minum obat-obatn dan tidak merokok.

3) Jelaskan pada pasien dan keluarga untuk menghindari bahan-bahan yang menimbulkan iritasi pernafasan.

4) Luruskan persepsi pasien yang salah tentang penyakitnya yang tidak disembuhkan.

5) Pastikan pasien mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan.

d. Rasional.

1) Membantu pasien dalam mengatasi ketidak tahuan fungsi pernafasan pasien dapat efektif dengan menghindarkan merokok dan minum obat teratur.

2) Mencegah terjadi serangan ulang dengan diberikan penyuluhan kesehatan pada pasien .

3) Menghindari salah persepsi pasien terhadap penyakit sehingga kecemasan pasien dapat berkurang / teratasi.

4) Mengetahui respon pasien terhadap penjelasan perawat dalam usaha pencegahan terjadinya serangan ulang.

3.3 Pelaksanaan (tanggal 3 Agustus 2012 jam 14:00)

1. Diagnosa keperawatan pertama.

a. Mengajarkan pasien cara batuk efektif .(pasien kooperatif, pasien tidak mengalami kesulitan dalam melakukan batuk efektif meskipun harus diulang-ulang).

b. Membantu pasien untuk mengambil posisi pasien batuk yang nyaman dengan semi fowler. (pasien mampu melaksanakan dengan di bantu perawat).

c. Membantu dan memantau fisioterapi dada (vibrasi dan clabing).

- d. Menghisap sekret dengan suction (pasien kooperatif).
 - e. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian ekspektoran, bronkodilator, mukolitik, bromheksim. Fenoksimetilpenisilin 25.000-50.000 KI/kg/24 jam oral, (pasien mau minum obat sesuai dengan yang diadviskan dokter).
2. Diagnosa keperawatan kedua.
- a. Memberi dorongan pada pasien untuk bertanya. (sebelum pasien merasa takut untuk bertanya tapi setelah didorong perawat untuk bertanya, pasien banyak bertanya tentang penyakitnya).
 - b. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dan perawatan di rumah. (pasien kooperatif dan mendengarkan dengan baik)
 - c. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga untuk menghindari bahan alergen yang menimbulkan iritasi pernafasan seperti merokok, debu, asap pabrik dan lain-lain. (pasien kooperatif dan pasien berjanji akan menghindari bahan iritan).
 - d. Memastikan bahwa pasien mampu mendemonstrasikan penjelasan perawat dengan pertanyaan kembali tentang penyakitnya.

3.4 Evaluasi.

1. Diagnosa keperawatan pertama.

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakeo bronkial akibat peningkatan seckret.

a. Subyektif.

- 1) Pasien mengatakan batuk berkurang terutama pada pagi hari.
- 2) Pasien mengatakan dahak dapat dikeluarkan.

b. Obyektif.

- 1) Dahak pasien berkurang dan dapat dikeluarkan.
- 2) Tidak ada suara tambahan ronchi.

c. Assesement : pasien mengatakan batuk berkurang dan dahak dapat dikeluarkan serta tidak ada suara tambahan ronchi, sehingga masalah pasien dapat teratasi.

d. Planning : rencana tindakan di hentikan dan dilakukan follow up.

2. Diagnosa keperawatan kedua.

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penatalaksanaan dirumah.

a. Subyektif.

- 1) Pasien mengatakan mengerti tentang proses penyakitnya dan penatalaksanaanya.

2) Pasien mengatakan mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan dengan menghindari merokok dan polusi.

b. Obyektif.

1) Pasien tidak tegang.

2) Nadi 88 kali / menit.

3) Pasien mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.

c. Assesement : pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah dan pasien mengatakan mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan dan menghindari merokok dan polusi, sehingga masalah dapat teratasi.

d. Planning : rencana tindakan dihentikan dan follow up.