

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk lebih memahami asuhan keperawatan pasien bronkhitis dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus bronkhitis di ruang rawat inap RS Paru Karang Tembok Surabaya dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai tanggal 18 Mei –20 Mei 2015.

#### **3.1. Pengkajian.**

##### **3.1.1. Pengumpulan Data**

###### 1. Identitas pasien

Nama Tn B, Umur 30 tahun, Jenis kelamin laki-laki, Suku Jawa bangsa Indonesia, Pendidikan SMP, Pekerjaan buruh pabrik sebagai pemotong besi, Alamat JL tenggumung wetan 4/17,Surabaya, diagnosa medis bronkhitis akut, nomor register 1335xx, tanggal masuk rumah sakit (MRS) 17 Mei 2015.

###### 2. Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk

###### 3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk berdahak± 2 minggu dengan dahak berwarna putih kehijauan kental lengket, oleh pasien dibawa ke dokter, setelah diberi obat pasien sembuh. Kemudian batuk timbul lagi bila terlalu banyak menghirup asap dan terasa sesak, oleh keluarga dibawa ke poli penyakit dalam RS Paru Karang Tembok kemudian MRS ( masuk rumah sakit ) tanggal 17 Mei 2014

4. Riwayat penyakit dahulu.

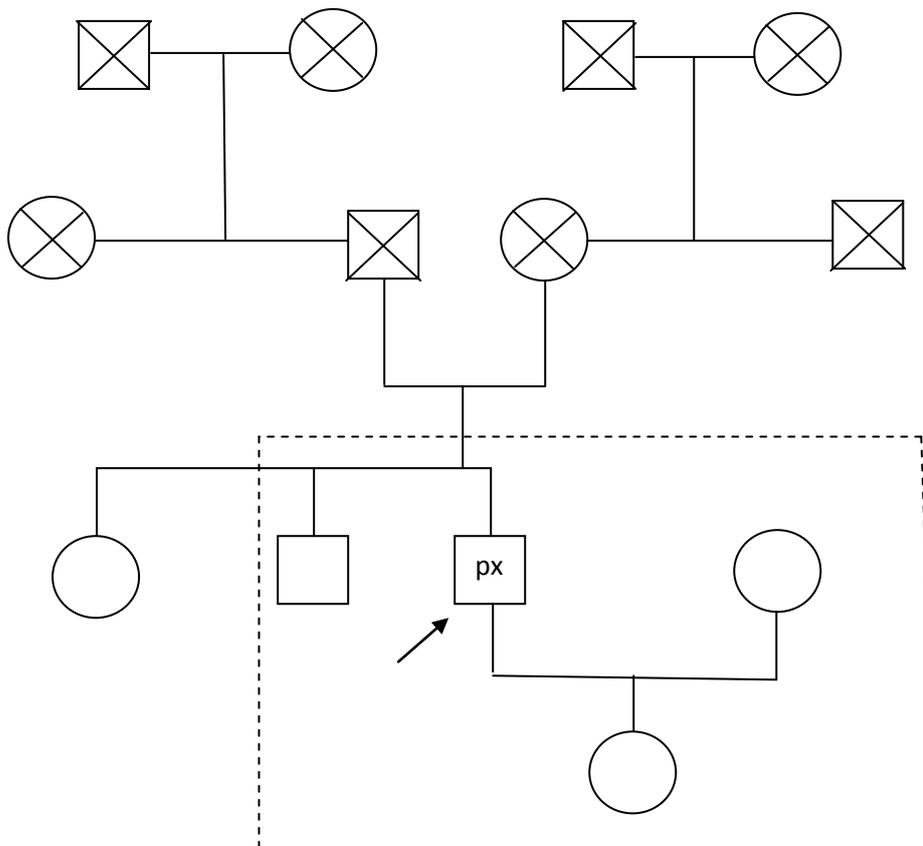
Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit bronkhitis atau asma sebelumnya, pasien tidak merokok.

5. Riwayat penyakit keluarga.

Dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien dan pasien tidak mempunyai penyakit menular dan keturunan lainnya seperti hipertensi, diabetes melitus, hepatitis.

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

Genogram :





makan, berat badan 55 kg, setiap pagi pasien selalu minum kopi, pasien minum air putih 6-8 gelas sehari.

MRS : pasien makan 3 kali sehari,dengan komposisi nasi, lauk pauk, dan sayur dengan 1 porsi dan habis, pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan,berat badan 54 kg, diet TKTP ( tinggi karbohidrat tinggi protein ) minum 6-8 gelas / hari.

c. Pola aktivitas

SMRS : pasien aktif bekerja sebagai buruh pabrik bagian pemotongan besi, semua aktifitas di kerjakan sendiritanpa bantuan keluarganya , pasien tidak mempunyai kebiasaan olahraga pagi.

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

d. Pola eliminasi.

SMRS : pasien buang air besar 1 kali sehari, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas tidak ada komplikasi atau diare, pasien buang air kecil 3-4 kali sehari dengan konsistensi kuning jernih, bau khas .

MRS : pasien buang air besar 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan tidak terjadi konstipasi atau diare, pasien buang air kecil 3-4 kali sehari dengan konsistensi kuning jernih, bau khas pasien tidak terpasang kateter, pasien tidak menggunakan obat- obat yang dapat membantu melancarkan defekasi.

e. Pola istirahat dan tidur.

SMRS : pasien tidur 7-8 jam / hari, pasien tidak terbiasa tidur siang karena harus bekerja sebagai buruh pabrik , pasien tidur malam jam 23.00 – 05.00 WIB dengan keadaan lampu remang- remang dan di temani istri.

MRS : pasien tidur 8-10 jam / hari, pasien tidur malam jam 22.00 – 05.00 WIB. Kualitas tidur baik, pasien tidak pernah mengalami gangguan saat tidur.

f. Pola persepsi sensorik dan kognitif.

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada kelima panca inderanya, pasien sering bertanya tentang penyakitnya yang tidak sembuh-sembuh, pasien takut penyakitnya tidak bisa sembuh.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri.

Gambaran diri : pasien mengatakan menerima dengan keadaan penyakitnya saat ini.

Harga diri :pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

Ideal diri :pasien mengatakan berharap agar penyakit yang dideritanya saat ini bisa cepat sembuh.

Peran : pasien mengatakan perannya sebagai seorang kepala rumah tangga dan suami dari kedua anak – anaknya tidak maksimal karena harus dirawat di rumah sakit.

Identitas diri : pasien berjenis kelamin laki – laki, klien bernama Tn.B, pasien berumur 30 tahun.

h. 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 dan mencari nafkah untuk keluarganya.

i. Pola reproduksi dan seksual.

Pasien berusia 30 tahun, mempunyai istri, mempunyai anak 1 orang anak perempuan, selama di rumah sakit pasien tidak pernah melakukan hubungan seksual karena sadar bahwa dirinya sakit dan berada di rumah sakit.

j. Pola penanggulangan stress.

SMRS : bila ada masalah dalam keluarga selalu di pecahkan secara bersama dan pasien selalu mengambil keputusan, mekanisme koping yang sering digunakan pasien adalah melakukan diskusi dengan istrinya.

MRS : pasien lebih banyak mendiskusikan bersama keluarganya bila ada masalah waktu di rumah sakit.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan.

SMRS : pasien beragama Islam, aktif dalam ibadah sholat 5 waktu.

MRS : pasien tidak melakukan shalat 5 waktu saat sakit, pasien hanya berdo'a pada supaya penyakitnya bisa sembuh

### **Pemeriksaan fisik**

1. Status kesehatan umum

Keadaan penyakit Akut, Kesadaran pasien composmentis, suara pasien jelas, RR (respiratory rate) : 26x/mnt, tipe pernafasan : takipneu, Nadi : 88x/mnt irama teratur, Tekanan darah : 110/70 mmhg, Spo2 : 95 mmhg

## 2. Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, rambut berwarna hitam, dan tidak ada nyeri tekan.

## 3. Muka

Bentuk muka simetris, tidak ada lesi, dan ekspresi wajah tampak gelisah.

## 4. Mata

Bentuk mata simetris, kelopak mata bersih, konjungtiva merah muda, tidak ada peradangan, pergerakan bola mata simetris kanan dan kiri, pupil reflek cahaya kanan dan kiri baik.

## 5. Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada peradangan atau pendarahan, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri tekan.

## 6. Hidung

Bentuk hidung simetris, lubang hidung terdapat bulu dan sekret, tidak ada lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung, dan tidak ada nyeri tekan.

## 7. Mulut dan faring

Bentuk simetris, mukosa bibir kering, tidak ada pendarahan pada gusi, lidah tampak bersih, tidak terjadi pembesaran tonsil, dan tidak ada karies gigi.

## 8. Leher

Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan nadi karotis teraba.

## 9. Thorak

Inspeksi : tampak sesak, irama nafas lambat dan dalam, ekspirasi lebih panjang dari pada inspirasi, pergerakan dada kanan dan kiri simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara sonor pada paru, dan suara redup pada jantung.

Auskultasi : terdapat suara nafas tambahan ronchi di dada sebelah kanan.

## 10. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat pembesaran organ hati.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, dan tidak terdapat benjolan pada abdomen.

Perkusi : tidak kembung.

Auskultasi : bising usus terdengar normal 16x/ mnt.

## 10. Inguinal, genital, dan Anus

Tidak ada benjolan, tidak ada kelainan pada genetalia dan anus, tidak ada hemoroid, dan sekitar genetalia dan anus bersih.

## 11. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak ada pembengkakan, akral hangat CRT < 2 detik, tidak didapatkan sianosis. dan tidak ada nyeri tekan.

## 12. Ekstremitas dan neurologis

Reflektot normal, kekuatan ekstremitas baik, GCS 456, tingkat kesadaran composmentis, dan pada tangan kanan terpasang infusRL 14 tpm.

### Pemeriksaan penunjang

1. Foto thorax ( P.A ) tanggal 18 Mei 2015

Cor : membesar dan tampak normal.

Pulmo : tak tampak spesifikasi / non spesifikasi.

2. Pemeriksaan laboratorium :

#### Tanggal 19 Mei 2015

<u>Hematologi</u>	<u>H.P</u>	<u>Normal</u>
a. Eritrosit	4,71	3 – 6.5
b. Hemoglobin	11.69	11.5 – 18.0 g/dl
c. Hematokrit	41	35.0 – 54.0 %
d. Leukosit	11200	4 – 11 ribu
e. Trombosit	369000	150 – 450 ribu
<u>Imunologi</u>	<u>H.P</u>	<u>Normal</u>
HBSAg	Negatif	Negatif
<u>Faal Hati</u>		
SGOT	23,6	0,0 – 31,0 u/L
SGPT	21,3	0,0 – 32.0 u/L
<u>Elektrolit</u>		
Kalium	4,4	3,6 – 5,5
Klorida	98	98 - 107
Natrium	141	135 – 155 mmol/L
<u>Faal Ginjal</u>		
BUN	25	10 – 50 mg/dl
Creatinin	0,9	P O,7 – 1,2 mg/dl



dokter atau perawat tentang sakitnya, Nadi 88 kali / menit, Tanda – tanda vital, tensi : 110 / 70 mmhg, Nadi : 88 kali / menit, suhu : 36,5C, RR: 26 kali / menit, pasien mengatakan tidak pernah mendapatkan informasi tentang penyakitnya.

Kemungkinan penyebab : kurangnya informasi tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan di rumah.

Masalah keperawatan : kurang pengetahuan.

### **3.1.3 Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi lendir,ditandai dengan batuk berdahak, dahak berwarna putih, kehijauan dan lengket, adanya suara tambahan ronchi.
2. Kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakitnya ditandai dengan pasien takutpenyakitnya tidak bisa sembuh, pasien banyak bertanya pada dokter dan perawat, tekanan darah 110 / 70 mmhg, nadi 88 / menit.

## **3.2 Perencanaan**

**Tanggal 18 Mei 2015**

1. Diagnosa I : Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi lendir.

Tujuan : jalan napas kembali efektif dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil :

- 1) Pasien dapat bernapas dengan efektif.
- 2) Tidak terdapat dispnea ( RR 16 – 24 kali / menit, irama teratur ).

- 3) suara napas normal
- 4) mampu melakukan batuk efektif
- 5) Produksi sekret berkurang.

Rencana tindakan :

- a) Observasi pola nafas, dan bunyi nafas, misalnya wheezing atau ronchi.  
Rasional : Untuk mengetahui keadaan pola nafas, dan bunyi nafas pasien. Batuk efektif membutuhkan napas dalam dan kontraksi otot pernapasan.
- b) berikan pasien posisi yang nyaman misalnya kepala lebih tinggi dari pada kaki. (semi fowler).  
Rasional : peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan.
- c) Bantu fisioterapi pada pemberian ( vibrasi dan clapping ).  
Rasional : Mengeluarkan lendir yang tersembunyi pada jalan nafas dan untuk membersihkan lendir.
- d) Ajari cara batuk efektif yakni dengantarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung di batukkan setiap satu jam 2 kali.  
Rasional : Untuk mempermudah pasien dalam proses pengeluaran sputum.
- e) Berikan cairan hangat (teh panas) untuk dihirup uapnya dan diminum ketika hangat.

Rasional : Menghiup uapnya membantu menurunkan kekentalan sekret mempermudah pengeluaran, penggunaan air hangat dapat menurunkan spasme bronkus.

- f) Observasi tanda – tanda vital dan pemberian oksigen.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum pasien dan perkembangan selanjutnya.

- g) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan terapi nebulizer.

Rasional : Membantu membebaskan jalan napas dengan cara melaksanakan program dependent.

2. **Diagnosa II** : Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit dan perawatan dirumah.

**Tanggal 18 Mei 2015**

Tujuan : pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit dan perawatan dirumah dalam waktu 1 x 24 jam.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan dirumah.
- 2) Pasien mampu menerapkan usaha pencegahan.
- 3) pasien tidak cemas, tanda – tanda vital dalam batas normal.
- 4) Tidak terjadi kekambuhan pada pasien.

Rencana tindakan :

- a) Memberikan penjelasan tentang proses penyakit pasien.

Rasional : Menurunkan ansietas, agar pasien paham tentang proses penyakitnya

- b) Berikan dorongan pada pasien untuk mengungkapkan perasaanya.

Rasional : Membantu memberikan dorongan untuk bisa mengungkapkan perasaannya secara terbuka

- c) Jelaskan pada pasien dan keluarga agar menghindari faktor-faktor yang menimbulkan gangguan pernapasan seperti polusi, debu, dan asap rokok

Rasional : meningkatkan pengetahuan pasien tentang faktor-faktor yang dapat menimbulkan gangguan pernafasan

- d) Jelaskan pentingnya penggunaan APD (alat pelindung diri) seperti masker saat kontak langsung dengan debu dan asap.

Rasional : Mengurangi resiko batuk dan sesak nafas

- e) Pastikan pasien mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan.

Rasional : Mengetahui respon pasien terhadap penjelasan perawatan dalam usaha pencegahan terjadinya serangan ulang.

### **3.3 Pelaksanaan**

**Diagnosa I** :Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi lendir,ditandai dengan batuk berdahak, dahak berwarna putih, kehijauan dan lengket, adanya suara tambahan ronchi.

#### **Tanggal 18 Mei 2015**

1. Jam 09.10 wib : Mengobservasi pola nafas dan bunyi nafas pasien

Respon pasien : pasien sesak dan ada suara tambahan ronkie.

2. Jam 09:20 wib : Memberikan pasien posisi yang nyaman misalnya kepala lebih tinggi dari pada kaki. (semi fowler).

Responpasien : pasien kooperatif dan bisa lakukan posisi semi fowler.

3. Jam 09.30 wib : Membantu dan pantau fisioterapi dada, vibrasi dan clapping.

Respon pasien : pasien kooperatif dan tampak rileks

4. Jam 09.50: Memberikan penjelasan dan mengajurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selam 3x yang terakhir langsung dibatukkansetiap satu jam 2 kali.

Respon pasien : pasien kooperatif dan langsung melakukan apa yang perawat sarankan.

5. Jam 10.10 : Memberikan cairan hangat (teh panas) untuk dihirup uapnya dan diminum ketika sudah dingin

Respon pasien : pasien kooperatif langsung melakukan apa yang disarankan dengan cara menghirup uapnya untuk membantu menurunkan kekentalan sekret

6. Jam 10.15 : Mengobservasi tanda – tanda vital dan pemberian terapi oksigen

Respon pasien : pasien kooperatif. Tensi : 110/70 mmhg, Nadi 88 kali/ menit, RR 26 kali/ menit, Suhu : 36,5 C. Terpasang oksigen nasal canule 4 liter

7. Jam 10.20 : Melakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan terapi nebulizer

Respon pasien : pasien mau minum obat sesuai dengan yang diadvikan dokter, obat yang diberikan yaitu Ambroxol diminum 3 kali sehari, nebulizer yaitu ventolin 3x2 mg.

### **Tanggal 19 Mei 2015**

1. Jam 09.20 wib : Membantu pasien untuk mengambil posisi yang nyaman (misalnya dengan posisi semi fowler).

Respon pasien : pasien kooperatif dan bisa lakukan posisi semi fowler.

2. Jam 09.30 wib :Memberikan penjelasan dan mengajurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selam 3x yang terakhir langsung dibatukkansetiap satu jam 2 kali.

Respon pasien : pasien kooperatif dan langsung melakukan apa yang perawat sarankan.

3. Jam09.45 wib : Memberikan cairan hangat (teh panas) untuk dihirup uapnya dan diminum ketika hangat.

Respon pasien : pasien kooperatif dan tetap melakukan apa yang disarankan dengan cara menghirup uapnya untuk membantu menurunkan kekentalan sekret dan meminumnya setelah hangat

4. Jam 10.00 wib : Mengobservasi tanda – tanda vital

Respon pasien : pasien kooperatif, sesak berkurang, Tensi : 120/80 mmhg, Suhu : 36,7C, Nadi 88 kali/ menit, RR 24 kali/ menit, Terpasang Oksigen nasal kanul 2 liter.

5. Jam 10.45 wib : Melakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

Respon pasien : pasien mau minum obat sesuai dengan yang diadvikan dokter, obat yang diberikan yaitu Ambroxol diminum 3 kali sehari.

### **Tanggal 20Mei 2015**

1. Jam 09.00 wib : Memberikan penjelasan dan mengajurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selam 3x yang terakhir langsung dibatukkansetiap satu jam 2 kali.

Respon pasien : pasien kooperatif dan langsung melakukan apa yang perawat sarankan.

2. Jam 09.15 wib : Memberikan cairan hangat (teh panas) untuk dihirup uapnya dan diminum ketika hangat.

Respon pasien : pasien kooperatif dan tetap melakukan apa yang disarankan dengan cara menghirup uapnya untuk membantu menurunkan kekentalan sekret dan diminum setelah hangat

3. Jam 09.30 wib : Mengobservasi tanda – tanda vital

Respon pasien : pasien kooperatif. tidak sesak, Tensi : 120/80 mmhg, Suhu : 36,7 C, Nadi 80 kali/ menit, RR 22 kali/ menit.

4. Jam 09.45 wib : Melakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

Respon pasien : pasien mau minum obat sesuai dengan yang diadvikan dokter, obat yang diberikan yaitu Ambroxol diminum 3 kali.

**Diagnosa II** :Kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakitnya ditandai dengan pasien takut terhadap penyakitnya, pasien banyak bertanya pada dokter dan perawat.

**Tanggal : 18 Mei 2015**

1. jam 10.40 wib : Mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya.

Respon pasien : pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya.

2. Jam 10.45 wib : Memberikan dorongan pada pasien untuk bertanya.

Respon pasien : pasien kooperatif dan pasien banyak bertanya tentang penyakitnya.

3. Jam 10.55 wib: Memberi penjelasan tentang penyakitnya dan perawatan dirumah.

Respon pasien : pasien kooperatif dan mendengarkan dengan baik.

4. Jam 11.15 wib: Menjelaskan kepada pasien dan keluarga untuk menghindari bahan alergi yang menimbulkan iritasi pernapasan seperti asap rokok, debu, asap pabrik dan lain – lain.

Respon pasien : pasien kooperatif dan pasien berjanji akan berusaha menghindari bahan yang menimbulkan gangguan pernapasannya.

5. Jam 11.25 wib : Menjelaskan pentingnya penggunaan APD ( alat pelindung diri ) seperti masker saat kontak langsung dengan debu dan asap.

Respon pasien : pasien kooperatif dan faham tentang pentingnya penggunaan APD ( alat pelindung diri )

6. Jam 11.30 wib: Memastikan bahwa pasien mampu mendokumentasikan penjelasan perawat dengan pertanyaan kembali tentang penyakitnya.

Respon pasien : pasien mampu menjelaskan kembali dan akan melaksanakan apa yang disarankan oleh perawat.

### **3.4 Evaluasi**

#### **3.4.1 Cacatan Perkembangan**

##### **1. Diagnosa I**

**Tanggal 18 Mei 2015**

Ketidak efektifan bersih jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi lendir, ditandai dengan batuk berdahak, dahak berwarna putih, kehijauan dan lengket, adanya suara tambahan ronchi.

S : Pasien mengatakan batuk dan sesak terutama pada pagi hari, Pasien mengatakan dahak dapat dikeluarkan warna putih kehijauan kental dan lengket

O : Dahak pasien berkurang dan dapat dikeluarkan, Ada suara tambahan ronchi, Terpasang oksigen nasal kanul 4 liter, Tanda-tanda vital. Tensi : 110/70 mmhg, Nadi : 88 kali/menit, Suhu : 36,5 C, RR: 26 kali/menit.

A : masalah ketidak efektifan bersihan jalan napas sudah teratasi sebagian.

P : intervensi dilanjutkan

### **Tanggal 19 Mei 2015**

Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi lendir, ditandai dengan batuk berdahak, dahak berwarna putih, kehijauan dan lengket, adanya suara tambahan ronchi.

S : Pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang terutama pada pagi hari, Pasien mengatakan dahak dapat dikeluarkan berwarna putih dan lengket.

O : Dahak pasien berkurang dan dapat dikeluarkan, Ada suara tambahan ronchi, Terpasang oksigen nasal kanul 2 liter, Tanda – tanda vital, tensi : 120/80 mmhg, Nadi : 84 kali/ menit, Suhu : 36,7 C, RR : 24 kali/ menit.

A : masalah teratasi sebagian.

P : intervensi dilanjutkan.

### **Tanggal 20 Mei 2015**

Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi lendir, ditandai dengan batuk berdahak, dahak berwarna putih, kehijauan dan lengket, adanya suara tambahan ronchi.

S : Pasien mengatakan batuk sudah berkurang dibandingkan hari pertama dan kedua, tidak sesak, Pasien mengatakan sudah tidak ada dahaknya.

O : Dahak sudah tidak ada, Tidak ada suara tambahan ronchi, Sudah tidak sesak, Oksigen dilepas, pernapasan normal kembali, Tanda – tanda vital, tensi : 120/80 mmhg, Nadi : 80 kali/ menit, Suhu : 36,5 C, RR : 22 kali/ menit.

A : masalah ketidak efektifan bersihan jalan napas sudah teratasi.

P : intervensi dihentikan pasien pulang pukul 13:30 WIB.

## 2. **Diagnosa II**

Tanggal 18 Mei 2015

Kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakitnya ditandai dengan pasien takut terhadap penyakitnya, pasien banyak bertanya pada dokter dan perawat.

S : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang proses penyakitnya dan penatalaksanaanya, Pasien mengatakan mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan dengan menghindari asap rokok, debu,dan polusi.

O : Pasientampaktenang, Tensi 110/70 mmhg, Nadi 88 kali / menit,Suhu 36,5 C, RR 26 kali/menit, Pasien mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.

A : masalah kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit dan perawatan dirumah sudah teratasi.

P : intervensi dihentikan.