BAB 4

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Tinjauan Kasus

Dalam tinjauan kasus ini penulis melakukan penelitian dengan membandingkan dua orang pasien *bronkitis kronis* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Rumah Sakit Paru Surabaya.

4.1.1 Tinjauan Kasus Pasien Pertama

Asuhan keperawatan pada Tn.S di ruang Chery Rumah Sakit Paru Surabaya , sejak tanggal 4 Agustus 2016 dengan diagnosa medis *Bronkitis Kronis* melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah sebagai berikut:

4.1.1.1 Pengumpulan Data

Dilakukan pengkajian data pada tanggal 5Agustus 2016, pukul 07.30 WIB.

1. Identitas pasien: Tn.S, jenis kelamin: laki- laki, umur: 61 tahun, agama: Islam, suku/bangsa: Madura/Indonesia, pendidikan: tamat SD, pekerjaan: tukang parkir, alamat: Kupang Gunung Jaya x/x, tanggal masuk rumah sakit: 4 Agustus 2016pukul 18.00WIB, nomor register: 0968xx, diagnosa medis: *Bronkitis Kronis.*
2. Keluhan utama

   Pasien mengatakan batuk.

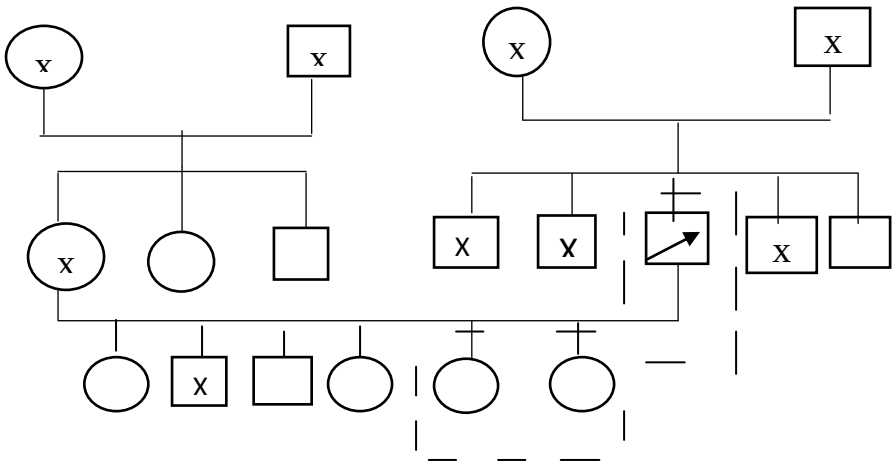
3. Riwayat Penyakit Sekarang

   Pasien mengatakan batuk, nyeri dada bagian tengah dan sesak nafas sejak 31 juli 2016. Pasien periksa ke poli paru pada tanggal 1 agustus 2016 dan diberikan obat ambroxol, kemudian dokter menyarankan untuk opname. Pasien MRS pada tanggal 4 Agustus 2016 dengan diagnosa medis *bronkitis kronis*.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

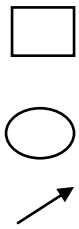
   Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit *Bronkitis* selama lima tahun. Sebelumnya pasien pernah opname di Rumah Sakit pada bulan juli 2016 selama 2 hari karena operasi katarak. Pasien juga memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu.

   GENOGRAM



Gambar 4.1.1.1 Genogram pasien pertama

Keterangan:



: Laki-Laki

: Perempuan

: Pasien

X : meninggal

— — — : tinggal serumah

5. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul kembali di rumah bersama keluarganya, hubungan pasien dengan keluarga dan tenaga medis di rumah sakit terjalin dengan baik.

6. Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum MRS : pasien mengatakan pasien makan 3x sehari habis satu porsi berisi: nasi, lauk, sayur, dan buah.Pasien minum air putih 1200 cc/hari.

Saat MRS : pasien mengatakan nafsu makan berkurang, makan 3x sehari habis setengah porsi berisi bubur tim. Pasien biasa minum air putih 1000 cc/hari.

b. Pola eliminasi

1) Pola eliminasi alvi

Sebelum MRS : pasien mengatakan pasien buang air besar tiap pagi warna kuning dan konsistensi lembek, dan tidak ada kesulitan.

Saat MRS : pasien mengatakan pasien belum BAB.

2) Pola eliminasi urine

Sebelum MRS : pasien mengatakan pasien biasanya buang air kecil 6 kali dalam sehari, warna kuning bening, dan berbau khas.

Saat MRS : pasien mengatakan BAK 4-6 kali dalam sehari, warna kuning dan bau khas.

c. Pola persepsi dan konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan merasa baahwa anggota tubuhnya dibagian saluran pernafasan terhambat, sehingga mengganggu aktivitas saat bernafas dalam pergerakan dada.

2) Harga diri

Pasien mengatakan memiliki harga diri yang dipandang orang lain dan keluarga sebagai individu yang baik, tidak merasa malu terhadap penyakit yang dialaminya sekarang.

3) Ideal diri

Pasien mengatakan dalam kesehariannya pasien adalah seorang yang memiliki tujuan hidup serta berguna bagi diri sendiri dan orang lain dan memiliki keinginan untuk cepat sembuh agar bisa melaksanakan tujuan hidupnya serta berguna bagi dirinya dan orang lain.

4) Peran

Pasien mengatakan pasien sebagai tukang parkir, dan pasien anak ke 3 dari 5 bersaudara.

5) Identitas Diri

Pasien mengatakan pasien berumur 61 tahun, sudah menikah, dan memiliki 6 orang anak.

d. Pola Sensori dan Kognitif

Pola sensori :Pasien mengatakan indera pengelihatan, indera pendengaran, indera perasa, indera pembau berfungsi denganbaik.

Pola Kognitif :Pasien mengatakan pasien mengetahui penyakit yang dialaminya, penyebab, perawatan selama di rumah sakit dan cara mencegah agar tidak kambuh.

e. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum MRS : Pasien mengatakan mampu melakukan ADL secara mandiri.

Setelah MRS : pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga.

f. Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan berjenis kelamin laki- laki, sudah menikah.

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 4-5-6, tensi 130/80 mmHg, frekuensi pernafasan 25 x/menit, dengan irama pernafasan reguler, suhu tubuh 36°C, nadi 86 x/menit.

b. Muka

Bentuk simetris, tidak terdapat lesi.

c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva tidakanemis,sklera putih, mata tidakcowong.

d. Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, keadaan hidung bersih, tidak ada polip, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, terpasang O2 nasal 3lpm.

Palpasi : tidak terdapat fraktur pada tulang hidung.

e. Mulut dan faring

Bentuk simetris, gigi dan lidah bersih, mukosa bibir tidak kering.

f. Thorax

Inspeksi : dada kanan dan kiri simetris, pergerakan dada kanan dan kiri simetris, bentuk dada normal chest dan tidak ada luka, irama pernafasa reguler, irama pernafasan takipnea, kedalaman pernafasan .

Palpasi : paru-paru tidak teraba massa dan tidak terdapat nyeri tekan pada dada.

Perkusi : jantung terdengar pekak dan paru-paru terdengar sonor.

Auskultasi : paru-paru terdengar suara tambahan ronchidextrabagian atas, jantung terdengar s1, s2 tunggal (lupdup).

g. Abdomen

Inspeksi: bentuk simetris dan tidak ada pembesaran pada abdomen.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi: bunyi timpani

Auskultasi: bising usus 14x/menit.

h. Inguinal, genital, dan anus: keadaan bersih dan tidak terpasang kateter.

i. Integumen

Inspeksi: warna kulit sawo matang, tidak ada sianosis, tidak ada ikterus.

Palpasi: akral hangat dan turgor kulit elastis.

j. Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas dapat digerakkan dengan normal dan tidak terjadi penurunankekuatan otot, GCS: 4-5-6, dankesadaran composmentis.

8. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium (4 Agustus 2016)

Nama pemeriksaan	**Metode**	**Hasil**	**Nilai Normal**
Ph		7,41	7, 35-7,45
PaO2	MmHg	82	80-100
PaCO2	MmHg	44	35-45
HCO3	mEq/I	22	22-26

b) Pemeriksaan Radiologi (3 Agustus 2016)

Pemeriksaan : Foto Thorax

Hasil : Bronkitis

c) Terapi: Infus pz 14tpm, Injeksi Ceftriaxon 2x100mg, injeksi ranitidin 2x100mg, analsik 3x500mg, ventolin nebules 1x2,5mg.

4.1.1.2 Analisa Data/Sintesa

Analisa data dilakukan pada tanggal 5 Agustus 2016 pukul 09.00 WIB. Pada Tn. S umur 61 tahun di ruang Chery dengan nomer registrasi : 0968xx, ditemukan data fokus sebagai berikut:

Tanggal 5 Agustus 2016 pukul 08.00 WIB.

1. Analisa data yang pertama

a. Data Suyektif: Pasien mengatakan batuk berdahak, sesak nafas.

b. Data Obyektif:paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextrabagian atas,dahak berwarna putih, terpasang O_2 nasal 3 lpm, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea, tensi: 130/80mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 36°C, RR: 25x/menit. hasil foto thorax menunjukkan bronkitis.

Masalah: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Etiologi: invasi virus parainfluenza, asap rokok dan polusi udara ke saluran nafas dalam menyebabkan pembengkakan bronkus, dan mengakibatkan sekresi mucus yang menutupi jalan nafas.

4.1.1.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.S adalah:

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus.

4.1.1.4 Rencana Keperawatan

Tanggal 5 Agustus 2016

Diagnosa keperawatan:

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucusditandai dengan batuk, sesak nafas, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra bagian atas, dahak berwarna putih, terpasang O2 nasal 3 lpm, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea, tensi: 130/80mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 36oC, RR: 25x/menit. hasil foto thorax menunjukkan bronkitis.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapakan jalan nafas terbebas dari produksi mucus berlebihan.

Kriteria Hasil:

a) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak adasianosis dan dyspneu.
b) Menunjukkan jalan nafas yang paten
c) Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang daapat menghambat jalan nafas.

Intervensi:

1. Posisikan pasien semi fowler

   Rasional:untuk memaksimalkan ventilasi

2. Monitor status oksigen pasien

   Rasional:mengetahui perkembangan status oksigen pasien

3. Auskultasi suara nafas sebelum dan setelah suctioning

   Rasional: mengetahui adanya suara nafas tambahan

4. Lakukan fisioterapi dada

   Rasional:agar secret yang menempel pada dinding bronkus lepas dan mudah dikeluarkan

5. Kolaborasi dengan dokter melakukan nebulizer

   Rasional: untuk membantu mengencerkan dahak

6. Ajarkan batuk efektif

   Rasional: agar secret dapat dikeluarkan secara maksimal

7. Berikan O2

   Rasional: mengurangi sesak nafas

8. Lakukan suctioningjika perlu

   Rasional: membantu mengeluarkan secret yang menghalangi jalan nafas

4.1.1.5 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.

Tanggal 5 Agustus 2016

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.30) Membina hubungan saling percaya.

Respon: dapat terjalin hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat

2. (Jam 07.35) Melakukan pengkajian kepada pasien.

Respon: pasienmenjawab semua pertanyaan yang diajukan

3. (Jam 08.00) Observasi tanda-tanda vital pasien.

Respon:Tensi: 130/80mmHg, Suhu: 36°C, RR: 25 x/menit, Nadi: 88x/menit

4. (Jam 08.30) Melakukan injeksi IV: Ceftriaxon 2x100 mg, ranitidin 2x100 mg

Respon: pasien tidak ada alergi obat.

5. (Jam 09.00)Memberikan posisi semi fowler pada pasien

Respon: pasien mampu memaksimalkan ventilasi

6.(Jam09.15) Melakukan nebulezer: ventolin nebules 1x2,5mg

Respon: secret pasien menjadi lebih encer, secret berwarna putih.

7. (Jam 10.15) Melakukan fisioterapi dada

Respon: pasien mampu mengeluarkan dahak yang menghambat jalan nafas

8. (Jam 11.00) Mengajarkan batuk efektif

Respon: pasien mampu melakukan dan mengeluarkan secret

9. (Jam 11.15) Auskultasi suara nafas

Respon: terdengar suara nafas tambahan ronki dextra bagian atas

10. (jam 11.30) Monitor status oksigen pasien

Respon: RR: 25x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea

Tanggal 6 Agustus 2016

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.00) Memberikan O2 nasal 3 lpm

Respon: sesak nafas berkurang

2. (Jam 07.30) Memberikan obat per oral: analsik 3x500 mg.

Respon: tidak ada alergi obat dan nyeri dada berkurang.

3. (Jam 08.00) Observasi tanda- tanda vital.

Respon:Tensi: 130/90mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,2^{o}C, RR:24x/menit.

4. (Jam 08.30) Memberikan injeksi IV: Ceftriaxon 2x100 mg, ranitidin 2x50 mg

Respon: tidak ada alergi obat.

5. (Jam 09.00) Memberikan posisi semi fowler

Respon: pasien mampu memaksimalkan ventilasi

6. (Jam 09.15) Auskultasi suara nafas.

Respon: terdengar suara nafas tambahan ronchi dextra bagian atas.

7. (Jam 09.45) Melakukan nebulezer: ventolin 1x2,5mg.

Respon: pasien menjadi lebih encer, secret berwarna putih.

8. (Jam 10.30) Melakukan fisioterapi dada.

Respon: pasien mampu mengeluarkan dahak yang menghambat jalan nafas

9.(Jam 11.00) Monitor status oksigen pasien

Respon: RR: 24x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea

10. (Jam 11.30) Memberikan penyuluhan tentang penyakit bronkitis

Respon: pasien mengerti.

Tanggal 7 Agustus 2016

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.00) Memberikan O2 nasal 3 lpm

Respon: sesak nafas pasien berkurang

2. (Jam 07.30) Memberikan obat per oral: analsik 3x500 mg.

Respon: nyeri dada berkurang dan tidak ada alergi obat.

3. (Jam 08.00) Observasi tanda- tanda vital.

Respon: Tensi: 130/70mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36oC, RR:22x/menit.

4. (Jam 08.30) Memberikan injeksi IV: Ceftriaxon 2x100 mg, ranitidin 2x100 mg.

   Respon: tidak ada alergi obat.

5. (Jam 09.00) Memberikan posisi semi fowler

   Respon: pasien mampu memaksimalkan ventilasi

6. (Jam 09.15) Auskultasi suara nafas.

   Respon: terdengar suara nafas tambahan ronchi dextra bagian atas.

7. (Jam 09.45) Melakukan nebulezer: ventolin 1x2,5mg.

   Respon: secret pasien menjadi lebih encer, secret berwarna putih.

8. (Jam 10.30) Melakukan fisioterapi dada.

   Respon: pasien mampu mengeluarkan dahak yang menghambat jalan nafas

9. (Jam 11.00) Monitor status oksigen pasien

   Respon: RR: 22x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea.

Tanggal 8 Agustus 2016

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.30) Memberikan obat per oral: analsik 3x500 mg.

   Respon: nyeri dada berkurang dan tidak ada alergi obat.

2. (Jam 08.00) Observasi tanda- tanda vital.

Respon: Tensi: 130/70mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36°C, RR:20x/menit.

3. (Jam 09.15) Auskultasi suara nafas.

Respon: sudah tidak terdengar suara nafas tambahan.

4. (Jam 11.00) Monitor status oksigen pasien

Respon: RR: 20x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea.

4.1.1.6 Evaluasi

Diagnosa keperawatan:Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus.

Catatan perkembangan tanggal 5 Agustus 2016

S: Pasien mengatakan batuk berdahak, dan sesak nafas.

O: paru-paru terdengar suara tambahan ronchidextrabagian atas, dahak berwarna putih, terpasang O_2 nasal 3 lpm,irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea,tensi: 130/80mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 36oC, RR: 25x/menit.

A: Masalah belum teratasi.

P: Intervensi1, 2, 3, 4, 5, 7 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 6 Agustus 2016

S: Pasien mengatakan batuk berdahak dan sesak

O: paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextrabagian atas, dahak berwarna putih, terpasang O_2 nasal 3 lpm,irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea,tensi: 130/90mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,2^{o}C, RR:24x/menit

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 7 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 7 Agustus 2016

S: Pasien mengatakanbatuk berkurang, dan sesak nafas berkurang.

O: paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra bagian atas, dahak berwarna putih,irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea, tensi: 130/70mmHg, Nadi: 82x/menit, S: 36°C, RR: 22 x/menit

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi 2 dan 3 dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 8 Agustus 2016

S: Pasien mengatakan sudah tidak batuk dan tidak sesak.

O: paru-paru tidak terdengar suara tambahan ronchi,irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea, tensi: 130/70mmHg, Nadi: 82x/menit, S: 36°C, RR: 20 x/menit.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dihentikan.

4.1.2 Tinjauan Kasus

Asuhan keperawatan pada Tn.R di ruang Chery Rumah Sakit Paru Surabaya, sejak tanggal 7 Agustus 2016 dengan diagnosa medis *Bronkitis Kronis* melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah sebagai berikut:

4.1.2.1 Pengumpulan Data

Dilakukan pengkajian data pada tanggal 8 Agustus 2016, pukul 08.00 WIB.

1. Identitas pasien: Tn. R, jenis kelamin: laki-laki, umur: 54 tahun, agama: Islam, suku/bangsa: Jawa/Indonesia, pendidikan: tamat SMA, pekerjaan: tukang jahit sepatu dipinggir jalan, alamat: Simo Pomahan Baru xx Surabaya. Tanggal masuk rumah sakit: 7 Agustus 2016 pukul 21.00WIB, nomor register: 1492xx, diagnosa medis: *Bronkitis Kronis.*

2. Keluhan utama

   Pasien mengatakan Batuk.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

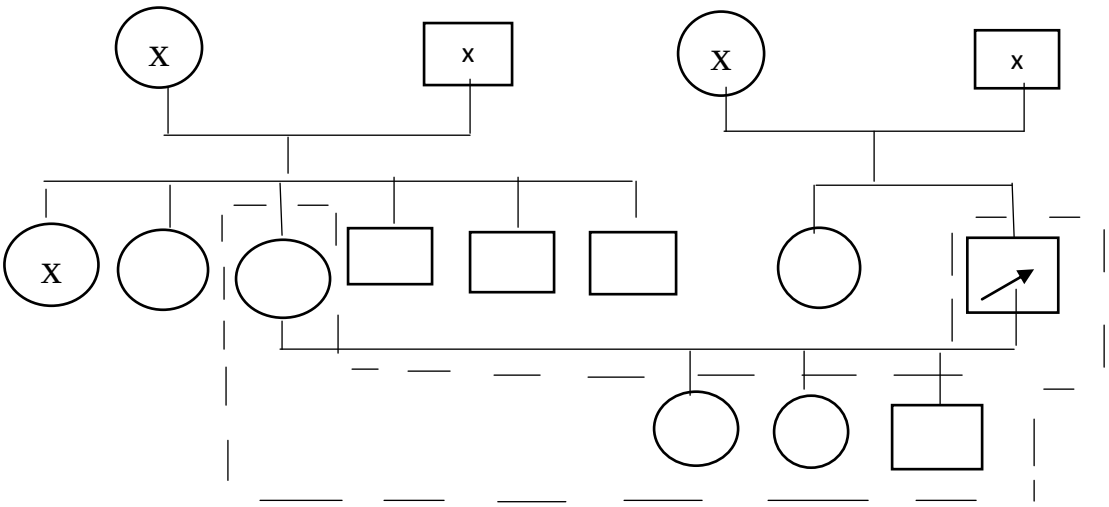
   Pasien mengatakan batuk dan nyeri dadasejak tanggal 1 agustus 2016, serta demam.Pada tanggal 7 Agustus 2016 pasien dibawa ke Rumah Sakit William Booth diberikan terapi nebulezer, kemudian dirujuk ke RS paru Surabaya.Lalu pada tanggal 7 Agustus 2016 pukul 21.00WIB pasien MRS

di ruang Chery Rumah Sakit Paru Surabaya dengan diagnosa medis *Bronkitis Kronis*

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan, mempunyai riwayat penyakit Bronkitis selama dua tahun.Sebelumnya pasien juga pernah opname pada tahun 2014 selama seminggu dengan keluhan demam, batuk, dan nyeri dada.

GENOGRAM



Gambar 4.1.2.1 Genogram pasien kedua

Keterangan:

▭	: Laki-Laki
◯	: Perempuan
↗	: Pasien
X	: Sudah meninggal
— — —	: Tinggal serumah

6. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan selama dirawat di ruang CheryRumah Sakit Paru Surabaya ingin cepat sembuh dan pulang.

7. Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum MRS : pasien mengatakan pasien makan 3x sehari habis satu porsi berisi: nasi, lauk, sayur, dan buah. Pasien minum air putih 1200 cc/hari.

Saat MRS : pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, merasa kenyang, makan 3x sehari habis setengah porsi berisi bubur tim. Pasien biasa minum air putih 800 cc/hari.

b. Pola eliminasi

1) Pola eliminasi alvi

Sebelum MRS : pasien mengatakan pasien buang air besar tiap pagi warna kuning, konsistensi lembek.

Saat MRS : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit.

2) Pola eliminasi urine

Sebelum MRS : pasien mengatakan pasien biasanya buang air kecil 6-8 kali dalam sehari, warna kuning, dan berbau khas.

Saat MRS : pasien mengatakan BAK 4 kali dalam sehari, warna kuning dan bau khas.

c. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum MRS : pasien mengatakan bekerja sebagai penjahit sepatu, mampu melakukan ADL secara mandiri.

Saat MRS : pasien mengatakan ADL dibantu oleh keluarga.

d. Pola persepsi dan konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan merasa baahwa anggota tubuhnya dibagian saluran pernafasan terhambat, sehingga mengganggu aktivitas saat bernafas dalam pergerakan dada.

2) Harga diri

Pasien mengatakan memiliki harga diri yang dipandang orang lain dan keluarga sebagai individu yang baik.

3) Ideal diri

Pasien mengatakan dalam kesehariannya adalah seorang yang memiliki tujuan hidup serta berguna bagi diri sendiri dan orang lain dan memiliki keinginan untuk cepat sembuh agar bisa melaksanakan tujuan hidupnya serta berguna bagi dirinya dan orang lain.

4) Peran

Pasien mengatakan sebagaikepala keluarga, bekerja sebagai penjahit sepatu dipinggir jalan, dan pasien memiliki 2 oraang anak.

5) Identitas Diri

Pasien mengatakan berumur 54 tahun, sudah menikah, dan memiliki 2 orang anak.

e. Pola Sensori dan Kognitif

Pola sensori : pasien mengatakan indera pendengaran, indera perasa, indera pembau, dan indera penglihatan berfungsi dengan baik dan setelah masuk rumah sakit tidak ada gangguan fungsi pada kelima panca inderanya.

Pola Kognitif :pasien mengatakan mengerti penyakit yang dialaminya.

f. Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan berjenis kelamin laki-laki berusia 54 tahun, sudah menikah

8. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 4-5-6, tensi 110/70 mmHg, frekuensi pernafasan 29 x/menit, suhu tubuh 38^0 C, nadi 96 x/menit.

b. Muka

bentuk simetris, tidak terdapat lesi.

c. Mata

bentuk simetris, konjungtiva tidak anemis , sklera putih, mata tidak cowong.

d. Hidung

bentuk simetris, keadaan hidung bersih, tidak ada polip, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, terpasang O_2 nasal 3 lpm.

e. Mulut dan faring

bentuk simetris, gigi dan lidah bersih, mukosa bibir tidak kering.

f. Thorax

Inspeksi: dada kanan dan kiri simetris, pergerakan dada kanan dan kiri simetris, bentuk dada normal chest dan tidak ada luka, irama pernafasa reguler, irama pernafasan takipnea, kedalaman pernafasan.

Palpasi: paru-paru tidak teraba massa dan tidak terdapat nyeri tekan pada dada.

Perkusi: jantung terdengar peka dan paru-paru terdengar sonor.

Auskultasi:paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas, jantung terdengar s1, s2 tunggal (lupdup).

g. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris dan tidak ada pembesaran pada abdomen.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi : bunyi timpani

Auskultasi : bissing usus 16x/menit.

g. Inguinal, genital, dan anus

keadaan bersih dan tidak terpasang kateter.

h. Integumen

Inspeksi : warna kulit sawo matang

Palpasi : akral hangat dan turgor kulit elastis.

j. Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas dapat digerakkan dengan normal dan tidak terjadi penurunan kekuatan otot, GCS4-5-6, dan kesadaran composmentis.

9. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium (8 Agustus 2016)

Nama Pemeriksaan	**Metode**	**Hasil**	**Nilai Normal**
Ph		7.35	7,35-7,45
PO2	mmHg	88	80-100
PCO2	mmHg	47	35-45
HCO3	mEq/I	23	22-26
Lekosit	/uL	19.880	3.800-10.600

b. Pemeriksaan Radiologi (8 Agustus 2016)

Pemeriksaan : Foto Thorax

Hasil : Bronkitis Kronis.

c. Terapi: Infus Pz 14tpm, Infus Levofloxacin 1x750mg, Injeksi Ceftriaxon 2x100mg,injeksi ranitidin 2x100mg, per oral paracetamol 3x500mg, nebulezer: 2x (ventolin 2,5gr + combivent 2cc + pz 3cc).

4.1.2.2 Analisa Data/Sintesa

Analisa data dilakukan pada tanggal 8 Agustus 2016 pukul 09.00 WIB. Pada Tn. R umur 54 tahun di ruang Chery dengan nomer registrasi1492xx, ditemukan data fokus sebagai berikut:

Tanggal 8 Agustus 2016 pukul 09.00 WIB.

1. Analisa data pertama

a. Data Suyektif: Pasien mengatakanbatuk, sesak nafas.

b. Data Obyektif:dahak berwarna putih kekuningan, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas, tensi 110/70 mmHg, frekuensi pernafasan 29 x/menit, dengan irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea, suhu tubuh 38^0C, nadi 96 x/menit, hasil foto thorax menunjukkan bronchitis.

Masalah: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Etiologi:invasi virus parainfluenza, asap rokok dan polusi udara ke saluran nafas dalam menyebabkan pembengkakan bronkus, dan mengakibatkan sekresi mucus yang menutupi jalan nafas.

2. Analisa data kedua

a. Data Suyektif: Pasien mengatakandemam sejak tiga hari yang lalu.

b. Data Obyektif:kulit terasa hangat, tensi 110/70 mmHg, frekuensi pernafasan 29 x/menit, suhu tubuh 38^0C, nadi 96 x/menit, lekosit: 19.880.

Masalah: hipertermia

Etiologi: virus yang masuk melalui saluran pernafasan menginfeksi bronkus, menyebabkan peradangan pada bronkus, dan mengakibatkan hipertermia.

4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. R adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus

2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit peradangan.

4.1.2.4 Rencana Keperawatan

Tanggal: 8 Agustus 2016

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucusditandai dengan batuk, sesak nafas, dahak berwarna putih kekuningan, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas, tensi 110/70 mmHg, frekuensi

pernafasan 29 x/menit, dengan irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea, suhu tubuh 38^0C, nadi 96 x/menit, hasil foto thorax menunjukkan bronchitis.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapakan jalan nafas terbebas dari produksi secret yang berlebih.

Kriteria Hasil:

a) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak adasianosis dan dyspneu.
b) Menunjukkan jalan nafas yang paten
c) Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang daapat menghambat jalan nafas.

Intervensi:

1. Posisikanpasien semi fowler

   Rasional: untuk memaksimalkan ventilasi
2. Monitor status oksigen pasien

   Rasional: mengetahui perkembangan status oksigen pasien
3. Auskultasi suara nafas sebelum dan setelah suctioning

   Rasional: mengetahui adanya suara nafas tambahan
4. Lakukan fisioterapi dada

   Rasional:agar secret yang menempel pada dinding bronkus lepas dan mudah dikeluarkan
5. Kolaborasi dengan dokter melakukan nebulezer

   Rasional: untuk membantu mengencerkan dahak

6. Ajarkan batuk efektif

   Rasional: agar secret dapat dikeluarkan secara maksimal

7. Berikan O_2

   Rasional: mengurangi sesak nafas

8. Lakukan suctioningjika perlu

   Rasional: membantu mengeluarkan secret yang menghalangi jalan nafas

4.1.2.5 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.

Tanggal8 Agustus 2016

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.30) Membina hubungan saling percaya.

   Respon: dapat terjalin hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat

2. (Jam 07.35) Melakukan pengkajian kepada pasien.

   Respon: pasien menjawab semua pertanyaan yang diajukan

3. (Jam 08.00) Observasi tanda-tanda vital pasien.

   Respon: Tensi: 110/70mmHg, Suhu: 38°C, RR: 28x/menit, Nadi: 96x/menit

4. (Jam 08.30) Melakukan injeksi IV:Ceftriaxon 2x100mg, ranitidin 2x100mg

   Respon: pasien tidak ada alergi obat.

5. (Jam 09.00) Memberikan posisi semi fowler pada pasien

   Respon: ventilasi pasien maksimal

6. (Jam09.15) Melakukan nebulezer: 2x (ventolin nebules2,5mg + combivent 2cc + pz 3cc)

   Respon: secret pasien menjadi lebih encer, secret berwarna putih kekuningan.

7. (Jam 10.15) Melakukan fisioterapi dada

   Respon: pasien mampu mengeluarkan dahak yang menghambat jalan nafas

8. (Jam 11.00) Mengajarkan batuk efektif

   Respon: pasien mampu melakukan dan mengeluarkan secret

9. (Jam 11.15) Auskultasi suara nafas

   Respon: terdengar suara nafas tambahan ronki dextra sinistra bagian atas

10. (jam 11.30) Monitor status oksigen pasien

    Respon: RR: 29x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea

11. (Jam 12.00) Memberikan kompres dengan air hangat

Respon: Suhu tubuh: 38°C

Tanggal 9 Agustus 2016

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus.

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.00) Memberikan O2 nasal 3 lpm

Respon: sesak nafas berkurang, RR: 25x/menit

2. (Jam 07.30) Memberikan obat per oral: paracetamol 3x500mg.

Respon: tidak ada alergi obat dan suhu tubuh berangsur turun.

3. (Jam 08.00) Observasi tanda- tanda vital.

Respon: Tensi: 120/80mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37,5oC, RR:25x/menit.

4. (Jam 08.30) Memberikan injeksi IV: Ceftriaxon 2x100mg, ranitidin 2x100mg

Respon: tidak ada alergi obat, tidak terdapat nyeri lambung.

5. (Jam 09.00) Memberikan posisi semi fowler

Respon: pasien mampu memaksimalkan ventilasi

6. (Jam 09.15) Auskultasi suara nafas.

Respon: terdengar suara nafas tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas.

7. (Jam 09.45) Melakukan nebulezer: 2 x (ventolin 2,5mg + combivent 2cc + pz 3cc).

   Respon: pasien menjadi lebih encer, secret berwarna putih kekuningan.

8. (Jam 10.30) Melakukan fisioterapi dada.

   Respon: pasien mampu mengeluarkan dahak yang menghambat jalan nafas

9. (Jam 11.00) Mengajarkan batuk efektif

   Respon: pasien mampu melakukan

10. (Jam 11.00) Monitor status oksigen pasien

    Respon: RR: 25x/menit, irama pernafasanreguler, tipe pernafasan takipnea

11. (Jam 11.30) Memberikan penyuluhan tentang penyakit bronkitis

    Respon: pasien mengerti.

12. (Jam 12.00) Memberikan kompres dengan air hangat

    Respon: suhu tubuh: 37,5oC

Tanggal 10 Agustus 2016

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus.

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.00) Memberikan O2 nasal 3 lpm

   Respon: sesak nafas pasien berkurang

2. (Jam 07.30) Memberikan obat per oral: paracetamol 3x500mg.

   Respon: suhu berangsur turun, nyeri dada berkurang dan tidak ada alergi obat.

3. (Jam 08.00) Observasi tanda- tanda vital.

   Respon: Tensi: 110/80mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,5^{o}C, RR:22x/menit.

4. (Jam 08.30) Memberikan injeksi IV: Ceftriaxon 2x100mg, ranitidin 2x100mg.

   Respon: tidak ada nyeri lambung dan tidak ada alergi obat.

5. (Jam 09.00) Memberikan posisi semi fowler

   Respon: pasien mampu memaksimalkan ventilasi

6. (Jam 09.15) Auskultasi suara nafas.

   Respon: terdengar suara nafas tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas.

7. (Jam 09.45) Melakukan nebulezer: 2x (ventolin 1x2,5mg + combivent 2cc + pz 3cc).

   Respon: secret pasien menjadi lebih encer, secret berwarna putih.

8. (Jam 10.30) Melakukan fisioterapi dada.

   Respon: pasien mampu mengeluarkan secret yang menghambat jalan nafas

9. (Jam 11.00) Monitor status oksigen pasien

   Respon: RR: 22x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea.

Tanggal 11 Agustus 2016

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus.

Pelaksanaan:

1. (Jam 07.30) Memberikan obat per oral: analsik 3x500mg.

   Respon: nyeri dada berkurang dan tidak ada alergi obat.

2. (Jam 08.00) Observasi tanda- tanda vital.

   Respon: Tensi: 110/80mmHg, Nadi:80x/menit, Suhu: 36,2^{o}C, RR:22x/menit.

3. (Jam 09.15) Auskultasi suara nafas.

Respon: terdengar suara nafas tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas.

4. (Jam 11.00) Monitor status oksigen pasien

Respon: RR: 22x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea.

4.1.2.6 Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan yaitu:

Diagnosa keperawatan:

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus.

Catatan perkembangan tanggal 8 agustus 2016

S: Pasien mengatakan batuk, demam, dan sesak nafas.

O: Dahak berwarna putih kekuningan, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas, tensi 110/70 mmHg, frekuensi pernafasan 29x/menit, dengan irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea, suhu tubuh 38^0C, nadi 96x/menit.

A: Masalah belum teratasi.

P: Intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 9 Agustus 2016

S: Pasien Pasien mengatakan batuk, demam, dan sesak nafas.

O: paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas, Tensi: 120/80mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37,5^{o}C RR: 25x/menit, dan irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea.

A: Masalah belum teratasi.

P: Intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 7 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 10 Agustus 2016

S: Pasien mengatakan batuk berkurang, sudah tidak sesak nafasdan tidak demam

O:pasien batuk berdahak, dahak berwarna putih, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas, Tensi: 110/80mmHg, Nadi: 84x/menit, S: 36,5^{o}C, RR: 22 x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea.

A: Masalah teratasi sebagian.

P: Intervensi 2 dan 3 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 11 Agustus 2016

S: Pasien mengatakan batuk berkurang, dan sudah tidak sesak.

O: Secret berwarna putih, paru-paruterdengar suara tambahan ronchi, Tensi: 110/80mmHg, Nadi: 80x/menit, S: 36,2^{o}C, RR: 22 x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dihentikan.

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada 2 pasien dengan diagnosa medis *Bronkitis Kronis* di ruang Chery Rumah Sakit Paru Surabaya, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada saat penulis melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data tidak ada hambatan apapun karena baik pasien dan keluarga pasien kooperatif dalam memberikan keterangan dan informasi tentang pasien.

Pada tahap ini pengkajian pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua didapatkan kesamaan masalah yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Pada pasien pertama berjenis kelamin laki-laki didapatkan data pasien batuk, sesak nafas, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra bagian atas, dahak berwarna putih, terpasang O2 nasal 3 lpm, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea, tensi: 130/80mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 36oC, RR: 25x/menit. hasil foto thorax menunjukkan bronkitis. Sedangkan pada pasien kedua berjenis kelamin laki-laki

didapatkan data pasien batuk, sesak nafas, dahak berwarna putih kekuningan, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi dextra sinistra bagian atas, tensi 110/70 mmHg, frekuensi pernafasan 29 x/menit, dengan irama pernafasan reguler, tipe pernafasan takipnea, suhu tubuh 380C, nadi 96 x/menit, hasil foto thorax menunjukkan bronchitis.Sedangkan pada tinjauan pustaka ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan batasan karakteristik adanya batuk, suara nafas tambahan ronchi, perubahan frekuensi nafas, perubahan irama nafas, sputum dalam jumlah yang berlebih, batuk yang tidak efektif. (NANDA, 2015).

Berdasarkan hasil pengkajian ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang sama antara pasien pertama dan pasien kedua, kedua pasien sama-sama batuk, sesak nafas, dan juga terdengar suara nafas tambahan ronchi.

Berdasarkan pada tinjauan kasus pertama dan kedua didapatkan hasil hari pertama pasien pertama RR: 25x/menit dan pasien kedua RR: 29x/menit, hari kedua pasien pertama RR: 24x/menit dan kedua RR: 25x/menit, dan pada hari terakhir pasien pertama RR: 20x/menit dan pasien kedua RR:22x/menit..

Menurut peneliti menyimpulkan tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada tinjauan pustaka beberapa muncul pada tinjauan kasus. Perbandingan antara 2 pasien Bronkitis ditemukan kesenjangan yaitu pasien pertama tidak mengalami hipertermia, sedangkan pasien kedua mengalami hipertermia yang diakibatkan dari

proses infeksi pada bronkus. Sehingga dapat disimpulkan pada pasien pertama tidak mengalami infeksi pada bronkus sedangkan pasien kedua sedang terjadi proses infeksi pada bronkus yang mengakibatkan terjadinya hipertermia

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada pasien. Diagnosa keperawatan yang sama antara pasien pertama dan pasien kedua, yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi mucus.

Berdasarkan dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien bronkitis menurut (NANDA, 2015) yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus dalam jumlah berlebih.Kesamaan antara pasien pertama dan pasien kedua adalah penyebab dan diagnosa aktualnya mengalami kesamaan, sama-sama mengalami batuk, sesak nafas, terdengar suara nafas tambahan ronchi sehingga oksigen yang masuk terhalang oleh produksi mucus yang berlebih di jalan nafas.Sehingga tidak ada kesenjangan diagnosa antara pasien pertama dan pasien kedua, dan sesuai dengan tinjauan pustaka.

Namun tetapi tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus, karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing pasien juga berbeda-beda, oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus

pasien.Dalam menentukan diagnosa keperawatan tidak ada hambatan apapun dan pasien memberikan respon yang sangat baik.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada kedua pasien terdapat beberapa perbedaan karena menyesuaikan dengan keadaan 2 pasien dan sarana yang ada di tempat keperawatan.

Perencanaan keperawatan bertujuan untuk membebaskan bersihan jalan nafas dari produksi mucus yang berlebih setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam dengan kriteria hasil mendemonstrasikan batuk efektif, suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis, mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada dua pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang menjadi masalah pada beberapa pasien bronkitis. Perencanaan keperawatan untuk ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi mucus yang berlebih yaitu posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, monitor status oksigen pasien, auskultasi suara nafas sebelum dan setelah suctioning, lakukan fisioterapi dada jika perlu, kolaborasi dengan dokter melakukan nebulezer, ajarkan batuk efektif, berikan O2. Perencanaan tindakan keperawatan antara pasien pertama dengan pasien kedua terdapat kesenjangan pada pasien kedua penulis

melakukan tindakan kompres pasien dengan air hangat karena pada pasien kedua mengalami hipertermia.

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada pasien, keluarga pasien, dan perawat yang ada diruangan agar tidak terjadi kesalahpahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan.Tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan jangka waktu selama keperawatan bertujuan untuk sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan.Hal ini dilakukan pada tinjauan kasus agar penulis dapat mengevaluasi pasien secara teliti.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis.Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada pasien.Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Paru Surabaya dan dengan bantuan keluarga pasien.Pelaksanaan tindakan kepada pasien merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan.Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kasus kedua pada ketidakefektifan bersihan jalan nafas mengikuti standart operasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Paru Surabaya.

Dalam pelaksanaan Bronkitis tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas.Dengan adanya masalah tersebut muncul beberapa diagnosa keperawatan yang saling berkaitan akibat respon pasien.Adapun pada tinjauan kasus pasien pertama dan pasien kedua yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi mucus yang berlebih. Sehingga dalam pelaksanaanya penulis berfokus pada masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi mucus yang berlebih dengan memantau status oksigen pasien dan auskultasi suara nafas, dalam mengatasi masalah-masalah yang muncul, namun tetap juga melaksanakan tindakan masalah yang lain.

Dalam penatalaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada pengaruh tindakan non farmakologis yaitu memantau memantau status oksigen pasien dan auskultasi suara nafas terhadap masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Pelaksanaan yang terlaksana pada pasien pertama dan pasien kedua adalah membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien, observasi tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, suhu, nadi, dan frekuensi pernafasan, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, memonitor status oksigen pasien, auskultasi suara nafas sebelum dan setelah suctioning, melakukan fisioterapi dada jika perlu, kolaborasi dengan dokter melakukan nebulezer, mengajarkan batuk efektif, memberikan O2. Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus

pertama dan kedua tidak ada karena penulis melakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan.Tindakan yang dilakukan secara mandiri adalah melakukan fisioterapi dada.

Dalam pelaksanaan keperawatan penulis tidak mengalami hambatan, dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif saat penulis melakukan tindakan keperawatan yang sesuai standart operasional prosedur rumah sakit tersebut

4.2.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada pasien dan keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan katena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi.Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Adapun uraian evaluasi akhir 2 pasien Bronkitis adalah sebagai pada pasien pertama didapatkan evaluasi akhir pada tanggal 8 Agustus 2016 masalah teratasi dan intervensi dihentikan selama dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam dengan pasien sudah tidak batuk, dan tidak sesak nafas, paru-paru tidak terdengar suara tambahan ronchi, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea, tensi: 130/70mmHg, Nadi:

82x/menit, S: 36oC, RR: 20 x/menit. Sedangkan pada pasien kedua evaluasi akhir pada tanggal 11 Agustus 2016 masalah teratasi dan intervensi dipertahankan selama dilakukan tindakan keperawatan selama waktu 4x24 jam dengan pasien batuk berkurang, sudah tidak sesak nafas, secret berwarna putih, paru-paru terdengar suara tambahan ronchi, Tensi: 110/80mmHg, Nadi: 80x/menit, S: 36,2oC, RR: 22 x/menit, irama pernafasan reguler, tipe pernafasan eupnea.