

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami asuhan keperawatan pasien bronkhitis dalam ha ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus bronkhitis di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat Lamongan dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai tanggal 31 Mei – 02 Juni 2014.

3.1. Pengkajian.

3.1.1. Pengumpulan Data

a. Identitas pasien

Nama Tn T, Umur 65 tahun, Jenis kelamin laki-laki, Suku Jawa bangsa Indonesia, Pendidikan SMP, Pekerjaan wiraswasta, Alamat Pucang Arum 7/2 Burnoe, Bojonegoro, diagnosa medis bronkhitis, nomor register 030944, tanggal masuk rumah sakit (MRS) 30 Mei 2014.

b. Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk berdahak (2 minggu) dengan dahak berwarna putih kental lengket oleh pasien dibawah ke dokter, setelah diberi obat pasien sembuh. Kemudian batuk timbul lagi bila pasien selesai merokok dan terasa sesak, oleh keluarga dibawa ke poli penyakit dalam RS Muhammadiyah Babat kemudian MRS (masuk rumah sakit) tanggal 30 Mei 2014

d. Riwayat penyakit dahulu.

Pasien tidak pernah mengalami penyakit bronkhitis atau asma sebelumnya, pasien mempunyai riwayat perokok (2 pack / hari).

e. Riwayat penyakit keluarga.

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

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

f. Pola fungsi kesehatan.

1. Pola persepsi dan tatalaksanaan hidup sehat.

Sebelum MRS pasien bisa melakukan aktifitas secara mandiri semua tanpa bantuan keluarga dan kebiasaan di rumah pasien hampir tiap hari merokok 2 pack / hari, bila pasien sakit pasien pergi ke dokter atau puskesmas terdekat, pasien tidak mempunyai kebiasaan minum alkohol, pasien tidak alergi terhadap obat dan makanan tertentu.

Sesudah MRS pasien berhenti merokok dan menuruti apa yang disarankan dokter untuk pelan-pelan mengurangi merokoknya.

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,

berat badan 51 kg, 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 mengalami penurunan berat badan, berat badan 50 kg, diet TKTP (tinggi karbon hidrat tinggi protein) minum 6-8 gelas / hari.

3. Pola aktivitas.

Sebelum MRS pasien aktif bekerja sebagai pedagang , semua aktifitas di kerjakan sendiri tanpa bantuan keluarganya , 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 diruangan. 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.

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, pasien tidak

terpasang kateter, pasien tidak menggunakan obat- obat yang dapat membantu melancarkan defekasi.

5. Pola istirahat dan tidur.

Sebelum MRS pasien tidur 7-8 jam / hari, pasien tidak terbiasa tidur siang karena harus bekerja sebagai pedagang , 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 kognitif.

Daya penglihatan, pendengaran, pembauan, peraba, dan pengecap normal, dengan tidak ada gangguan, kurangnya pengetahuan terhadap penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah membuat pasien merasa cemas.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri.

Pasien berkeinginan untuk sembuh, pasien tidak mempunyai penurunan harga diri atau gangguan body image akibat penyakitnya, 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 di rumah pasien masih sebagai pengambilan keputusan.

9. Pola reproduksi dan seksual.

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

10. Pola penaggulangan stress.

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

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

11. Pola tata nilai dan kepercayaan.

Sebelum MRS pasien beragama Islam, aktif dalam ibadah sholat 5 waktu.

Sesudah MRS pasien tidak melakukan shalat 5 waktu 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 compos mentis, pasien terpasang infus RD 5 dengan 20 tetes / menit, suhu 36 C.

2. Sistem respirasi.

Hidung tidak ada epitaksis, tidak ada cairan, dinding dada bergerak secara simetris mengikuti irama pernapasan, pasien menggunakan alat bantu pernapasan terpasang oksigen 6 liter/menit, RR 24/menit, batuk produktif, terdapat dahak berwarna putih kental lengket.

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

Terdapat suara ronchi.

3. Sistem kardiovaskuler.

Iktus dan pulsasi jantung tidak ditemukan, tidak ada sianosis, tidak ada odema, Nadi 88 kali / menit, tidak ada nyeri tekan pada dada, tekanan darah 130 / 80 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 simetris, 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 atropi, tidak kontraktur.

7. Sistem endokrin.

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

8. Sistem persyarafan.

Kesadaran kompos mentis, tidak ada kelumpuhan pada syaraf kranial, tidak ada hemiplegi, tidak ada paraplegi, GCS 4-5-6.

h. Pemeriksaan penunjang.

1. Foto thorax (P.A) tanggal 30 Mei 2014

Cor : membesar dan tampak normal.

Pulmo : tak tampak spesifikasi / non spesifikasi.

2. Pemeriksaan laboratorium :

Tanggal 30 Mei 2014

<u>Hematologi</u>	<u>H.P</u>	<u>Normal</u>
a. Eritrosit	4,71	3 – 6.5

b. Haemoglobin	12.8	11.5 – 18.0 g/dl
c. Hematokrit	41	35.0 – 54.0 %
d. Leukosit	11200	4 – 11 ribu
e. Trombosit	126000	150 – 450 ribu

Tanggal 01 Juni 2014

<u>Hematologi</u>	<u>H.P</u>	<u>Normal</u>
a. Eritrosit	4,19	3 – 6.5
b. Haemoglobin	12.4	11.5 – 18.0 g/dl
c. Hematokrit	37	35.0 – 54.0 %
d. Leukosit	7100	4 – 11 ribu
e. Trombosit	113000	150 – 450 ribu

<u>Imunologi</u>	<u>H.P</u>	<u>Normal</u>
HBS Ag	Negatif	Negatif

<u>Faal Hati</u>		
SGOT	62	L37 u/L
SGPT	52	L41 u/L

Elektrolit

Kalium	4,4	3,6 – 5,5
Klorida	98	98 - 107
Natrium	141	135 – 155 mmol/L

Faal Ginjal

BUN	25	10 – 50 mg/dl
Creatinin	0,9	P O,7 – 1,2 mg/dl
Urid Acid	5,3	P 2,3 – 5,7 mg/dl

i. Terapi pasien. (Tanggal 31 Mei 2014)

Ceftriaxone 1x250mg

Cedocard 3x250mg

Gastridin 2x250mg

Bisolvon 2 kali sehari

Cairan Infus : RD 5 dan RL 14 tetes / menit.

3.1.2. Analisa dan Sintesa Data.

a. Tanggal 31 Mei 2014

1. Data subyektif.

- a). Pasien mengatakan batuk terus menerus.
- 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 napas (+) terpasang oksigen 6 liter/menit.
- d). Tanda – tanda vital, tensi : 130 / 90 mmhg, Nadi : 88 kali / menit, Suhu : 36C, RR: 24 kali / menit.

3. Kemungkinan penyebab : obtruksi trakeobronkial akibat sekret.

4. Masalah keperawatan : ketidak efektifan bersihan jalan napas.

b. Tanggal 01 Juni 2014

1. Data subyektif.

- a). Pasien mengatakan merasa takut pada penyakitnya
- b). Pasien tidak mengerti tentang proses penyakitnya dan penatalaksana perawatan di rumah.
- c). Pasien mengatakan bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh.

2. Data obyektif.

- a). Pasien tidak mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan di rumah.

- b). Pasien bertanya pada dokter atau perawat.
 - c). Nadi 88 kali / menit.
 - d). Tanda – tanda vital, tensi : 130 / 80 mmhg, Nadi : 88 kali / menit, suhu : 36C, RR: 25 kali / menit.
 - e). Pasien tidak pernah mendapatkan atau kurangnya informasi tentang penyakitnya.
3. Kemungkinan penyebab : kurangnya informasi tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan di rumah.
4. Masalah keperawatan : kurang pengetahuan.

3.1.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terjadi pada Tn. T, dengan bronkhitis akut adalah sebagai berikut :

1. Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial akibat sekret 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 takut terhadap penyakitnya, pasien banyak bertanya pada dokter dan perawat, tekanan darah 130 / 90 mmhg, nadi 88 / menit.

3.2. Perencanaan.

Tanggal 31 Mei 2014

1. Diagnosa keperawatan pertama

Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial akibat sekret.

- a. Tujuan : jalan napas kembali efektif dalam waktu 3 x 24 jam
- b. Kriteria hasil :
 - 1). Pasien dapat bernapas dengan efektif.
 - 2). Tidak terdapat dispnea (RR 16 – 20 kali / menit, irama teratur).
 - 3). Bunyi napas normal / bersih.
 - 4). Produksi sekret berkurang.
- c. Rencana tindakan.
 - 1). Bantu pasien untuk mengambil posisi batuk yang nyaman (misalnya dengan posisi semi fowler meningkat dengan lutut lurus dan bantal di atas abdomen).
 - 2). Ajarkan pasien untuk batuk efektif setiap satu jam 2 kali.
 - 3). Bantu dan pantau fisioterapi pada pemberian (vibrasi dan clapping).
 - 4). Berikan cairan air hangat.
 - 5). Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi bronkodilator.
 - 6). Observasi tanda – tanda vital dan pemberian oksigen.

d. Rasional

- 1). Batuk efektif membutuhkan napas dalam dan kontraksi otot pernapasan.
 - 2). Merangsang pengeluaran sekret yang menyumbat jalan napas.
 - 3). Vibrasi dan clapping dilakukan pada dinding dada bersama dengan gaya grafitasi dan eksalasi perlahan setelah napas dalam, mengeluarkan lendir yang tersembunyi pada jalan napas untuk membersihkan lendir.
 - 4). Menghiup uapnya membantu menurunkan kekentalan sekret mempermudah pengeluaran, penggunaan air hangat dapat menurunkan spasme bronkus.
 - 5). Membantu membebaskan jalan napas dengan cara melaksanakan program dependent.
 - 6). Mengetahui perkembangan selanjutnya.
2. Diagnosa keperawatan kedua.

Tanggal 31 Mei 2014

Kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakit dan perawatan dirumah.

- a. Tujuan : pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit dan perawatan dirumah dalam waktu 1 x 24 jam.
- b. Kriteria hasil :
 - 1). Pasien mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan dirumah.

- 2). Pasien mampu mendokumentasikan dalam usaha pencegahan.
 - 3).pasien tidak cemas, tanda – tanda vital dalam batas normal.
 - 4). Tidak terjadi serangan ulang pada pasien.
- c. Rencan tindakan.
- 1).Berikan dorongan pada pasien untuk mengungkapkan perasannya.
 - 2). Jelaskan pentingnya mempertahankan fungsi pernapasan yang optimal dengan minum obat yang teratur dan tidak merokok.
 - 3). Jelaskan pada pasien dan keluarga untuk menghindari bahan – bahan yang menimbulkan iritasi pernapasan.
 - 4). Luruskan persepsi pasien yang salah tentang penyakitnya yang tidak disembuhkan.
 - 5).Pastikan pasien mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan.
- d. Rasional.
- 1). Membantu memberikan dorongan untuk bisa mengungkapkan perasaannya secara terbuka.
 - 2). Membantu pasien dalam mengatasi ketidak tahuan fungsi pernapasan pasien dapat efektif dengan menghindarkan merokok dan minum obat teratur.
 - 3). Mencegah terjadi serangan ulang dengan diberikan penyuluhan kesehatan pada pasien.
 - 4). Menghindari salah persepsi pasien terhadap panyakit sehingga kecemasan pasien dapat berkurang atu teratasi.

- 5). Mengetahui respon pasien terhadap penjelasan perawatan dalam usaha pencegahan terjadinya serangan ulang.

3.3. Pelaksanaan.

Tanggal 31 Mei 2014

1. Diagnosa keperawatan pertama.

Jam : 15:00 WIB

- a. Membantu pasien untuk mengambil posisi batuk yang nyaman (misalnya dengan posisi semi fowler meningkat dengan lutut lurus dan bantal di atas abdomen).

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

- b. Mengajarkan pasien untuk batuk efektif setiap satu jam 2 kali.

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

Jam : 15:30 WIB

- c. Membantu dan pantau fisioterapi dada, vibrasi dan clapping.

Respon pasien : pasien kooperatif dan tampak rileks

Jam :16:00 WIB

- d. Memberikan cairan dengan air hangat.

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

- e. Melakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi bronkodilator.

Respon pasien : pasien mau minum obat sesuai dengan yang diadviskan dokter, obat yang diberikan yaitu sirup Bisolvon diminum 2 kali sehari.

f. Mengobservasi tanda – tanda vital

Respon pasien : pasien kooperatif. Tensi : 130/90 mmhg, Nadi 88 kali/ menit, RR 24 kali/ menit, Suhu : 36 C.

Tanggal : 31 Mei 2014

2. Diagnoasa keperawatan kedua.

Jam : 15:10 WIB

a. Memberikan dorongan pada pasien untuk bertanya.

Respon pasien : sebelum pasien merasa takut untuk bertanya tapi setelah didorong perawat untuk bertanya, pasien banyak bertanya tentang penyakitnya.

Jam : 15:30 WIB

b. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dan perawatan dirumah.

Respon pasien : pasien kooperatif dan mendengarkan dengan baik.

c. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga untuk menghindari bahan alergi yang menimbulkan iritasi pernapasan seperti merokok, debu, asap pabrik dan lain – lain.

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

Jam : 16: 20 WIB

- d. Meluruskan persepsi pasien yang salah bawasannya semua penyakit itu bisa di sembuhkan asal mau iktiar dan berdoa dengan sungguh-sungguh.
- e. 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.

Diagnosa kedua dihentikan

Tanggal 01 Juni 2014

3. Diagnosa keperawatan pertama.

Jam : 08:00 WIB

- a. Membantu pasien untuk mengambil posisi batuk yang nyaman (misalnya dengan posisi semi fowler).

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

- b. Mengajarkan pasien untuk batuk efektif setiap satu jam 2 kali.

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

Jam : 08:15 WIB

- c. Memberikan cairan dengan air hangat.

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

Jam : 09:20 WIB

- d. Melakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi bronkodilator.

Respon pasien : pasien mau minum obat sesuai dengan yang diadvikan dokter, obat yang diberikan yaitu sirup Bisolvon diminum 2 kali sehari.

Jam : 10:00 WIB

- e. Mengobservasi tanda – tanda vital

Respon pasien : pasien kooperatif. Tensi : 130/80 mmhg, Suhu : 36 C, Nadi 88 kali/ menit, RR 24 kali/ menit.

Tanggal 02 Juni 2014

4. Diagnosa keperawatan pertama.

Jam: 09:00WIB

- a. Mengajarkan pasien untuk batuk efektif setiap satu jam 2 kali.

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

Jam: 09:15 WIB

- b. Memberikan cairan dengan air hangat.

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

Jam:09:30 WIB

- c. Melakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi bronkodilator.

Respon pasien : pasien mau minum obat sesuai dengan yang diadvikan dokter, obat yang diberikan yaitu sirup Bisolvon diminum 2 kali sehari.

Jam:10:00 WIB

- d. Mengobservasi tanda – tanda vital

Respon pasien : pasien kooperatif. Tensi : 130/80 mmhg, Suhu : 36 C, Nadi 80 kali/ menit, RR 20 kali/ menit.

3.4. Evaluasi

3.4.1 Cacatan Perkembangan

1. Diagnosa keperawatan pertama.

Tanggal 31 Mei 2014

Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obtruksi trakeobronkial akibat peningkatan sekret.

- a. Subyektif.

- 1). Pasien mengatakan batuk berkurang terutama pada pagi hari.
- 2). Pasien mengatakan dahak dapat dikeluarkan warna putih kehijauan kental dan lengket

- b. Obyektif.

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

- 3). Sesak napas (+) terpasang oksigen 6 liter/ menit.
 - 4). Tanda-tanda vital. Tensi : 130/90 mmhg, Nadi : 88 kali/menit, Suhu : 36 C, RR: 24 kali/menit.
- c. Assement : masalah ketidak efektifan bersihan jalan napas sudah teratasi sebagian.
 - d. Planing : rencana tindakan dilanjutkan.
2. Diagnosa keperawatan kedua.

Tanggal 31 Mei 2014

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penatalaksanaan dirumah.

- a. Subyektif.
 - 1). Pasien mengatakan sudah mengerti tentang proses penyakitnya dan penatalaksanaanya.
 - 2). Pasien mengatakan mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan dengan menghindari merokok dan polusi.
- b. Obyektif.
 - 1). Pasien tidak tenang.
 - 2). Tensi 130/90 mmhg, Nadi 88 kali / menit, RR 24 kali/menit.
 - 3). Pasien mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksaan perawatan dirumah.
- c. Assement : masalah kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya sudah teratasi.
- d. Planing : rencana tindakan selanjutnya dilakukan.

3. Diagnosa keperawatan pertama.

Tanggal 01 Juni 2014

Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obtruksi trakeobronkial akibat peningkatan sekret.

a. Subyektif.

- 1). Pasien mengatakan batuk berkurang terutama pada pagi hari.
- 2). Pasien mengatakan dahak dapat dikeluarkan berwarna putih kehijauan dan legket.

b. Obyektif.

- 1). Dahak pasien berkurang dan dapat dikeluarkan.
- 2). Ada suara tambahan ronchi.
- 3). Sesak napas (+) terpasang oksigen 6 liter/menit.
- 4). Tanda – tanda vital, tensi : 130/80 mmhg, Nadi : 88 kali/ menit,
Suhu : 36 C, RR : 24 kali/ menit.

c. Asesement : masalah ketidak efektifan bersihan jalan napas sudah teratasi sebagian.

d. Planing : rencana tindakan dilanjutkan.

4. Diagnosa keperawatan pertama.

Tanggal 02 Juni 2014

Ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obtruksi trakeobronkial akibat peningkatan sekret.

a. Subyektif.

- 1). Pasien mengatakan batuk sudah berkurang dibandingkan hari pertama dan kedua.
- 2). Pasien mengatakan sudah tidak ada dahaknya.

b. Obyektif.

- 1). Dahak sudah tidak ada.
- 2). Tidak ada suara tambahan ronchi.
- 3). Sudah tidak sesak.
- 4). Oksigen dilepas, pernapasan normal kembali.
- 4). Tanda – tanda vital, tensi : 130/80 mmhg, Nadi : 80 kali/ menit,
Suhu : 36 C, RR : 20 kali/ menit.

c. Assesement : masalah ketidak efektifan bersihan jalan napas sudah teratasi.

d. Planing : rencana tindakan dihentikan dan follow up.