



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.F
DENGAN BRONKITIS AKUT DIRUANG
CHRY SANT RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:
YULIA AMBARWATI
201701031**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.F
DENGAN BRONKITIS AKUT DIRUANG
CHRYSANT RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:
YULIA AMBARWATI
201701031**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINILITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Yulia Ambarwati

NIM : 201701031

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.F Dengan Bronkitis Akut di Ruang Chysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 adalah karya tulis saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orsinilitas makalah ilmiah ini tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 28 Mei 2020



Yulia Ambarwati

LEMBAR PERSETUJUAN

Menyatakan bahwa makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.F Dengan Bronkitis Akut di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan tim penguji.

Bekasi, 28 Mei 2020

Pembimbing makalah



(Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.F Dengan Bronkitis Akut di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Yulia Ambarwati (201701031) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 09 Juni 2020.

Bekasi, 09 Juni 2020

Penguji I



(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep)

ABSTRAK

Nama Mahasiswa : Yulia Ambarwati
NIM : 201701031
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.F Dengan
Bronkitis Akut di Ruang Chrysant Rumah Sakit
Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman : xii + 53 halaman + 1 tabel + 3 lampiran
Pembimbing : Lastriyanti

Latar Belakang: Penyakit menular yang selalu menjadi penyebab kesakitan dan kematian utama mulai bergeser dan digantikan oleh penyakit tidak menular, salah satunya adalah penyakit saluran pernafasan yaitu bronkitis. Di Indonesia angka kejadian penyakit bronkitis sangat tinggi yaitu sekitar 1,6 juta orang yang terinfeksi bronkitis Berdasarkan data *Medical Record* dari Rumah Sakit Swasta di Bekasi Timur dalam satu tahun terakhir periode Januari 2019 sampai Januari 2020, ditemukan pasien dengan penyakit bronkitis sebanyak 90 orang dari 15.748 pasien yang menjalani rawat inap, dengan presentase laki-laki berjumlah 50 orang (0,56%) dan perempuan berjumlah 40 orang (0,44%).

Tujuan Umum: Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkitis melalui pendekatan keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan empat masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas, risiko infeksi, defisit nutrisi dan defisit pengetahuan. Masalah prioritas adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas. Intervensi prioritas pada kasus adalah kaji tanda-tanda vital, berikan posisi semi fowler, monitor sputum (warna dan karakteristik), kaji bunyi napas, anjurkan batuk efektif. Evaluasi keperawatan yang didapatkan masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai dengan hasil pasien mengatakan masih batuk berdahak tetapi sudah bisa mengeluarkan dahak dengan RR 20x/menit danouskultasi suara nafas terdengar ronkhi dikedua lapang paru

Kesimpulan dan saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkitis perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas dengan mengkaji suara napas dan memberikan antibiotik untuk mengurangi terjadinya infeksi.

Keyword: Asuhan keperawatan, bronkitis

Daftar Pustaka: 10 (2010-2019)

ABSTRACT

Student Name : Yulia Ambarwati
NIM : 201701031
Major : DIII Nursing
Title of the paper : Nursing Care Plan for Mr.F with Acute Bronchitis
Disease in the Chrysant Room of Mitra Keluarga
Hospital, East Bekasi
Page : xii + 53 pages + 1 table + 3 attachment
Supervisor : Lastriyanti

Background: Transmitted disease always be the main cause of morbidity and mortality and started to change into a non communicable disease, one of respiratory disease of bronchitis. In Indonesia prevalence for bronchitis is very high it's around 1,6 million people are infected with bronchitis. Based on Medical Record from one of private hospital in East Bekasi from the last one year 2019-2020 period found that there are 90 out of 15.748 patient undergoing hospitalization, with the percentage of men totaling 50 people (0,56%) and women totaling 40 people (0,44%).

General Purpose: This case report is to obtained a clear picture of nursing care plan in patients with bronchitis disease through nursing process approach comprehensively.

Writing Method: This case report is use descriptive methods by revealing the facts according to the obtained.

Results: The result of the study four nursing problems there are the ineffectiveness of airway clearance, risk of infection, deficit of nutrition and deficit of knowledge. The priority issue is a ineffectiveness of airway clearance. The priority intervention in this case is check of the vital sign, give the semi-fowler position, monitoring of the sputum (colour and characteristic), check of breath sounds and coughing effectively suggestion. Nursing evaluation obtained is the problem partially resolved, the goal have not been achieved with the result the patient said there are still cough with phlegm but can expel the phlegm with breathing 20x/minutes and auscultation the breath sounds ronchi in both lungs.

Conclusions and Suggestions: Nursing care for patient with bronchitis needs to pay attention to nursing problem such as the ineffectiveness of airway clearance by check of breath sounds and given antibiotic to reduce the occurrence of infection.

Keyword: Nursing care plan, bronchitis

Bibliography: 10 (2010-2019)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan perlindungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.F Dengan Bronkitis Akut di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020.

Dimana tujuan dari penyusunan makalah ilmiah ini adalah syarat kelulusan mata kuliah ilmiah dan persyaratan Ujian Lokal program pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan makalah ilmiah ini tentunya tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatannya ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing selaku dosen penguji II yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
2. Ibu R. Yeni Mauliawati, M.Kep selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.M.B selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan yang telah banyak memberikan arahan dan masukan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah,
4. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.Jiwa selaku pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan serta motivasi kepada penulis.
5. Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah.

6. Istiqomah selaku *clinical mentor* di ruang Chrysant yang telah membimbing penulis selama pengambilan kasus di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.
7. Seluruh *staff* akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran pembuatan makalah ilmiah ini.
8. Tn.F beserta keluarga yang telah bersedia menerima penulis dengan senang hati dalam memberikan informasi kepada penulis baik sehat maupun sakit untuk menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah sehingga penulis mampu menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu.
9. Kepada keluarga tercinta (ayah Jaja dan Ibu Nuni Turniawati), serta keluarga besar yang selalu mendoakan dan memberi dukungan secara moral maupun materi kepada penulis sehingga bertahan sampai tingkat akhir dan dapat menyelesaikan studi.
10. Sahabat-sahabat terdekat penulis (Fildzah Farhana, Elysabeth Niken Indraswari, Frendi Cahyono dan Marwati Ayu Astuti) yang selalu membantu dan memberikan semangat untuk penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini.
11. Teman seperjuangan tim KMB yang selalu bersama dari praktik hingga sidang akhir program.
12. Teman-teman kelas 3B Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang selalu memberi dukungan dan membantu penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
13. Teman-teman seperjuangan angkatan VII Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberi dukungan dan membantu penulis dalam penyelesaian makalah ilmiah ini.

Penulis menyadari masih adanya kekurangan dalam penulisan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, saran dan kritik yang sifatnya membangun

15. Teman-teman seperjuangan angkatan VII Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberi dukungan dan membantu penulis dalam penyelesaian makalah ilmiah ini.

Penulis menyadari masih adanya kekurangan dalam penulisan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, saran dan kritik yang sifatnya membangun akan diterima dengan senang hati. Semoga makalah ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang membutuhkan.

Bekasi, 28 Mei 2020



Yulia Ambarwati

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORSINILITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Metode Penulisan	4
D. Ruang Lingkup	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	7
1. Perjalanan Penyakit	7
2. Manifestasi Klinis.....	7
3. Klasifikasi Bronkitis.....	8
4. Komplikasi	9
D. Penatalaksanaan Medis	9
E. Pengkajian Keperawatan.....	9
F. Diagnosa Keperawatan.....	13
G. Perencanaan Keperawatan	13
H. Pelaksanaan Keperawatan.....	16

I. Evaluasi Keperawatan.....	16
BAB III.....	17
TINJAUAN KASUS	17
A. Pengkajian Keperawatan.....	17
B. Diagnosa Keperawatan.....	30
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan.....	30
BAB IV	45
PEMBAHASAN	45
A. Pengkajian Keperawatan.....	45
B. Diagnosa Keperawatan.....	47
C. Perencanaan Keperawatan	48
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	49
E. Evaluasi Keperawatan.....	50
BAB V.....	52
PENUTUP.....	52
A. Kesimpulan	52
B. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN.....	55

DAFTAR TABEL

Tabel 3.0.1 Analisa data.....	26
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram.....	55
-------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian terpadu dari pembangunan sumber daya manusia dalam mewujudkan bangsa yang maju dan mandiri serta sejahtera lahir dan batin. Berbagai transisi yang ada, baik transisi demografik, sosio-ekonomi maupun epidemiologi telah menimbulkan pergeseran, termasuk bidang kesehatan. Pola penyakit dan penyebab kematian telah berubah. Penyakit menular yang selalu menjadi penyebab kesakitan dan kematian utama mulai bergeser dan digantikan oleh penyakit tidak menular, salah satunya adalah penyakit saluran pernafasan yaitu bronkitis (Tina, 2017).

Kejadian infeksi saluran pernafasan yang paling sering adalah bronkitis. Bronkitis bersifat akut atau kronis, dan dapat terjadi disegala usia (Ikawati, 2011). Bronkitis sangat berpengaruh pada pernafasan karena adanya peradangan pada bronkus yang akan menyebabkan sesak nafas. Bronkitis adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya inflamasi pada pembuluh bronkus, trakea dan bronkial. Inflamasi ini yang menyebabkan bengkak pada permukaannya, mempersempit ruang pembuluh dan menimbulkan sekresi dari cairan inflamasi. (Somantri, 2012).

Menurut data (World Health Organization, 2017) bronkitis merupakan jenis penyakit yang dekat dengan chronic obstructive pulmonary disease (COPD) ataupun penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). Saat ini, penyakit bronkitis diderita 64 juta orang didunia. Penggunaan tembakau, polusi udara dalam ruangan/luar ruangan dan debu serta bahan kimia adalah faktor risiko utama (Tina, 2017).

Di Indonesia masih banyak yang setiap harinya menghirup polutan, kondisi ini menyebabkan angka kejadian penyakit bronkitis sangat tinggi yaitu sekitar 1,6 juta orang yang terinfeksi bronkitis (Kemenkes, RI, 2013).

Berdasarkan data *Medical Record* dari Rumah Sakit Swasta di Bekasi Timur dalam satu tahun terakhir periode Januari 2019 sampai Januari 2020, ditemukan pasien dengan penyakit bronkitis sebanyak 90 orang dari 15.748 pasien yang menjalani rawat inap, dengan presentase laki-laki berjumlah 50 orang (0,56%) dan perempuan berjumlah 40 orang (0,44%).

Berdasarkan prevalensi diatas apabila bronkitis tidak segera diatasi maka dapat mengakibatkan bronkitis kronis, korpulmonal dan gagal pernapasan. Dengan komplikasi yang dapat terjadi seperti diatas, maka tidak menutup kemungkinan akan meningkatkan angka mortalitas pada pasien dengan bronkitis.

Melihat dampak dari penyakit tersebut, perawat mempunyai peran yang sangat penting untuk mengatasi penyakit bronkitis dengan 4 cara yaitu, promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pada aspek promotif yaitu memberikan penyuluhan atau edukasi kesehatan tentang penyakit bronkitis dengan cara merubah gaya hidup dan mengontrol kebiasaan sehari-hari untuk menghindari faktor risiko terjadinya penyakit. Pada aspek preventif yaitu mencegah terjadinya bronkitis dengan cara merubah *life style* atau gaya hidup untuk tidak merokok dan berperilaku bersih dan sehat contohnya adalah menjaga kebersihan rumah. Pada aspek kuratif yaitu memantau tanda-tanda vital pasien terutama pada pernapasan serta berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat sesuai program medis. Dan yang terakhir, pada aspek rehabilitatif yaitu memulihkan kondisi dan menganjurkan pasien untuk kontrol kembali ke rumah sakit bila terjadi tanda dan gejala atau bila timbul keluhan, selain itu perawat juga

menganjurkan kepada pasien untuk menerapkan gaya hidup yang sehat agar tidak mengalami penyakit yang sama.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.F dengan Bronkitis Akut di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkitis.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan bronkitis akut.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan bronkitis akut.
- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan bronkitis akut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan bronkitis akut.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan bronkitis akut.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkitis akut.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa cara lain untuk menulis karya tulis, seperti:

1. Studi kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan mengadakan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan pasien dan keluarga dengan menerapkan proses keperawatan.

2. Studi *literature*

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medis maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media pustaka yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media dokumentasi

Yaitu dengan cara mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan keperawatan dan catatan dokter.

D. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ilmiah ini merupakan pembahasan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien Tn.F dengan Bronkitis Akut di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai tanggal 12 Februari 2020.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan makalah ilmiah ini penulis membagi bagian-bagian dalam lima bab besar yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis

yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, pemeriksaan diagnostik, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang membahas tentang kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Bronkitis adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya inflamasi pada pembuluh bronkus, trakea dan bronkial. Inflamasi ini yang menyebabkan bengkak pada permukaannya, mempersempit ruang pembuluh dan menimbulkan sekresi dari cairan inflamasi (Somantri, 2012).

Menurut (Nurafif, 2015) bronkitis adalah suatu infeksi saluran pernafasan yang menyebabkan inflamasi mengenai trakea, bronkus utama dan menengah yang bermanifestasi sebagai batuk, dan biasanya akan membaik tanpa terapi dalam 2 minggu. Bronkitis di bagi menjadi 2 jenis, yaitu bronkitis akut dan bronkitis kronik.

B. Etiologi

Menurut (Nurafif, 2015) salah satu penyebab bronkitis adalah virus seperti, *rhinovirus*, virus influenza, virus parainfluenza, *adenovirus*, virus rubeola, dan *paramyxovirus*. Bronkitis karena bakteri biasanya dikaitkan dengan *mycoplasma pneumonia* yang dapat menyebabkan bronkitis akut dan biasanya terjadi pada anak berusia diatas 5 tahun atau remaja, *bordetella pertussis* dan *corynebacterium diphthiae*. Terdapat 3 faktor utama yang mempengaruhi timbulnya bronkitis, yaitu: rokok, infeksi dan polusi.

C. Patofisiologi

1. Perjalanan Penyakit

Bronkitis akut dikarakterisir oleh adanya infeksi pada cabang trakeobronkial. Infeksi ini menyebabkan bakterimia/viremia dan odema pada membran mukosa. Karena adanya perubahan pada membran mukosa ini, maka terjadi kerusakan pada bronkus yang menyebabkan berkurangnya fungsi pembersihan mukosiliar atau penurunan fungsi silia. Selain itu, peningkatan sekresi bronkial yang dapat menjadi kental, makin memperparah gangguan pembersihan mukosiliar. Penemuan patologis dari bronkitis adalah hipertropi dari kelenjar mukosa bronkus dan peningkatan sejumlah sel goblet disertai dengan infiltrasi sel radang dan ini mengakibatkan gejala khas yaitu batuk produktif. Batuk kronik yang disertai peningkatan sekresi bronkus tampaknya mempengaruhi bronkiolus yang kecil-kecil sedemikian rupa sampai bronkiolus tersebut rusak dan dindingnya melebar. Faktor etiologi utama adalah merokok dan polusi udara yang biasa terdapat pada daerah industri. Polusi tersebut dapat memperlambat aktivitas silia dan fagositosis, sehingga timbunan mukus meningkat sedangkan mekanisme pertahanannya sendiri melemah. Mukus yang berlebih terjadi akibat displasia. Sel-sel penghasil mukus di bronkus. Selain itu, silia yang melapisi bronkus mengalami kelumpuhan atau disfungsi serta metaplasia. Perubahan-perubahan pada sel-sel penghasil mukus dan sel-sel silia ini mengganggu sistem eskalator mukosiliaris dan menyebabkan penumpukan mukus dalam jumlah besar yang sulit dikeluarkan dari saluran napas (Wahid, 2013).

2. Manifestasi Klinis

Menurut (Nurafif, 2015) Tanda dan gejala pada kondisi bronkitis akut:

1) Batuk

- 2) Terdengar ronkhi
- 3) Suara yang berat dan kasar
- 4) Wheezing
- 5) Menghilang dalam 10-14 hari
- 6) Demam
- 7) Produksi sputum putih, bila ada infeksi sputum akan menjadi purulen atau mikopurulen dan kental.
- 8) Sesak bila timbul infeksi

Tanda dan gejala pada kondisi bronkitis kronis:

- 1) Batuk yang parah pada pagi hari dan pada kondisi lembab
- 2) Sering mengalami infeksi saluran napas (seperti misalnya pilek atau flu) yang dibarengi dengan batuk
- 3) Gejala bronkitis akut lebih dari 2-3 minggu
- 4) Sesak napas jika saluran tersumbat
- 5) Produksi sputum bertambah banyak berwarna hijau atau kuning

3. Klasifikasi Bronkitis (Nurafif, 2015)

1) Bronkitis akut

Merupakan infeksi saluran pernapasan akut bawah. Ditandai dengan awitan gejala yang mendadak dan berlangsung lebih singkat. Pada bronkitis jenis ini, inflamasi peradangan bronkus biasanya disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri dan kondisinya diperparah oleh pemaparan terhadap iritan, seperti asap rokok, udara kotor, debu dan asap kimiawi, dan lain-lain.

2) Bronkitis Kronis

Ditandai dengan gejala yang berlangsung lama (3 bulan dalam setahun selama 2 tahun berturut-turut). Pada bronkitis kronik, peradangan bronkus tetap berlanjut selama beberapa waktu dan terjadi obstruksi/hambatan pada aliran udara yang normal didalam bronkus.

4. Komplikasi

- 1) Bronkitis kronis
- 2) Kor pulmonal: pada kasus ini terjadi anastomosis cabang-cabang arterio, dan vena pulmonalis pada dinding bronkus akan terjadi *arterio-venous-shunt*. Terjadi gangguan oksigenasi darah, timbul sianosis, selanjutnya terjadi hipoksemia.
- 3) Kegagalan napas merupakan komplikasi terakhir pada bronkitis berat dan meluas (Manurung, 2013).

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wahid, 2013) penatalaksanaan pada pasien bronkitis yaitu:

a. Tindakan suportif

Pendidikan bagi pasien dan keluarga tentang menghindari merokok, menghindari iritan lainnya yang dapat terhirup, mengontrol suhu dan kelembaban lingkungan, dan mengkonsumsi nutrisi yang baik.

b. Terapi khusus (pengobatan):

- 1) Bronchodilator: salbutamol, aminophilin
- 2) Antimikroba: amoxillin
- 3) Kortikosteroid: dexametason, prednisolon
- 4) Terapi aerosol: bricasma inhaler
- 5) Pemberian oksigen: oksigen dialirkan melalui kanul hidung dengan kecepatan 2 – 4 liter permenit, menggunakan air (*humidifier*) untuk memberikan kelembaban.
- 6) Latihan relaksasi nafas dalam: dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Wahid, 2013) pengkajian keperawatan meliputi:

1. Identitas: lebih sering terjadi pada anak-anak, prevalensinya meningkat pada perokok, orang yang bekerja atau tinggal di daerah industri.
2. Riwayat Kesehatan
 - a. Keluhan utama
Biasanya klien mengeluh sesak nafas.
 - b. Riwayat penyakit sekarang
Klien pada umumnya mengeluh adanya teras sesak dan sulit untuk bernafas. Diawali batuk produktif berulang 3 bulan tidak diketahui sebabnya.
 - c. Riwayat penyakit dahulu
Merupakan faktor pencetus timbulnya bronkitis (infeksi saluran nafas, adanya riwayat alergi, stress). Frekuensi timbulnya *wheezing*. Lama penggunaan obat-obat sebelumnya misalnya *bronchodilator* atau mukolitik. Adakah riwayat asma ataupun adanya faktor keturunan terhadap alergi.
 - d. Riwayat penyakit keluarga
Adakah penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang lalu yang mungkin ada hubungannya dengan penyakit klien sekarang atau penyakit lain misalnya DM, dan hipertensi.
3. Riwayat psikososial-spiritual
 - a. Psikologis: perasaan yang dirasakan oleh klien, apakah cemas/sedih?
 - b. Sosial: bagaimana hubungan klien dengan orang lain maupun orang terdekat klien dan lingkungannya?
 - c. Spiritual: apakah klien tetap menjalankan ibadah selama perawatan di rumah sakit?
4. Pemeriksaan Diagnostik
Menurut (Wahid, 2013):

- a. Foto thorak: tidak tampak adanya kelainan atau hanya hyperemia. Tubular shadow atau *traun lines* terlihat bayangan garis yang paralel, keluar dari hilus menuju apeks paru. Bayangan tersebut adalah bayangan bronkus yang menebal. Corak paru bertambah.
- b. Laboratorium: leukosit >17500
- c. Analisa gas darah
 - 1) PaO₂ : rendah (normal 80-100 mmHg)
 - 2) PaCO₂ : tinggi (normal 35-45 mmHg)
 - 3) Saturasi hemoglobin menurun
 - 4) Eritropoesis bertambah
- d. Tes fungsi paru: untuk menentukan penyebab dispnea, melihat obstruksi, memperkirakan derajat disfungsi
 - 1) TLC : meningkat
 - 2) Volume residu : meningkat
 - 3) FEV1/FVC : Rasio volume meningkat
- e. Bronchogram: menunjukkan dilatasi silinder bronkus sat inspirasi, pembesaran dukus mukosa.
- f. Sputum: kultur untuk menentukan adanya infeksi, mengidentifikasi patogen
- g. EKG : Disritmia atrial, peninggian gelombang P pada lead II, III, AVF

Menurut (Wahid, 2013) data dasar pengkajian pada pasien bronkitis meliputi:

1. Aktivitas/Istirahat

Gejala : keletihan, kelelahan, malaise, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, ketidakmampuan untuk tidur, dispnea pada saat istirahat.

Tanda : keletihan, gelisahh, insomnia, kelemahan umum/kehilangan massa otot.

2. Sirkulasi

Gejala : pembengkakan pada ekstremitas bawah.

Tanda : peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi jantung/takikardia berat, distensi vena leher, edema dependen, bunyi jantung redup, warna kulit/membran mukosa normal/cyanosis, pucat, dapat menunjukkan anemia.

3. Integritas Ego

Gejala : peningkatan faktor risiko, perubahan pola hidup.

Tanda : ansietas, ketakutan, peka rangsang.

4. Makanan/Cairan

Gejala : mual/muntah, nafsu makan buruk/anoreksia, ketidakmampuan untuk makan, penurunan berat badan, peningkatan berat badan.

Tanda : turgor kulit buruk, edema dependen, berkeringat, penurunan berat badan, palpitasi abdomen.

5. Hygiene

Gejala : penurunan kemampuan/peningkatan kebutuhan

Tanda : kebersihan buruk, bau badan.

6. Pernafasan

Gejala : batuk menetap dengan produksi sputum setiap hari selama minimum 3 bulan berturut-turut tiap tahun sedikitnya 2 tahun, episode batuk hilang timbul.

Tanda : pernafasan otot bantu napas, bentuk barrel chest, gerakan diafragma minimal, bunyi napas ronchi, perkusi hypersonan pada area paru, warna pucat dengan cyanosis bibir dan dasar kuku abu-abu keseluruhan.

7. Keamanan

Gejala : riwayat alergi terhadap zat/faktor lingkungan, adanya/berulangnya infeksi

8. Seksualitas

Gejala : penurunan libido

9. Interaksi sosial

Gejala : hubungan ketergantungan, kegagalan dukungan terhadap pasangan/orang dekat, penyakit lama/ketidakmampuan membaik.

Tanda : ketidakmampuan untuk mempertahankan suara karena distress pernafasan, keterbatasan mobilitas fisik, kelalaian hubungan dengan anggota keluarga lain.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Wahid, 2013), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien bronkitis yaitu:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi jalan napas oleh ekresi, spasme bronkus.
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan bronkokonstriksi, mukus.
- d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan dispnea, anoreksia, mual muntah.
- e. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan menetapnya sekret, proses penyakit kronis.
- f. Ansietas berhubungan dengan insufisiensi ventilasi dan oksigenasi.
- g. Intoleran aktivitas berhubungan dengan status kesehatan.
- h. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan di rumah

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Wahid, 2013), perencanaan keperawatan pada pasien bronkitis yaitu:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret.

Tujuan: mempertahankan jalan napas paten.

Kriteria hasil:

Ronkhi (-), Sekret keluar, RR menurun 16-24x/menit, batuk efektif (+)

Rencana tindakan:

Mandiri: dorong/bantu latihan napas abdomen/bibir dan batuk efektif, fisioterapi dada: clapping dan vibrating, *postural drainage*,

auskultasi bunyi nafas, kaji/pantau frekuensi nafas, observasi karakteristik batuk

Kolaborasi: kolaborasi pemberian bronkodilator

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas oleh sekresi, spasme bronkus.

Tujuan: menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan yang adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernafasan.

Kriteria hasil:

pH: 7,35-7,45, pO₂: 80-100 mmHg, pCO₂: 35-45 mmHg, dispnea (-)

Rencana tindakan:

Mandiri: tinggikan kepala tempat tidur, dorong nafas dalam, berikan O₂ tambahan sesuai dengan indikasi hasil GDA, awasi GDA, auskultasi bunyi nafas, awasi tanda vital dan irama jantung, kaji frekuensi, kedalaman pernafasan.

- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkokonstriksi, mukus.

Tujuan: perbaikan dalam pola nafas.

Rencana tindakan:

Mandiri: ajarkan pasien pernafasan diafragmatik dan pernafasan bibir, berikan O₂ tambahan, berikan dorongan untuk menyelingi aktivitas dan periode istirahat, berikan dorongan penggunaan pelatihan otot-otot pernafasan jika diharuskan.

- d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan dispnoe, anoreksia, mual muntah.

Tujuan: menunjukkan peningkatan berat badan

Kriteria hasil:

Berat badan normal, albumin 3,5-5g/dL, hemoglobin 11,5-16g/dL, porsi makan habis.

Rencana tindakan:

Mandiri: Kaji kebiasaan diet, auskultasi bunyi usus, berikan perawatan oral sebelum makan, timbang berat badan sesuai indikasi, motivasi klien untuk makan.

Kolaborasi: konsultasi ahli gizi

- e. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan menetapnya sekret, proses penyakit kronis.

Tujuan: mengidentifikasi intervensi untuk mencegah risiko tinggi

Rencana tindakan:

Mandiri: awasi suhu, observasi warna dan bau sputum, tunjukkan dan bantu pasien tentang pembuangan sputum, diskusikan kebutuhan masukan nutrisi adekuat.

Kolaborasi: berikan anti mikroba sesuai indikasi.

- f. Intoleran aktivitas berhubungan dengan insufisiensi ventilasi dan oksigenasi.

Tujuan: menunjukkan perbaikan dengan aktivitas toleran.

Rencana tindakan:

Mandiri: dukung pasien dalam menegakkan latihan teratur dengan menggunakan exercise berjalan perlahan atau latihan yang sesuai.

- g. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Tujuan: pasien akan mengalami penurunan rasa ketakutan dan ansietas

Rencana tindakan:

Mandiri: kaji tingkat kecemasan (ringan, sedang, berat), berikan dorongan emosional, beri dorongan mengungkapkan ketakutan/masalah, jelaskan jenis prosedur dari pengobatan, beri dorongan spiritual.

- h. Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan di rumah.

Tujuan: mengatakan paham kondisi, proses penyakit dan tindakan.

Rencana tindakan:

Mandiri: jelaskan proses penyakit individu, instruksikan untuk latihan nafas, batuk efektif dan latihan kondisi umum, diskusikan faktor individu yang meningkatkan kondisi misalnya udara, serbuk, asap tembakau.

H. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah tindakan pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan untuk membantu mencapai tujuan yang telah direncanakan dan disusun. Pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan maka akan dicatat dalam catatan keperawatan. Dalam melakukan tindakan keperawatan perlu menggunakan 3 tahap pendekatan yaitu, mandiri adalah kegiatan yang dilakukan tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya, kolaborasi adalah tindakan yang berhubungan dengan rencana tindakan medis lainnya, serta interkolaborasi adalah tindakan yang memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, laboran, ahli gizi dan fisioterapi (Setiadi, 2012).

I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh rencana keperawatan dan pelaksanaan keperawatan telah dicapai. Evaluasi terbagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilaksanakan pada saat selesai tindakan yang berupa catatan perkembangan. Perumusan evaluasi formatif ini adalah SOAP yaitu subjektif yang berisi keluhan pasien, objektif yang berisi data dan hasil pemeriksaan, analisa yang berisi perbandingan teori dengan data, dan perencanaan. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilaksanakan saat semua rekapan akhir yang berisi catatan naratif seperti kepulangan atau kepindahan pasien. Evaluasi sumatif dapat menggunakan metode wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait pelayanan. Kemungkinan yang dapat terjadi pada evaluasi adalah masalah teratas sebagian, masalah dapat diatasi, masalah belum teratas, masalah baru yang timbul (Setiadi, 2012).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data dasar

a. Pengkajian

Pasien bernama Tn.F, berjenis kelamin laki-laki, usia 20 tahun, status perkawinan belum menikah, beragama Islam, suku/bangsa Jawa/Indonesia, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan karyawan swasta, alamat Aren Jaya Bekasi, sumber biaya didapatkan dari asuransi perusahaan, sumber informasi pasien, keluarga, rekam medis, dan perawat ruangan.

b. Resume

Tn.F (20 tahun) datang ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 9 Februari 2020 pukul 07.50 WIB diantar oleh keluarga dengan keluhan batuk sudah 10 hari, sesak napas, batuk berdahak, dahak berwarna hijau kental, demam naik turun sudah 1 minggu, mual, muntah 3x, nafsu makan berkurang. Perawat IGD melakukan pengkajian dengan hasil keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran composmentis. Hasil pemeriksaan TTV: TD: 109/61mmHg, Nadi: 66x/menit, Suhu: 39,1°C, RR: 27x/menit. Dilakukan pemasangan infus oleh perawat IGD lalu diberikan paracetamol 1gram via drip dan pemberian oksigen melalui nasal kanul 3 LPM. Kemudian dilakukan pemeriksaan rontgen thorax dengan kesan cor tidak membesar corakan bronkitis.

Pada pukul 10.25 WIB pasien dipindahkan ke ruang Chysant dengan diagnosa medis bronkitis akut. Perawat ruangan melakukan pengkajian dengan hasil pasien masih mengatakan

batuk berdahak, sesak napas sedikit berkurang, dahak susah dikeluarkan Hasil pemeriksaan TTV: TD: 115/70mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 37,9°C, RR: 25x/menit. Masalah keperawatan yang muncul adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah memberikan posisi semifowler, pemeriksaan TTV dan mengauskultasi suara napas. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium yaitu darah lengkap dengan hasil LED 15 mm/jam, CRP 13,2mg/dL, Leukosit 15.060/uL, pemberian obat fartolin 2,5 mg + NaCl 0,9% 3cc via inhalasi dan obat vestein 300mg via oral. Evaluasi secara umum pasien masih mengeluh batuk berdahak dan batuk susah dikeluarkan dengan RR 21x/menit dan suara napas ronki (+) dikedua lapang paru.

2. Riwayat Keperawatan

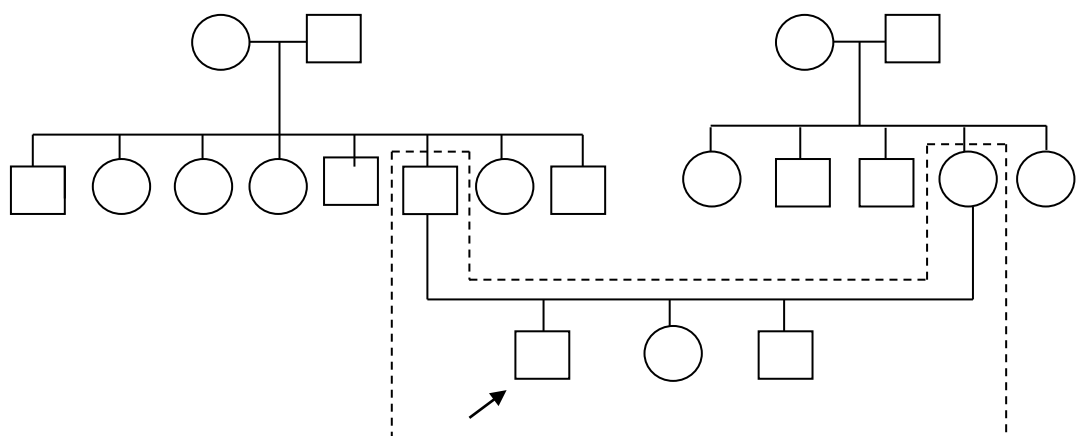
a. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama pasien adalah batuk berdahak 10 hari, sesak napas, dahak susah dikeluarkan, demam turun naik 1 minggu. Faktor pencetus adalah pasien riwayat merokok selama 5 tahun.

b. Riwayat kesehatan masalalu

Pasien mengatakan tahun 2018 pernah di rawat di rumah sakit dengan diagnosa tipes.

c. Riwayat kesehatan keluarga (genogram dan keterangan tiga generasi)



Keterangan:



: Laki-laki



: Pasien



: Perempuan



: Meninggal

----- : Tinggal bersama

d. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang yang paling dekat dengannya yaitu ayahnya. Dalam pembuatan keputusan apabila ada suatu masalah diselesaikan dengan musyawarah. Dalam kemasyarakatan pasien cukup aktif seperti mengikuti pengajian bulanan.

Dampak dari penyakit pasien saat ini terhadap keluarga yaitu menjadi khawatir. Masalah yang mempengaruhi pasien saat ini adalah penyakitnya, pasien tampak tidak melakukan aktivitas seperti biasa. Hal yang saat ini dipikirkan pasien adalah ingin cepat sembuh dan beraktivitas seperti biasa.

Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah ingin cepat kembali pulih, dan tidak ingin di rawat di RS lagi. Dalam keluarga pasien tidak ada kepercayaan atau nilai yang bertentangan dengan bidang kesehatan. Kegiatan keagamaan yang pasien lakukan adalah sholat 5 waktu, jika ada waktu berjamaah ke Masjid.

c. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, menghabiskan 1 porsi makan. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi dan tidak ada makanan pantangan. Pasien tidak mengonsumsi obat-obatan sebelum makan atau suplemen makan.

Selama dirawat di RS pasien mengatakan makan 2 kali sehari, nafsu makan tidak baik atau berkurang, porsi makan yang

dihabiskan hanya $\frac{1}{4}$ porsi dengan diit TKTP (tinggi kalori tinggi protein). Pasien tidak tampak menggunakan alat bantu NGT, dan lain-lain.

2) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan BAK berwarna kuning jernih, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk BAK seperti kateter. Pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari, waktu BAB tidak tentu, warna kuning kecokelatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan *laxative*.

Selama dirawat di RS pasien mengatakan BAK berwarna kuning jernih, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk BAK seperti kateter. Pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari, waktu BAB tidak tentu, warna kuning kecokelatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan *laxative*.

3) Pola personal *hygiene*

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 2 kali dalam sehari, pada jam 5 pagi dan jam 6 sore. Pasien mengatakan sikat gigi pada pagi hari dan malam hari. Pasien mengatakan keramas 2 kali dalam seminggu.

Selama dirawat dirumah sakit pasien mengatakan mandi 2 kali dalam sehari pada jam 9 pagi dan jam 4 sore. Pasien mengatakan untuk menggosok gigi 2 kali dalam sehari pagi hari dan malam hari. Pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit belum pernah keramas.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidak pernah tidur siang. Untuk tidur malam tidak ada perubahan baik sebelum masuk rumah sakit maupun sesudah masuk rumah sakit. Pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur main *handphone* dan menonton tv. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat tidur.

Selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 4 jam, tidur malam tidak ada perubahan dengan sebelum sakit, kebiasaan sebelum tidur main *handphone* dan menonton tv, pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat tidur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan berolahraga 3 kali dalam seminggu, jenis olahraga yang dilakukan adalah lari/*jogging*. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Selama di rawat dirumah sakit pasien melakukan aktivitas hanya saat ingin ke kamar mandi secara mandiri tanpa bantuan suster atau keluarga.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien merokok, pasien mengatakan merokok sejak kelas 3 SMP. Pasien mengatakan tidak minum-minuman keras dan tidak menggunakan NAPZA.

3. Pengkajian Fisik

a. Pengkajian fisik umum

Berat badan pasien adalah 59 kg, tinggi badan 182 cm, IMT pasien 17,8 (*underweight*), keadaan umum tampak sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem pengelihanatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata dan pergerakan mata pasien normal, konjungtiva pucat (anemis), kornea mata pasien normal, sklera mata pasien anikterik, pupil mata pasien isokor, pada otot-otot mata pasien tidak mengalami kelainan. Fungsi pengelihanatan pasien baik dan tidak ada tanda-tanda peradangan pada mata pasien. Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata ataupun kontak lensa.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal pada bagian kiri dan kanan, tidak ada karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau), kondisi telinga tengah normal tidak terdapat kelainan. Telinga pasien tidak tampak cairan dari telinga, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh pada telinga, tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran pasien normal, tidak ada gangguan keseimbangan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu untuk mendengar.

d. Sistem wicara

Pasien berbicara normal tidak terdapat gangguan pada sisten wicara.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas pasien terdapat hambatan berupa sputum, pasien tampak sesak, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernafasan. Frekuensi nafas pasien 24x/menit, irama nafas pasien teratur, jenis pernafasan pasien spontan, kedalaman nafas pasien dalam. Pasien mengatakan batuk berdahak dan susah mengeluarkan dahak, saat diauskultasi suara nafas pasien ronkhi dikedua lapang paru, saat dilakukan perkusi dada terdengar sonok, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernafas, dan tidak meggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

Nadi pasien 72x/menit, irama teratur, tekanan darah pasien 110/75mmHg, tidak terdapat distensi van jugularis antara kanan dan kiri. Warna kulit tampak pucat, pengisian kapiler pasien <23 detik, tidak terdapat edema pada pasien. Sirkulasi jantung pasien dengan kecepatan apical 72x/menit dengan irama teratur, tidak terdapat kelainan bunyi jantung pada pasien. Pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat, tidak terdapat perdarahan.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran pasien *composmentis* dengan Glasgow coma scale (GCS) eye: 4, motorik:6, verbal:5 dengan hasil 15, tidak terdapat tand-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK) pada pasien. Pasien tidak terdapat gangguan sistem persyarafan, refleks biologis pasien normal dan tidak terdapat refleks patologis pada pasien.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien baik, terdapat caries pada gigi, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis pada pasien, lidah pasien tidak tampak kotor, produksi saliva pasien normal, tidak ada muntah, tidak terasa nyeri pada daerah perut, pasien sudah 2 kali BAB sejak dirawat. Bising usus pasien 12x/menit. Saat dipalpasi hepar pasien tidak teraba, tidak terdapat distensi abdomen pada pasien.

j. Sistem endokrin

Pasien tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat luka ganggren pada pasien.

k. Sistem urogenital

Balance cairan pada tanggal 10 Februari 2020 adalah +120cc/24 jam dengan intake/24 jam 2200 cc dan output/24jam 2120 (2200 - 2120 = +120 cc). Warna urin pasien saat BAK kuning jernih, tidak ada distensi atau ketegangan kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang/nyeri.

l. Sistem integumen

Turgor kulit pasien elastis, temperature kulit hangat, suhu 38,7°C, warna kulit pasien kemerahan, keadaan kulit pasien baik tidak terdapat luka. Pasien terpasang infus pada tangan kanan dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada lokasi yang terpasang infus.

m. Sistem muskuloskeletal

Pasien mengatakan tidak kesulitan untuk bergerak, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur. Pasien tidak mengalami kelainan struktur tulang belakang, dan keadaan tonus otot baik dengan kekuatan otot:

5555	5555
5555	5555

n. Data tambahan

Pasien dan keluarga mengatakan belum mengetahui tentang penyakit pasien. Pasien mengatakan belum tahu apa penyebab dari penyakit tersebut.

O. Data penunjang

1) Hasil laboratorium

a) Pada tanggal 9 Februari 2020

Leukosit 15.060 /uL

LED 15 mm/jam

CRP 13,2

Hemoglobin 10,2 g/dL

2) Hasil foto thorax

Pada tanggal 9 Februari 2020

Kesan: cor tidak membesar, corakan bronkitis

P. Pelaksanaan

Infus RL 500cc/12 jam via IV, vestein 3x300mg via oral, cernevit 3x1tab via oral, fluimucil 3x250 mg via inhalasi, budesma 3x0,5mg via inhalasi + NaCl 0,9% 3cc, ceftriaxone 3x2gram via IV, pantoprazole 3x40mg via IV, ondansentron 3x4mg via IV, paracetamol 3x500mg via drip. Diit pasien TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein).

4. Data fokus

Pasien dengan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran *composmentis*, tekanan darah 110/75mmHg, nadi 72x/menit, suhu 38,7°C, dan pernafasan 24x/menit.

a. Kebutuhan oksigenasi

Data subjektif: pasien mengatakan masih sesak nafas, pasien mengatakan batuk berdahak, pasien mengatakan dahaknya berwarna hijau kental, pasien mengatakan batuknya sudah 10 hari, pasien mengatakan dahaknya susah dikeluarkan.

Data objektif: pasien tampak sedikit sesak dengan pernafasan 25x/menit, auskultasi suara nafas ronkhi (+) dikedua lapang paru, pasien tampak batuk produktif, sputum pasien berwarna hijau kental, pasien tampak sulit untuk mengeluarkan sputum, hasil rontgen thorax kesan: cor tidak membesar, corakan bronkitis.

b. Kebutuhan nutrisi

Data subjektif: pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak

ada muntah, pasien mengatakan nafsu makan berkurang, pasien mengatakan hanya menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, pasien mengatakan BB turun 1 kg setelah sakit dari 60 kg menjadi 59 kg.

Data objektif: BB 59 kg, TB 182 cm, IMT 17,8 (*underweight*), hemoglobin 10,2 g/Dl, pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan, pasien tampak kurus.

c. Kebutuhan aman

Data subjektif: pasien mengatakan ada demam, pasien mengatakan merokok sejak kelas 3 SMP

Data objektif: suhu 38,7°C, akral teraba hangat, LED 15mm/jam, Leukosit 15.060 /Ul, hasil rontgen thorax kesan: cor tidak membesar, corakan bronkitis.

d. Penyuluhan/pembelajaran

Data subjektif: pasien dan keluarga mengatakan belum mengetahui tentang penyakit pasien, pasien mengatakan tidak tahu apa penyebab penyakit tersebut.

Data objektif: pasien dan keluarga tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit pasien.

5. Analisa data

Data	Masalah	Etiologi
DS: a. pasien mengatakan masih sesak nafas b. pasien mengatakan batuk berdahak c. pasien mengatakan dahaknya berwarna hijau kental d. pasien mengatakan batuknya sudah 10 hari e. pasien mengatakan dahaknya susah dikeluarkan DO: a. pasien tampak sedikit sesak dengan pernafasan 24x/menit b. auskultasi suara nafas ronkhi (+) dikedua lapang paru c. pasien tampak batuk produktif d. sputum pasien berwarna hijau kental e. pasien tampak sulit untuk mengeluarkan sputum f. hasil rontgen thorax kesan: cor tidak	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	Sekresi yang tertahan

Data	Masalah	Etiologi
membesar, corakan bronkitis		
DS: a. pasien mengatakan ada demam b. pasien mengatakan merokok sejak kelas 3 SMP DO: a. suhu 38,7°C b. akral terasa hangat c. LED 15mm/jam d. CRP 13,2 mg/dL e. Leukosit 15.060 /uL f. hasil rontgen thorax kesan: cor tidak membesar, corakan bronkitis.	Resiko infeksi	Ketidakadekuatan ketahanan tubuh primer: merokok
DS: a. pasien mengatakan mual b. pasien mengatakan tidak ada muntah c. pasien mengatakan nafsu makan berkurang d. pasien mengatakan hanya menghabiskan makan ¼ porsi	Defisit nutrisi	Kurangnya asupan makanan

Data	Masalah	Etiologi
e. pasien mengatakan BB turun 1 kg setelah sakit dari 60 kg menjadi 59 kg DO: a. BB 59 kg, TB 182 cm, IMT 17,8 (underweight) b. hemoglobin 10,2 g/dL c. pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan d. pasien tampak kurus		
DS: a. pasien dan keluarga mengatakan belum mengetahui tentang penyakit pasien b. pasien mengatakan tidak tahu apa penyebab penyakit tersebut DO: a. pasien dan keluarga tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit pasien	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan ketahanan tubuh primer: merokok
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Data subjektif: pasien mengatakan masih sesak nafas, pasien mengatakan batuk berdahak, pasien mengatakan dahaknya berwarna hijau kental, pasien mengatakan batuknya sudah 10 hari, pasien mengatakan dahaknya susah dikeluarkan.

Data objektif: pasien tampak sedikit sesak dengan pernafasan 24x/menit, auskultasi suara nafas ronkhi (+) dikedua lapang paru, pasien tampak batuk produktif, sputum pasien berwarna hijau kental, pasien tampak sulit untuk mengeluarkan sputum, hasil rontgen thorax kesan: cor tidak membesar, corakan bronkitis.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan jalan nafas kembali efektif.

Kriteria hasil: sesak nafas pasien hilang, RR dalam batas normal (16-20x/menit), auskultasi suara nafas vesikuler, batuk berkurang, pasien mampu batuk efektif dan mengeluarkan sputum secara mandiri.

Rencana tindakan:

- a. Kaji RR setiap shift
- b. Berikan posisi semifowler
- c. Monitor bunyi nafas tambahan
- d. Monitor sputum (warna dan karakteristik)
- e. Ajarkan batuk efektif
- f. Lakukan fisioterapi dada (*clapping* dan *vibrating*)
- g. Berikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi sesuai program medis
- h. Berikan obat vestein 3x300mg melalui oral sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji suara nafas pasien dengan hasil suara ronkhi (+) dikedua lapang paru, pada pukul 07.00 WIB perawat memberikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan. Pukul 08.00 WIB perawat ruangan mengkaji pengeluaran sputum pasien dengan hasil pasien belum bisa mengeluarkan sputum secara mandiri, sputum berwarna hijau kental. Pukul 09.15 WIB mengkaji pernafasan dengan hasil 20x/menit. Pukul 10.30 WIB mengauskultasi suara nafas dengan hasil terdengar ronkhi dikedua lapang paru, 11.45 memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak lebih nyaman, pukul 13.00 WIB memberikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan, pukul 13.45 WIB melakukan fisioterapi dada (*clapping* dan *vibrating*) dengan hasil pasien tampak nyaman, 14.20 WIB mengajarkan pasien batuk efektif dengan hasil pasien belum bisa mengeluarkan sputum secara mandiri,

15.00 WIB memonitor sputum dengan hasil sputum berwarna hijau dan kental, 16.00 WIB mengauskultasi suara nafas tambahan dengan hasil terdengar ronkhi dikedua lapang paru.

Pukul 20.30 perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 120/80mmHg, Nadi 80x/menit, suhu 37,9°C, RR 20x/menit, 21.45 WIB perawat ruangan memberikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan, pukul 05.00 WIB perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 125/80mmHg, Nadi 82x/menit, suhu 37,9°C, RR 20x/menit.

Pukul 05.30 WIB mengkaji pengeluaran sputum dengan hasil sputum berwarna kuning kental, pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas, pasien mengatakan masih batuk berdahak, pasien masih susah mengeluarkan dahak

Evaluasi Keperawatan 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas, pasien mengatakan masih batuk berdahak, pasien mengatakan masih susah mengeluarkan dahak

Objektif: RR 20x/menit, auskultasi suara nafas terdengar ronkhi dikedua lapang paru, pasien masih tampak batuk berdahak, sputum berwarna kuning kental

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Perencanaan: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB memberikan fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan

dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan, pukul 09.00 WIB melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 110/73mmHg, Nadi 87x/menit, suhu 37,3°C, RR 21x/menit, pukul 10.30 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman, 11.25 memonitor suara nafas tambahan dengan hasil terdengar ronkhi dikedua lapang paru, 13.00 memberikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan, 13.50 melakukan fisioterapi dada (*clapping* dan *vibrating*) dengan hasil pasien tampak nyaman, 14.35 WIB mengajarkan pasien batuk efektif dengan hasil pasien tampak sudah mulai bisa mengeluarkan sputum secara mandiri, 15.20 WIB memonitor sputum dengan hasil sputum berwarna kuning dan kental, 16.00 WIB mengauskultasi suara nafas tambahan dengan hasil terdengar ronkhi dikedua lapang paru.

Pukul 20.30 perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 115/77mmHg, Nadi 79x/menit, suhu 37,5°C, RR 21x/menit, 22.00 WIB perawat ruangan memberikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan.

Pukul 05.00 WIB perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 120/80mmHg, Nadi 85x/menit, suhu 37,4°C, RR 19x/menit, pukul 05.30 WIB mengkaji pengeluaran sputum dengan hasil sputum berwarna putihkental dan mengauskultasi suara nafas masih terdengar ronkhi dikedua lapang paru, pukul 06.00 perawat ruangan mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan masih batuk berdahak, pasien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahaknya sedikit demi sedikit.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan masih batuk berdahak, pasien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahak

Objektif: RR 20x/menit, auskultasi suara nafas terdengar ronkhi dikedua lapang paru, pasien masih tampak batuk berdahak, sputum berwarna putih kental

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Perencanaan: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan

Pukul 07.00 WIB memberikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan, pukul 09.25 WIB melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 125/83mmHg, Nadi 85x/menit, suhu 37,5°C, RR 20x/menit, pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman, 11.45 memonitor suara nafas tambahan dengan hasil terdengar ronkhi dikedua lapang paru, 13.00 memberikan obat fluimucil 250 mg + budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan, 13.40 melakukan fisioterapi dada (*clapping* dan *vibrating*) dengan hasil pasien tampak nyaman, 14.40 WIB mengajarkan pasien batuk efektif dengan hasil pasien tampak sudah mulai bisa mengeluarkan sputum secara mandiri, 15.30 WIB memonitor sputum dengan hasil sputum berwarna putih dan kental, 16.00 WIB mengauskultasi suara nafas tambahan dengan hasil terdengar ronkhi dikedua lapang paru.

Pukul 20.40 perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 120/70mmHg, Nadi 75x/menit, suhu 37,3°C, RR 20x/menit, 22.00 WIB perawat ruangan memberikan obat fluimucil 250 mg +

budesma 0,5mg + NaCl 0,9% 3cc melalui inhalasi dengan hasil obat telah diberikan dan dihirup pasien, memberikan obat vestein 300mg melalui oral dengan hasil obat telah diminum pasien dan tidak dimuntahkan.

Pukul 05.00 WIB perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 121/83mmHg, Nadi 80x/menit, suhu 37,3°C, RR 20x/menit, pukul 05.30 WIB mengkaji pengeluaran sputum dengan hasil sputum putih dan encer, pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan masih batuk berdahak, pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahak.

Evaluasi Keperawatan 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan masih batuk berdahak, pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahak.

Objektif: RR 20x/menit, auskultasi suara nafas terdengar ronkhi dikedua lapang paru, pasien masih tampak batuk berdahak, sputum berwarna putih encer, pasien tampak sudah bisa mengeluarkan dahaknya.

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Perencanaan: hentikan intervensi, pasien pulang. Anjurkan pasien untuk rutin minum obat dan kembali saat jadwal kontrol.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan ketahanan tubuh primer: merokok

Data subjektif: pasien mengatakan ada demam, pasien mengatakan merokok sejak kelas 3 SMP

Data objektif: suhu 38,7°C, akral teraba hangat, LED 15mm/jam, Leukosit 15.060 /Ul, hasil rontgen thorax kesan: cor tidak membesar, corakan bronkitis.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perluasan infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil: suhu dalam batas normal ($36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$), pasien tidak mengeluh demam, LED dalam batas normal ($0 - 10 \text{ mm/jam}$). Leukosit dalam batas normal ($4000 - 10000 /\mu\text{L}$), CRP ($<6 \text{ mg/dL}$)

Rencana tindakan:

- a. Kaji suhu pershift
- b. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium (LED, Leukosit, CRP)
- c. Berikan obat antibiotik ceftriaxone 3x2gram via IV sesuai program medis
- d. Berikan obat antipiretik paracetamol 3x500 mg via drip sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan masih demam, pukul 07.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan dan memberikan obat paracetamol 500mg via drip dengan hasil obat telah diberikan tetesan infus berjalan lancar, pukul 10.00 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil suhu $38,7^{\circ}\text{C}$ pasien mengatakan masih ada demam, pukul 11.20 WIB memantau hasil pemeriksaan laboratorium dengan hasil LED 15mm/jam, CRP 13,2 mg/Dl, Leukosit 15.060 /Ul, pukul 13.00 WIB memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan dan memberikan obat paracetamol 500mg via drip dengan hasil obat telah diberikan tetesan infus berjalan lancar.

Pukul 16.30 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil $38,2^{\circ}\text{C}$, pukul 21.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan dan

memberikan obat paracetamol 500mg via drip dengan hasil obat telah diberikan tetesan infus berjalan lancar.

Pukul 05.00 WIB perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 125/80mmHg, Nadi 82x/menit, suhu 37,9°C, RR 20x/menit dengan keluhan pasien mengatakan masih ada demam.

Evaluasi Keperawatan 11 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: pasien mengatakan masih ada demam

Objektif: suhu 37,9°C, hasil pemeriksaan laboratorium dengan hasil LED 15mm/jam, CRP 13,2 mg/Dl, Leukosit 15.060 /Ul, akral teraba hangat

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Perencanaan: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 06.45 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil 37,9°C, pukul 07.00 WIB memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan dan memberikan obat paracetamol 500mg via drip dengan hasil obat telah diberikan tetesan infus berjalan lancar, pukul 10.00 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil suhu 37,3°C pasien mengatakan masih ada demam, pukul 11.00 WIB memantau hasil pemeriksaan laboratorium dengan hasil tidak ada hasil terbaru pemeriksaan laboratorium, pukul 13.00 WIB memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan dan memberikan obat paracetamol 500mg via drip dengan hasil obat telah diberikan tetesan infus berjalan lancar.

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil 37,5°C, pukul 21.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan dan memberikan obat paracetamol 500mg via drip dengan hasil obat telah diberikan tetesan infus berjalan lancar.

Pukul 05.00 WIB perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 120/80mmHg, Nadi 85x/menit, suhu 37,4°C, RR 19x/menit dengan keluhan pasien mengatakan sudah tidak demam.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak demam

Objektif: suhu 37,4°C

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Perencanaan: lanjutkan intervensi no 1,2,3

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 06.40 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil 37,4°C, pukul 07.00 WIB memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan, pukul 10.25 WIB mengkaji suhu pasien dengan hasil suhu 37°C pasien mengatakan sudah tidak demam, pukul 11.30 WIB memantau hasil pemeriksaan laboratorium dengan hasil LED 10mm/jam, CRP 5 mg/Dl, Leukosit 8.750 /Ul pukul 13.00 WIB memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan , pukul 17.00 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil 37,5°C.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ceftriaxone 2gram melalui IV dengan obat telah disuntikan.

Pukul 05.00 WIB perawat ruangan melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 121/83mmHg, Nadi 80x/menit, suhu 37,3°C, RR 20x/menit dengan keluhan pasien mengatakan sudah tidak demam.

Evaluasi Keperawatan 13 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak demam

Objektif: suhu 36,8°C, LED 10mm/jam, CRP 5 mg/dL, Leukosit 8.750 /uL

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Perencanaan: hentikan intervensi, pasien pulang. Anjurkan pasien untuk rutin minum obat dan kembali saat jadwal kontrol.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

Data subjektif: pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak ada muntah, pasien mengatakan nafsu makan berkurang, pasien mengatakan hanya menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, pasien mengatakan BB turun 1 kg setelah sakit dari 60 kg menjadi 59 kg.

Data objektif: BB 59 kg, TB 182 cm, IMT 17,8 (underweight), hemoglobin 10,2 g/dL, pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan, pasien tampak kurus.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x34 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi

Kriteria hasil: keluhan mual pasien hilang, nafsu makan meningkat, pasien menghabiskan 1 porsi makan, hemoglobin dalam batas normal (13,5 – 18,0 g/dL)

Rencana tindakan:

- a. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
- b. Identifikasi alergi makanan
- c. Monitor asupan makanan
- d. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin)
- e. Berikan obat antiemetik pantoprazole 3x40mg via IV sesuai program medis
- f. Berikan obat antiemetik ondansetron 3x4mg via IV sesuai program medis
- g. Berikan vitamin cernevit 3x1 tablet sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien mengatakan masih mual, pukul 07.00 WIB perawat ruangan memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan. Pukul 09.15 WIB menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengikuti anjurkan perawat, pukul 09.25 WIB mengidentifikasi alergi makanan dengan hasil pasien mengatakan tidak ada alergi makanan apapun, pukul 12.30 WIB memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan, dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan, pukul 13.00 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi, pukul 14.20 WIB memantau hasil pemeriksaan laboratorium dengan hasil hemoglobin 10,2 g/Dl.

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien masih mengeluh mual, pukul 21.00 WIB perawat ruangan memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan.

Pukul 06.00 perawat ruangan mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien mengatakan mual sudah mulai berkurang, pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat, pasien mengatakan menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi.

Evaluasi Keperawatan 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan mual sudah mulai berkurang, pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat, pasien mengatakan menghabiskan makan ½ porsi.

Objektif: hemoglobin 10,2 /DL, pasien tampak menghabiskan makan ½ porsi

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Perencanaan: lanjutkan intervensi no 1,3,4,5,6,7

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 06.45 WIB mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien mengatakan masih mual, pukul 07.00 WIB memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan. Pukul 10.25 WIB menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat, pukul 12.30 WIB memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan, dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan, pukul 13.00 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan hanya makan 1 porsi, pukul 14.20 WIB memantau hasil pemeriksaan laboratorium dengan hasil tidak ada hasil pemeriksaan laboratorium terbaru.

Pukul 17.10 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien sudah tidak mengeluh mual, pukul 21.00 WIB perawat ruangan memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan.

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien mengatakan mual sudah hilang, pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat, pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan mual sudah hilang, pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat, pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi.

Objektif: pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan.

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Perencanaan: lanjutkan intervensi no. 1,3,4,5,6,7

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 06.30 WIB mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien mengatakan masih mual, pukul 07.00 WIB memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan. Pukul 10.25 WIB menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengikuti anjurkan perawat, pukul 12.45 WIB memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan, dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan, pukul 13.00 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan makan 1 porsi, pukul 15.00 WIB memantau hasil pemeriksaan laboratorium dengan hasil hemoglobin 14,2 g/dL.

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien sudah tidak mengeluh mual, pukul 21.00 WIB perawat ruangan memberikan obat pantoprazole 40mg melalui IV dan memberikan obat ondansentron 4mg melalui IV dengan hasil obat telah disuntikan dan memberikan vitamin cernevit 1 tablet dengan hasil vitamin diminum pasien dan tidak dimuntahkan.

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan mual pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak ada mual, pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat, pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi.

Evaluasi Keperawatan 13 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak ada mual, pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat, pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi.

Objektif: hemoglobin 14,2 g/dL, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan.

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Perencanaan: hentikan intervensi

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Data subjektif: pasien dan keluarga mengatakan belum mengetahui tentang penyakit pasien, pasien mengatakan tidak tahu apa penyebab penyakit tersebut.

Data objektif: pasien dan keluarga tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit pasien.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit diharapkan pengetahuan pasien dan keluarga bertambah.

Kriteria hasil: pasien dapat menjelaskan definisi bronkitis, pasien dapat menjelaskan penyebab bronkitis, pasien dapat menjelaskan tanda dan gejala bronkitis dan komplikasi bronkitis

Rencana tindakan:

- a. Jelaskan pengertian dan penyebab penyakit
- b. Jelaskan proses munculnya penyakit

- c. Jelaskan tanda dan gejala penyakit
- d. Jelaskan kemungkinan terjadi komplikasi

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB melakukan kontrak tindakan untuk melakukan penyuluhan kesehatan terkait penyakit pasien dengan hasil pasien dan keluarga bersedia dilakukan penyuluhan kesehatan, pukul 10.30 WIB menjelaskan pengertian dan penyebab penyakit dengan hasil pasien dan keluarga mendengarkan apa yang perawat jelaskan dan dapat menjelaskan ulang, pukul 10.40 WIB menjelaskan proses munculnya penyakit dengan hasil pasien dan keluarga mendengarkan apa yang perawat jelaskan dan dapat menjelaskan ulang, pukul 10.50 WIB menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit dengan hasil pasien dan keluarga mendengarkan apa yang perawat jelaskan dan dapat menjelaskan ulang, pukul 11.00 WIB menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dengan hasil pasien dan keluarga mendengarkan apa yang perawat jelaskan dan dapat menjelaskan ulang.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 pukul 11.00 WIB

Subjektif: pasien dan keluarga mengatakan paham tentang materi yang sudah dijelaskan

Objektif: pasien dan keluarga dapat menyebutkan pengertian, penyebab, proses munculnya penyakit, tanda dan gejala penyakit dan komplikasi penyakit

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Perencanaan: hentikan intervensi, pasien pulang

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus untuk manifestasi klinis

1. Menurut teori Amin Huda (2015) pasien dengan bronkitis pada saat diauskultasi bunyi napas terdengar wheezing dikarenakan adanya penyempitan saluran pernafasan pada bagian ujung/dalam. Sedangkan pada kasus pada saat diauskultasi suara napas terdengar ronkhi karen adanya sumbatan jalan napas akibat adanya lendir.
2. Menurut Wahid (2013), data dasar pada pasien dengan bronkitis khusus pada pengkajian aktivitas akan mengalami tanda dan gejala kelelahan, kelelahan, malaise, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, ketidakmampuan untuk tidur, dispnea pada saat istirahat, kelelahan, gelisahh, insomnia, kelemahan umum/kehilangan massa otot, tetapi tidak terjadi pada kasus. Hal ini dibuktikan oleh selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 4 jam, tidur malam tidak ada perubahan dengan sebelum sakit. Pasien mengatakan tidak kesulitan untuk bergerak, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur. Pasien tidak mengalami kelainan struktur tulang belakang, dan keadaan tonus otot baik dengan kekuatan otot pasien:

5555	5555
5555	5555

Pada pengkajian sirlukasi pasien akan mengalami tanda dan gejala pembengkakan pada ekstremitas bawah, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi jantung/takikardia berat, distensi vena leher,

edema dependen, bunyi jantung redup, tetapi tidak terjadi pada kasus. Hal ini dibuktikan dengan tidak tampak pembengkakan pada ekstremitas bawah pasien, TD 110/75mmHg, nadi 72x/menit, tidak tampak distensi vena leher, tidak terdapat edema pada pasien dan bunyi jantung pasien normal (BJ 1 dan BJ 2).

3. Menurut Wahid (2013), salah satu pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada pasien dengan bronkitis adalah pemeriksaan analisa gas darah untuk mengukur kadar asam basa didalam tubuh, namun tidak dilakukan pada kasus untuk pemeriksaan analisa gas darah karena tidak ada indikasi untuk dilakukan pemeriksaan analisa gas darah. Pada teori juga dikatakan bahwa pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pasien dengan bronkitis adalah pemeriksaan tes fungsi paru untuk menentukan penyebab dispnea, melihat obstruksi dan memperkirakan derajat disfungsi, namun tidak dilakukan pada kasus untuk pemeriksaan tes fungsi paru karena tidak ada indikasi untuk dilakukan pemeriksaan tersebut. Pada teori juga dikatakan bahwa pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada pasien dengan bronkitis adalah bronchogram untuk melihat garis tubular pada jalan nafas alveoli yang disekitar alveoli terisi cairan eksudat atau inflamasi namun tidak dilakukan pada kasus untuk pemeriksaan bronchogram, namun tidak dilakukan pada kasus untuk pemeriksaan tes fungsi paru karena tidak ada indikasi untuk dilakukan pemeriksaan tersebut. Pada teori juga dikatakan bahwa pemeriksaan yang dilakukan pasien dengan bronkitis adalah pemeriksaan elektrokardiografi untuk mendeteksi pembesaran jantung kanan, namun tidak dilakukan pada kasus untuk pemeriksaan elektrokardiografi karena tidak ada indikasi. Pada kasus hanya dilakukan pemeriksaan rontgen thorax dengan hasil kesan cor tidak membesar corakan bronkitis.

Faktor pendukung pada saat pengkajian pasien kooperatif, data di rekam medis lengkap dan tidak ada hambatan pada saat pengkajian.

Faktor penghambat penulis kesulitan menemukan faktor penyebab terjadinya infeksi pada saluran pernapasan pasien. Solusinya penulis hanya mengambil data penunjang dari pemeriksaan rontgen thorax.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada di dalam Abdul Wahid (2013) tetapi tidak ada pada kasus yaitu:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi jalan napas oleh sekresi, spasme bronkus. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena hal ini dibuktikan dengan frekuensi napas 23x/menit dengan irama teratur, kedalaman napas dalam, tidak ada sianosis, dyspnea, takipnea, takikardia, penurunan kesadaran serta kelemahan fisik.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan bronkokonstriksi, mukus. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena hal ini dibuktikan dengan frekuensi napas 23x/menit dengan irama teratur, kedalaman napas dalam, tidak ada dyspnea dan takipnea.
3. Ansietas berhubungan dengan insufisiensi ventilasi dan oksigenasi. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena hal ini dibuktikan dengan pasien tidak tampak ansietas hal ini dibuktikan dengan TD 110/75mmHg dan nadi 72x/menit.
4. Intoleran aktivitas berhubungan dengan status kesehatan. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena hal ini dibuktikan dengan pasien tidak tampak lemah dan dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri.

Faktor yang mendukung yaitu pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi terkait penyakit pasien, data-data mendukung dalam menentukan diagnosa dan terdapat buku sumber yang dapat membantu penulis untuk menentukan diagnosa.

Penulis tidak menemukan hambatan dalam menentukan diagnosa dikarenakan data yang tersedia cukup lengkap.

C. Perencanaan Keperawatan

Menurut teori penyusunan waktu dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak ada batasan waktu, sedangkan pada kasus penulis menetapkan 3x24 jam untuk pencapaian setiap intervensi pada diagnosa keperawatan yang sudah ditentukan oleh penulis.

Berikut adalah kesenjangan pada rencana keperawatan yang ada dalam teori menurut (Wahid, 2013) tetapi tidak terdapat dalam kasus yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan
 - a. Tindakan kolaborasi: pemberian obat bronkodilator. Penulis tidak melakukan hal ini karena sesuai dengan program medis dan sesuai kondisi dengan kondisi pasien yaitu auskultasi suara napas pasien adalah ronkhi, maka pemberian obat yang tepat adalah golongan mukolitik/ekspektoran.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan ketahanan tubuh primer: merokok
 - a. Tunjukkan dan bantu pasien tentang pembuangan sputum. Penulis tidak melakukan hal ini karena pasien sudah mengetahui tentang pembuangan sputum

- b. Diskusikan kebutuhan masukan nutrisi adekuat. Penulis tidak melakukan hal ini rencana ini sudah direncanakan pada masalah keperawatan defisit nutrisi.

Faktor yang mendukung pada saat membuat perencanaan keperawatan yaitu pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi terkait penyakit pasien, data-data mendukung dalam membuat perencanaan dan terdapat buku sumber yang dapat membantu penulis

Tidak ditemukan hambatan pada saat membuat perencanaan keperawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun. Pada pelaksanaan keperawatan kepada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 10 Februari 2020 sampai tanggal 12 Februari 2020. Pelaksanaan berjalan dengan baik, dikarenakan adanya faktor pendukung yaitu sikap kooperatif dari pasien dan keluarga yang membantu untuk melancarkan perencanaan dan pelaksanaan agar berjalan dengan baik terutama tentang penyakit yang dialami pasien, hal tersebut disebabkan karena pasien mengalami perbaikan setiap harinya.

Faktor pendukung dalam melaksanakan perencanaan adalah pasien yang kooperatif dan keluarga yang membantu dalam berjalannya perencanaan sehingga apa yang telah direncanakan berjalan dengan baik. Pendokumentasian dan tindakan-tindakan mandiri maupun kolaborasi dapat berjalan dan tertulis dengan lengkap.

Faktor penghambat dalam pelaksanaan yaitu keterbatasan waktu yang tersedia sehingga tidak dapat dilaksanakan dalam 24 jam, karena

penulis bekerja secara shift. Solusinya penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melakukan intervensi yang sudah dibuat dan mendokumentasikannya, lalu penulis melihat dan mencatat semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat ruangan pada saat shift siang dan shift malam dikeesokan harinya dicatat dan keperawatan untuk tindakan yang penulis tidak lakukan dan dilaksanakan oleh perawat ruangan.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan pada kasus yang dilakukan setiap hari dengan komponen utama dalam catatan keperawatan SOAP.

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai pada tanggal 12 Februari 2020, hal tersebut dikarenakan pada hari terakhir pasien masih batuk produktif dan terdengar suara nafas tambahan ronkhi dikedua lapang paru.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan ketahanan tubuh primer: merokok. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, masalah teratasi, tujuan tercapai pada tanggal 12 Februari 2020, hal tersebut dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak demam dan suhu 36,8°C, hasil pemeriksaan laboratorium LED 10mm/jam, CRP 5 mg/dL, Leukosit 8.750 /uL.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, masalah teratasi, tujuan tercapai pada tanggal 12 Februari 2020, hal tersebut dapat dibuktikan dengan : pasien mengatakan sudah tidak ada

4. mual, pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat, pasien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi dan hemoglobin 14,2 g/dL.
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit masalah teratasi, tujuan tercapai pada tanggal 12 Februari 2020, hal tersebut dapat dibuktikan dengan pasien dan keluarga mengatakan paham tentang materi yang sudah dijelaskan, pasien dan keluarga dapat menyebutkan pengertian, penyebab, proses munculnya penyakit, tanda dan gejala penyakit.

Faktor pendukung dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap pasien dan keluarga yang kooperatif kepada penulis, serta perawat ruangan yang selalu bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.

Faktor penghambat dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah diagnosa keperawatan beberapa belum teratasi dan tujuan belum tercapai karena keterbatasan waktu yang dimiliki penulis.

Solusinya penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melakukan evaluasi dan mendokumentasikannya, lalu penulis melihat dan mencatat semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat ruangan pada saat shift siang dan shift malam dikeesokan harinya dicatatkan keperawatan untuk tindakan yang penulis tidak lakukan dan dilaksanakan oleh perawat ruangan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan penulis dalam bab ini menyimpulkan dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Bronkitis dapat disebabkan oleh virus dan bakteri, pada Tn.F penyebab bronkitisnya karena bakteri yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan rontgen thorax yaitu terdapat corakan bronkitis. Tanda dan gejala yang ditemukan diantaranya suara napas ronkhi, batuk produktif, sputum berwarna hijau. Hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien adalah pemeriksaan laboratorium dan rontgen thorax.

2. Diagnosa keperawatan pada pasien dengan bronkitis yaitu terdapat empat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan utama yang diangkat adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Hal ini dikarenakan pada pasien bronkitis terjadi batuk produktif dan saat diauskultasi terdengar suara nafas tambahan yaitu ronkhi karena adanya cairan didalam lobus paru.

3. Perencanaan keperawatan pada pasien dengan bronkitis terdapat perencanaan mandiri dan kolaborasi yaitu mengauskultasi suara nafas tambahan pasien dan memberikan obat fluimucil, budesma, dan vestein untuk membantu mengencerkan dahak pasien.

4. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan bronkitis adalah mengkaji RR pasien, mengauskultasi suara nafas tambahan pasien, mengajarkan batuk efektif, memberikan obat

mukolitik dan antibiotik, penulis sudah melakukan perencanaan keperawatan dalam 3x24 jam.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan bronkitis yang harus diperhatikan secara mandiri dan kolaborasi

B. Saran

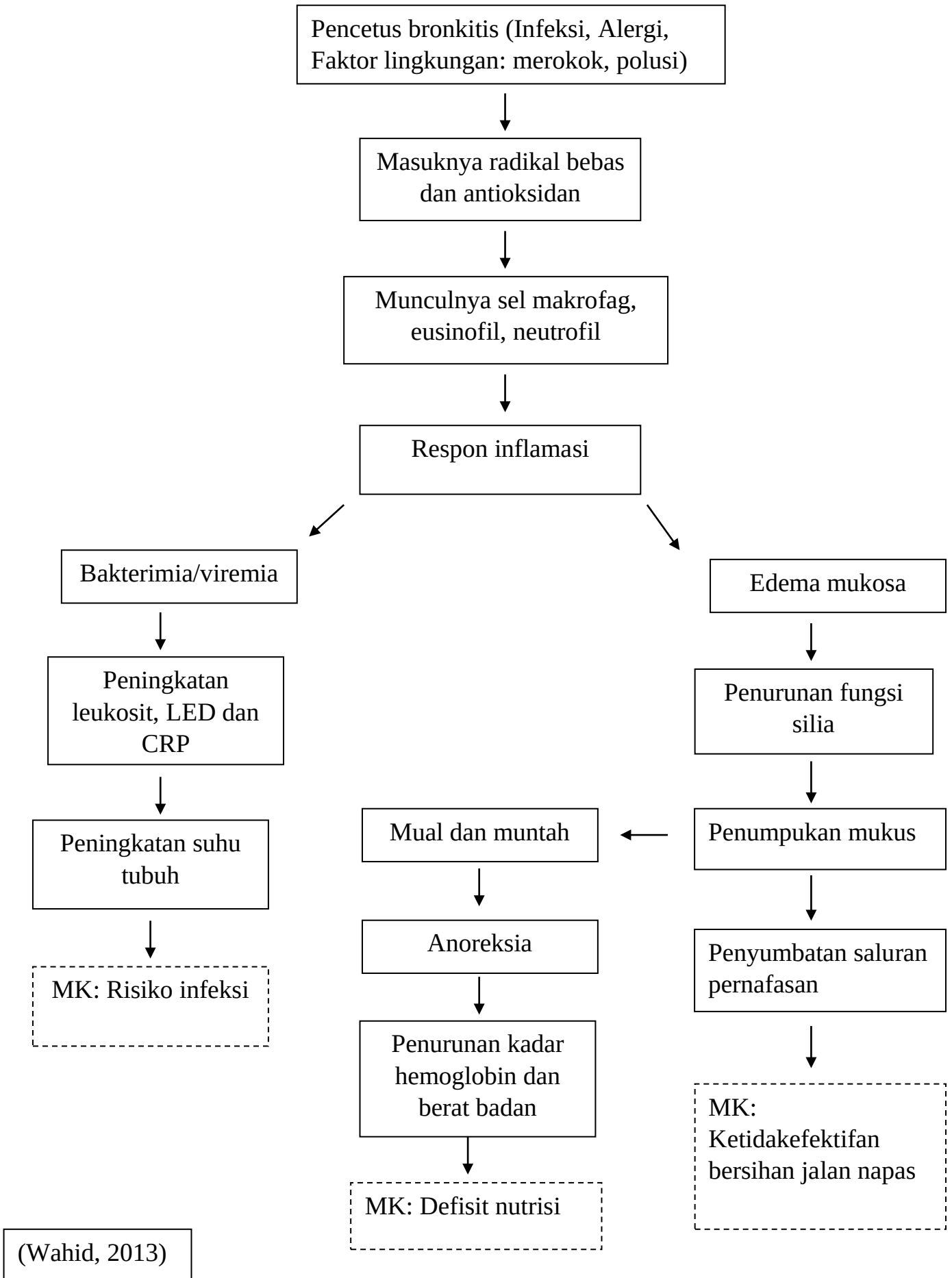
Saran bagi penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data adalah:

1. Untuk penulis diharapkan mampu memahami kasus berdasarkan teori yang ada, serta harus memiliki sikap *caring* seperti memberikan informasi atau edukasi kesehatan terkait *life style* agar tidak terjadi penyakit berulang atau menimbulkan faktor resiko.
2. Untuk perawat diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan tidak hanya berfokus pada masalah yang saat ini menjadi keluhan pasien yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, tetapi memperhatikan adanya masalah lain yang mungkin akan menjadi serius jika tidak ditangani, seperti resiko infeksi dan komplikasi lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ikawati, Z. (2011). *Penyakit Sistem Pernafasan dan Tatalaksana Terapinya*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Kemenkes, RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Balibang Kemenkes RI.
- Manurung, S. (2013). *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Nurafif, A. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Yogyakarta: Penerbit Medication Jogja.
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tina, L. A. (2017). Analisis Faktor Risiko Kejadian Penyakit Bronchitis di Wilayah Kerja Puskesmas Mekar. *Junal Umum Praktisi Kesehatan Masyarakat Sulawesi Tenggara* , 12.
- Wahid, A. d. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Windrasmara, (. J. (2019). Faktor Risiko Kejadian di Puskesmas Mekar Kota Kendari. *Jurnal Ilmu Kesehatan* , 2.
- World Health Organization, (. J. (2017). Analisis Faktor Kejadian Penyakit Bronkitis Di Wilayah Kerja Puskesmas Mekar. *Jurnal Ilmiah Praktisi Kesehatan Masyarakat* , 12.
- Yudha, S. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi*. Yogyakarta: Dee Publisher.

LAMPIRAN





Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

“Bronkitis”

Disusun oleh:

Yulia Ambarwati (201701031)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKES MITRA KELUARGA

BEKASI TIMUR

2020

Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Diagnosa Keperawatan : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Topik : Bronkitis

Sasaran : Tn.F dan Keluarga

Waktu : 12 Februari 2020 (pukul 10.00-11.00)

Tempat : Ruang Chrysant

TIU	TIK	Materi	KBM		Metode	Alat Peraga	Evaluasi
			Mahasiswa	Peserta			
1. Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1 x 60 menit, mampu mengetahui dan memahami pengertian bronkitis, penyebab bronkitis, tanda dan gejala bronkitis, cara pencegahan	Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1 x 60 menit, sasaran mampu : 1. Mengetahui pengertian bronkitis, penyebab bronkitis 2. Mengetahui penyebab bronkitis 3. Mengetahui tanda dan gejala	1. Pengertian bronkitis 2. Penyebab bronkitis 3. Tanda dan gejala bronkitis 4. Cara pencegahan bronkitis 5. Cara penanganan bronkitis 6. Komplikasi bronkitis	Pembuka (3 menit) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan waktu 5. Topik Penyuluhan/isi (20 menit) 1. Mengetahui pengertian bronkitis 2. Mengetahui penyebab bronkitis 3. Mengetahui tanda dan gejala bronkitis	Menjawab salam Menyetujui Memperhatikan	Diskusi, ceramah	1. Laptop 2. Leaflet 3. PPT	1. Tn. F dan keluarga mampu menyebutkan pengertian bronkitis 2. Tn.F dan keluarga menyebutkan 2 dari 3 penyebab bronkitis 3. Tn.F dan keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala bronkitis 4. Tn.F dan keluarga mampu menyebutkan 3 dari 3 cara pencegahan bronkitis 5. Tn.F dan keluarga

cara penanganan bronkitis, komplikasi bronkitis	bronkitis 4. Mengetahui cara pencegahan bronkitis 5. Mengetahui penanganan bronkitis 6. Mengetahui komplikasi bronkitis		4. Mengetahui cara pencegahan bronkitis 5. Mengetahui penanganan bronkitis 6. Mengetahui komplikasi bronkitis Penutup (7 menit) 1. Memberi kesempatan untuk bertanya 2. Kesimpulan 3. Penutup	Diskusi			mampu menyebutkan 3 dari 4 cara penanganan bronkitis 6. Tn.F dan keluarga menyebutkan 2 dari 3 komplikasi bronkitis
---	---	--	--	---------	--	--	---

MATERI PENYULUHAN

1. PENGERTIAN BRONKITIS

Bronkitis adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya inflamasi pada pembuluh bronkus, trakea dan bronkial. Inflamasi ini yang menyebabkan bengkak pada permukaannya, mempersempit ruang pembuluh dan menimbulkan sekresi dari cairan inflamasi (Somantri, 2012).

2. PENYEBAB BRONKITIS

Menurut (Nurafif, 2015) salah satu penyebab bronkitis adalah virus seperti, *rhinovirus*, RSV, virus influenza, virus parainfluenza, *adenovirus*, virus rubeola, dan *paramyxovirus*. Bronkitis karena bakteri biasanya dikaitkan dengan *mycoplasma pneumonia* yang dapat menyebabkan bronkitis akut dan biasanya terjadi pada anak berusia diatas 5 tahun atau remaja, *bordetella pertussis* dan *corynebacterium diphthriae*. Terdapat 3 faktor utama yang mempengaruhi timbulnya bronkitis, yaitu: rokok, infeksi dan polusi.

3. TANDA DAN GEJALA BRONKITIS

- a. Batuk
- b. Terdengar ronkhi
- c. Suara yang berat dan kasar
- d. Wheezing
- e. Menghilang dalam 10-14 hari
- f. Demam

- g. Produksi sputum putih, bila ada infeksi sputum akan menjadi purulen atau mikopurulen dan kental.
- h. Sesak bila timbul infeksi

4. CARA PENANGANAN

- a. Bronkitis kronis
- b. Kor pulmonal: pada kasus ini terjadi anastomosis cabang-cabang arterio, dan vena pulmonalis pada dinding bronkus akan terjadi arterio-venosus-shunt. Terjadi gangguan oksigenasi darah, timbul sianosis, selanjutnya terjadi hipoksemia.
- c. Kegagalan napas merupakan komplikasi terakhir pada bronkitis berat dan meluas (Manurung, 2013).

5. CARA PENANGANAN

- 1) Istirahat yang cukup
- 2) Makan makanan tinggi protein
- 3) Menjaga kebersihan tangan
- 4) Jika batuk lebih dari 10 hari silahkan pergi ke dokter untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut



STIKES MITRA KELUARGA

BRONKITIS



Created by:
Yulia Ambarwati
201701031

KENALI DAN CEGAH BRONKITIS



CARA PENANGANAN

1. Istirahat yang cukup

2. Makan makanan tinggi protein

3. Menjaga kebersihan tangan

4. Jika batuk lebih dari 10 hari silahkan pergi ke dokter untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut

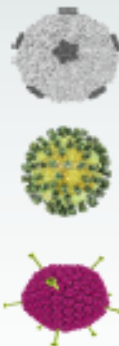

APA ITU BRONKITIS?

Bronkitis adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya inflamasi pada pembuluh bronkus, trakea dan bronkial. Inflamasi ini yang menyebabkan bengkak pada permukaannya, mempersempit ruang pembuluh dan menimbulkan sekresi dari cairan inflamasi (Somantri, 2012).

APA PENYEBAB-NYA?

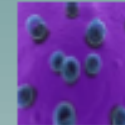
VIRUS

1. rhinovirus
2. virus parainfluenza
3. adenovirus



BAKTERI

1. chlamydia psittaci
2. chlamydia pneumoniae
3. mycoplasma pneumoniae
4. bordetella pertusis



FAKTOR LAIN/ LINGKUNGAN

Merokok
Polusi/asap



CARA PENCEGAHAN

1. Berhenti merokok
2. Hindari daerah berpolusi
3. Memakai masker

TANDA DAN GEJALA

1. batuk berdahak 7-10 hari
2. Demam $<39^{\circ}\text{C}$
3. Tidak nafsu makan
4. Nyeri dada
5. Sesak nafas ringan hingga berat



YANG AKAN TERJADI JIKA TIDAK DITANGANI

1. Bronkitis kronis
2. Kor pulmonal
3. Gagal pernafasan