

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis bronkopneumonia yang menjalani perawatan di Ruang Ismail RS.Siti Khodijah Sepanjang maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 29 April 2015 sampai tanggal 01 April 2015 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

Data diambil pada tanggal 29 April 2015 pada jam 13.00 WIB di Ruang Ismail, dengan no rekam medis 45-85-43.

3.1.1 Identitas Anak

Nama pasien An.F usia 14 bulan, jenis kelamin laki-laki, alamat jl.bambe dukuh manunggal gang 1, klien beragama islam, suku asli jawa, sumber informasi dari orang tua, perawat dan rekam medis.

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat keperawatan sekarang

- 1) Keluhan utama : Sesak
- 2) Riwayat penyakit saat ini :

Ibu klien mengatakan, sejak tanggal 21 April 2015 anaknya batuk 9 hari, klien sudah dibawa ke puskesmas tetapi tidak ada perubahan, pada tanggal 26 April 2015 anaknya sesak dan panas, anak tampak lesu disertai nafsu makan menurun, oleh orang tua dibawa

kepuskesmas kembali dan mendapat obat puyer dan penurun panas (sirup paracetamol), akan tetapi keluhan anak tidak kunjung membaik dan pada tanggal 28 April 2015 jam 12.10 anak Sesak dan batuk disertai panas oleh orang tua dibawa ke Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang melalui UGD, di UGD suhunya 39,2°C oleh dokter disarankan untuk opname.

2. Riwayat penyakit sebelumnya

Ibu klien mengatakan sejak lahir klien tidak pernah sakit seperti sekarang ini dan baru pertama kali ini masuk rumah sakit. Biasanya klien hanya sakit biasa seperti panas dan batuk pilek. Oleh orang tuanya dibawah berobat ke puskesmas. Klien ini tidak pernah menderita penyakit kronis maupun menular lainnya.

3. Imunisasi

Klien sudah mendapatkan imunisasi diposyandu antara lain BCG dan Hepatitis diberikan segera setelah lahir, polio I usia 1 bulan, DPT I dan polio II usia 2 bulan, Hepatitis II dan DPT II serta polio III usia 3 bulan, DPT III dan polio IV usia 4 bulan, Hepatitis III usia 5 bulan, untuk imunisasi capak diberikan pada usia masih usia 9 bulan.

4. Riwayat penyakit keluarga

1) Penyakit yang pernah diderita keluarga

Ibu klien mengatakan bahwa keluarga juga tidak pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan TBC serta pada keluarga tidak ada yang terkena penyakit bronkopneumonia.

2) Lingkungan rumah dan komunitas

Ibu klien mengatakan rumahnya dalam keadaan bersih.

3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Ibu klien mengatakan kebiasaan ayah klien merokok didalam rumah dan saat menggendong klien ayahnya kadang merokok.

4) Persepsi keluarga terhadap penyakit anak

Ibu klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang diderita oleh anaknya.

5) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

a. Ibu klien mengatakan saat dibawa ke IGD RS.Siti khodijah sepanjang berat badan An.F7,8Kg, dan berat badan sebelum sakit 8,1Kg, pada saat lahir berat badan An.F 3600gram.

b. Tahap perkembangan psikososial

Anak kelihatan ketakutan dan menangis terutama bila didekati oleh petugas dan pada waktu dilakukan tindakan keperawatan

c. Tahap perkembangan motorik

1) Motorik kasar : ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa berguling dari satu sisi ke sisi lain ketika terlentang, berpindah dengan merangkak memakai tangan dan lutut, berdiri sendiri dengan bantuan atau berpegangan pada meja/kursi, latihan berjalan dengan bantuan.

2) Motorik halus :Ibu pasien mengatakan anak sudah bisa memegang benda-benda kecil dengan ibu jari dan telunjuknya,

meraih benda dan memindahkannya dari satu tangan ke tangan lainnya, belajar bertepuk dan melambaikan tangan (da-da).

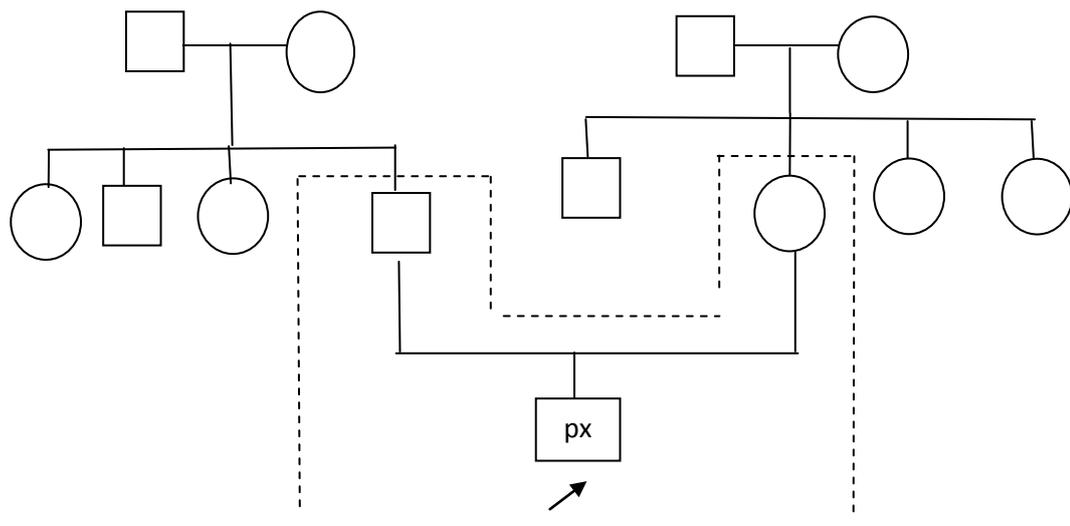
d. Tahap perkembangan bahasa

Anak memalingkan kepala kepada orang yang mengajaknya bicara, mampu mengatakan mam-mam, da-da dan mengerti larangan seperti “ tidak”

e. Tahap perkembangan personal-sosial

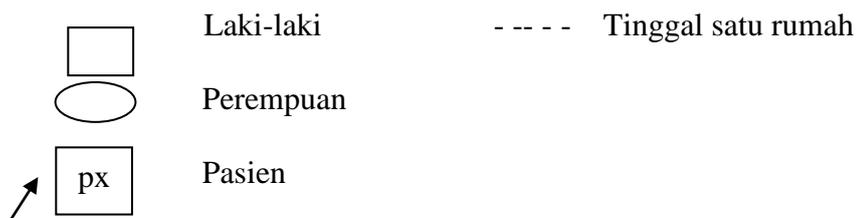
Ibu pasien mengatakan anaknya rewel, takut jika ada orang baru dan tidak dikenal.

5. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



6. Riwayat antenatal

Selama masa kehamilan kesehatan ibu cukup baik, periksa kehamilan rutin kebidan puskesmas, gizi ibu baik, ibu merasa senang dan bahagia dengan kehamilannya. Selama kehamilan ibu tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan ataupun jamu-jamuan dan tidak pantangan makanan atau alergi.

7. Riwayat intranatal

Klien lahir spontan (normal) dengan usia kehamilan 9 bulan 1 minggu, ditolong oleh bidan dengan berat badan 3600 gram tanpa kelainan fisik.

8. Riwayat post natal

Sejak kelahiran klien sampai dengan usia 28 hari klien tetap dalam kondisi stabil (baik), tidak ada kelainan maupun gangguan apa-apa.

3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Ibu klien mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada seperti puskesmas, rumah sakit, dokter, perawat dan tim kesehatan lain. Keluarga juga mengatakan bahwa kebersihan dan kesehatan amatlah penting.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

1) Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien biasanya makan 3x/hari dengan menu makan nasi tim dan sayur bening beserta lauk pauk, serta minum susu formula 4-5 botol/hari tidak ada gangguan.

2) Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan nafsu makan menurun untuk sementara klien dipuaskan karena anak sesak dan batuk, klien terpasang infus D5 ¼ (20tetes/menit) sehingga status nutrisi klien terganggu, tetapi pemenuhan kebutuhan nutrisi klien masih dapat terpenuhi dengan terpasang infus dan minuman lewat dot (susu formula).

3. Pola aktifitas dan latihan

1) Sebelum masuk Rumah Sakit :

Klien slalu bermain bersama kakak-kakaknya dengan menggunakan mobil-mobilan, bola dan lain lain, dan klien termasuk anak yang aktif dan lincah.

2) Masuk Rumah Sakit:

Klien tidak bisa bermain seperti di rumah karena kondisi klien lemah sehingga klien nampak malas dan hanya tiduran di atas tempat tidur.

4. Pola eliminasi

1) Eliminasi alvi :

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air besar satu kali sehari secara teratur dengan konstistensi lunak tidak ada gangguan.

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air besar satu kali sehari secara teratur dengan konstistensi lunak tidak ada gangguan.

2) Eliminasi urine :

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air kecil 3 – 5 kali sehari secara teratur warna kuning jernih.

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan pasien terpasang pempek 2-3 kali sehari dengan warna kuning, dan bau khas.

5. Pola tidur dan istirahat

1) Sebelum Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien tidur 14 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 4 jam pada siang hari). Kalau tidur ditemani ibunya sehingga segera bisa tidur.

2) Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien tidak dapat tidur karena batuk, sesak, anaknya juga rewel (nangis), badan terasa panas dan klien sering terbangun saat tidur.

6. Pola sensori dan kognitif

Klien tidak mengalami gangguan pada sensoriknya, dari kelima panca inderanya tetap berfungsi baik. Tidak didapatkan nyeri gerak. Dan pada kognitifnya juga tidak mengalami gangguan, klien masih dapat mengenal orang terutama keluarganya (ibunya).

7. Pola hubungan dan peran

1) Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan hubungan klien dengan anggota keluarga lainnya baik-baik saja seperti halnya hubungan anak dan orang tua

2) Masuk Rumah Sakit :

Klien hanya berbicara sama orang tuanya dan menangis.

8. Pola persepsi diri dan konsep diri

Keluarga klien merasa takut dan cemas tentang penyakit yang dialami anaknya, keluarga tidak mau pulang dulu sebelum anaknya sembuh.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

Saat ini klien berumur 14 bulan berjenis kelamin laki-laki.

10. Pola penanggulangan stress

Orang tua klien sebelum membawa anaknya ke RS siti khodijah sepanjang, orang tua pasien membawa anaknya ke puskesmas dan orang tua klien mematuhi anjuran dokter dan petugas kesehatan lainnya. Keluarga juga sering berdoa kepada Tuhan Yang Maha Kuasa untuk kesembuhan anaknya

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien menganut kepercayaan sesuai kepercayaan yang dianut oleh kedua orang tuanya (agama islam).

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

Status kesehatan umum :

1. Keadaan umum : lemah

1) Kesadaran compos metis

2) Suhu 39,5°C

- 3) RR 42 x/m
- 4) Nadi 160 x/m
- 5) BB 8,1 Kg

2. Pemeriksaan Head To Toe

1) Kepala dan leher

Bentuk kepala lonjong, warna rambut hitam, tidak terdapat benjolan, pada leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis, terdapat kompres.

2) Mata

Warna konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning, mata nampak merah serta mata pasien tidak juling.

3) Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, polip, apnoe, terpasang O₂ nasal 3lpm.

4) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir kering tidak sianosis, tidak pecah-pecah, tidak terdapat stomatitis, pada tonsil tidak terdapat tonsilitis.

5) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar, fungsi pendengaran telinga kanan dan kiri normal.

6) Dada

Didapatkan dada sebelah kanan terdengar redup, pergerakan dada sebelah kanan tertinggal, terdengar suara tambahan ronchi basah halus, wheezing tidak ada dan bunyi nafas grok-grok.

7) Abdomen

Bentuk abdomen simetris, tidak buncit, pada palpasi ada nyeri tekan dan massa, tidak ada tanda-tanda hepatomegali, splenomegali, bising usus terdengar lemah, frekuensi peristaltik usus 5x/menit.

8) Punggung

Punggung pasien teraba panas, tidak ada lesi dan tidak ada luka tekan.

9) Genetalia

Kebersihan anus cukup, tidak ada haemoroid, tidak ada lecet dan kemerahan.

10) Muskuloskeletal

Terdapat kelemahan gerak karena kondisi dari penyakit klien, selain itu pergerakan klien terbatas karena terpasang infus ditangan kiri, tidak ada nyeri gerak/kekakuan sendi.

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 30 April 2015

1. Hemoglobin	: 11,1 g/dl	(L: 13,0-18,0)(P: 11,5-16,5)
2. HCT	: 32,6 %	(L: 40-50,0)(P: 37,0-45,0)
3. MCV	: 72,9 fL	(82,0-92,0)
4. MCH	: 24,8 pg	(27,0-31,0)
5. RDW-CV	: 16,4 %	(11,5-14,5)
6. WBC	: 3,33 [$10^3/uL$]	(4,0-11,0)
7. PLT	: 286 [$10^3/uL$]	(150-400)
8. PCT	: 0,26 %	(0,150-0,400)

Tanggal 30 april 2015

Pemeriksaan radiologi

Foto thorax :

1. Cor : ukuran dan bentuk normal
2. Pulmo : tampak patchy infiltrate pada paru kiri
3. Tulang – tulang : tampak normal
4. Sinus phrenico costalis kanan dan kiri tajam

Terapi :

1. Infus D5 ¼ 20 tpm
2. Injeksi Cefotaxin 3x300 mg
3. Injeksi Colsan 3x150 mg
4. Injeksi Dexametaxone 3x1,5 mg
5. Injeksi Santagesik 100 mg

3.1.6 Daftar Masalah Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermia)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Tabel 3.1 Analisa Data

Tanggal	Data	Masalah	Etiologi
29-4-15	<p>Data subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya sesak dan sering batuk selama lebih dari 1minggu</p> <p>Data objektif : a. Keadaan umum klien lemah b. Klien sering batuk-batuk Bila batuk terdengar</p>	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	Penumpukan secret yang berlebihan

	<p>suara sekret (batuk grok-grok) Ada suara ronchi</p> <p>e. Klien tampak gelisah (rewel)</p> <p>f. RR 60x/menit</p> <p>g. S : 39°C</p> <p>h. Nadi : 160x/menit</p> <p>Terpasang O2 nasal 3 lpm</p>		
30-4-15	<p>Data subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya panas</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. S 39°C, N 160x/menit</p> <p>b. Mukosa bibir kering</p> <p>c. Akral teraba panas</p> <p>d. Kulit kemerahan, batuk pilek</p>	Peningkatan suhu tubuh (hipertermi)	Proses infeksi
01-05-15	<p>Data subjektif : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan hanya minum ASI</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Klien tampak gelisah (rewel)</p> <p>b. klien minum susu \pm 1/3 botol susu</p> <p>c. Mukosa bibir kering</p> <p>d. BB awal : 8,1 kg BB saat sakit : 7,8 kg</p> <p>e. S: 39 °C RR: 60x/menit Nadi; 160x/menit</p>	Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret yang berlebihan
2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan proses infeksi
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.3 Rencana Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 29 April 2015

Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produk mukus berlebihan dan kental, batuk tidak efektif.

1. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan nafas klien menjadi efektif kembali dan pernafasan normal

2. Kriteria hasil :

- a. Frekuensi pernafasan normal (20-30 kali/menit)
- b. Tidak ada suara nafas tambahan , ronchi (-) , wheezing (-)
- c. Jalan nafas tetap optimal

3. Intervensi

- 1) Kaji status pernafasan sekurangnya setiap 4 jam atau standart yang ditetapkan.

Rasional : Untuk mendeteksi tanda awal bahaya.

- 2) Berikan posisi trendelenburg (postural drainage)

Rasional : Dengan posisi trendelenburg akan meningkatkan paru dalam pengambilan oksigen (O₂) dan kontraksi otot-otot pernafasan khususnya otot abdomen untuk meningkatkan tekanan intra thorak dan mempermudah pengeluaran secret

- 3) Berikan nebulizer

Rasional : untuk melembabkan mukosa pada jalan nafas sehingga secret menjadi encer

4) Isap sekresi (suction)

Rasional : Untuk menstimulasikan batuk dan membersihkan jalan nafas.

5) Berikan cairan per oral atau IV line sesuai usia anak

Rasional : Cairan adekuat membantu mengecerkan secret sehingga mudah dikeluarkan

6) Observasi tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui adanya perubahan dan menentukan tindakan keperawatan selanjutnya

7) Ajarkan pada orang tua pasien tentang :

- a. Upaya mempertahankan hidrasi yang adekuat
- b. Pemantauan sputum setiap hari dan melaporkan perubahannya
- c. Mengonsumsi obat yang telah diresepkan menghindari embeli obat-obat pernafasan yang dijual bebas
- d. Pentingnya pasien untuk tetap aktif

Rasional :Langkah-langkah ini melibatkan pasien dan keluarga dalam perawatan.

Diagnosa keperawatan II

Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) berhubungan dengan proses infeksi

1. Tujuan

Setelah dilakukan keperawatan dalam waktu 4 jam suhu tubuh klien menjadi normal kembali

2. Kriteria hasil

- a. Suhu tubuh normal (36-37 °C)
- b. Mukosa bibir klien lembab
- c. Akral hangat
- d. Klien tampak tenang (tidak rewel)
- e. Nadi dalam batas normal (100-120x/menit)

3. intervensi

- 1) Lakukan pengompresan air biasa pada daerah lipatan tubuh dan kepala bagian depan (dahi)

Rasional :

Pemindahan panas secara konduksi melalui kulit

- 2) Berikan intake (cairan) sesering mungkin

Rasional :

Dengan pemberian minum sesering mungkin berfungsi sebagai thermoregulator dan mengganti cairan tubuh yang hilang akibat dari peningkatnya suhu tubuh.

- 3) Jelaskan pada keluarga sebab dan akibat dari peningkatan temperature tubuh

Rasional :

Dengan menjelaskan sebab akibat terjadinya peningkatan suhu tubuh kepada keluarga diharapkan dapat menumbuhkan rasa percaya diri dan keluarga bersikap kooperatif, sehingga bisa bekerja sama dalam pemberian asuhan keperawatan.

- 4) Berikan pakaian yang tipis dan menyerap

Rasional :

Dengan pakaian yang tipis dan menyerap berfungsi mempercepat proses penguapan, sehingga akan mempercepat proses penurunan suhu tubuh.

5) Atur suhu lingkungan

Rasional :

Pengaturan suhu lingkungan bertujuan untuk menyesuaikan temperature lingkungan dengan temperature tubuh manusia.

6) Kolaborasi dengan tim medis dalam pengobatan, yaitu : pemberian obat antipiretik (parasetamol)

Rasional :

Kolaborasi sebagai fungsi interdependent dan obat antipiretik berfungsi menurunkan panas, dan dengan menurunnya suhu tubuh akan mengurangi metabolisme.

Diagnosa keperawatan III

Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi

1. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien menunjukkan peningkatan nafsu makan dan kebutuhan nutrisi dalam normal

2. Kriteria hasil :

- a. Keadaan umum klien baik
- b. BB dalam batas normal
- c. Turgor kulit baik
- d. Nafsu makan meningkat dan porsi makan habis

3. intervensi

- 1) Diskusikan dan jelaskan tentang pembatasan diit (makan berserat tinggi, air terlalu panas/dingin)

Rasional :

Serat tinggi, lemak, air terlalu panas/dingin dapat merangsang mengiritasi lambung dan usus.

- 2) Observasi intake dan output

Rasional :

Untuk mengetahui keseimbangan dan output klien

- 3) Sajikan makanan dalam keadaan hangat

Rasional :

Untuk merangsang nafsu makan klien

- 4) Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering

Rasional :

Untuk menghindari terjadinya muntah

- 5) Motivasi klien untuk menghabiskan makanannya

Rasional :

Untuk meningkatkan berat badan klien

- 6) Motivasi pada keluarga untuk memberikan makanan kesukaan klien

Rasional :

Agar pasien mau menghabiskan makanannya

- 7) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit

Rasional :

Untuk pemberian diit pada klien secara tepat

3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 29 April 2015.

Tabel 3.2 :

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan tanggal 29 – 04 – 2015

Tanggal	Jam	Pelaksanaan keperawatan	Respon
29-4-15	13.00 wib	Diagnosa keperawatan 1 Melakukan observasi tanda-tanda vital.	Respon : Suhu 39°C, RR= 60 x/mnt, Nadi = 160 x/menit
	13.30 wib	Memberikan : injeksi dexamethaxone 3x1,5 mg /IV, cefotaxime 3x300 mg/IV dan colsan 3x150 mg/IV	Respon : klien menangis saat di injeksi / obat dimasukkan
	13.40 wib	Melakukan nebulizer combiven dan bisolvon 3 tetes	Respon : klien menangis saat dilakukan nebul
	14.15 wib	Memberikan posisi trendelenberg pada klien.	Respon :klien dan keluarga kooperatif
	15.00 wib	Diagnosa keperawatan II Mengobservasi tanda-tanda vital :	Respon : klien tampak lemah S: 39C, N:160/mnit, akral teraba panas, mukosa bibir kering,
	15.30 Wib	Menganjurkan kepada keluarga klien untuk memberikan pakaian yang tipis dan menyerap keringan pada klien	Respon : keluarga kooperatif
	15.45 wib	Menganjurkan kepada keluarga klien untuk tetap memberikan susu sesuai tkara sebelumnya	Respon : keluarga kooperatif dan menerima saran yang diberikan oleh perawat

	16.00 wib	Diagnosa keperawatan III Mengobservasi tanda-tanda vital :	Respon : S: 38,7 ⁰ C, N: 160x/menit, RR: 60x/menit
	16.15 Wib	Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan susu pada klien pada waktu masih hangat	Respon : Keluarga menerima apa yang dianjurkan oleh perawat

Tindakan Pelaksanaan Keperawatan tanggal 30-04-2015

Tanggal	Jam	Pelaksanaann keperawatan	Respon
30-4-15	10.00 wib	Diagnosa keperawatan 1 Melakukanobservasi tanda-tanda vital.	Respon : S: 38 ⁰ C, RR: 42 x/m, Nadi: 150 x/menit
	10.19 wib	Memberikan : injeksi Cefotaxime 3x300 mg/IV dan colsan 3x150 mg/IV	Respon : klien menangis saat obat dimasukkan
	10.45 wib	Memberikan tindakan nebulizer combiven dan bisolvon 3tetes Memberikan tindakan isap sekresi (suction)	Respon : klien menangis saat di nebul
	11.15 wib	Diagnosa keperawatan II Melakukanobservasi tanda-tanda vital.	Respon : S: 38,5 ⁰ C, RR: 42 x/menit, N: 142 x/menit
	13.30wib	Memberikan : Obat antibiotik ceftriaxone 1x150 mg/IV	Respon : klien menangis saat obat dimasukkan
	13.45 wib	Menganjurkan keluarga memberikan susu pada klien saat masih hangat	Respon : keluarga kooperatif
14.15 wib	Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien	Respon : Keluarga menerima apa yang dianjurkan	

			oleh perawat
	14.25 wib	Diagnosa keperawatan III Melakukan observasi tanda-tanda vital.	Respon : S: 38,5°C, RR: 42 x/menit, N: 151 x/menit
	15.40 wib	Mengevaluasi status nutrisi umum dan berat badan klien	Respon : keluarga menceritakan perkembangan anaknya
	16.00 wib	menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan susupada klien pada waktu masih hangat	Respon : keluarga kooperatif

Tindakan Pelaksanaan Keperawatan tanggal 01-05-2015

Tanggal	Jam	Pelaksanaan keperawatan	Respon
01-05-15	09.00 wib	Diagnosa keperawatan I Melakukan observasi tanda-tanda vital.	Respon : S: 37,3°C, RR: 42 x/menit, N: 130 x/menit
	09.15 wib	Memberikan : - injeksi dexamethaxone 3x1,5 mg /IV - colsan 3x150 mg/IV	Respon : klien menangis saat obat dimasukkan
	09.30 wib	Memberikan tindakan nebulizer combiven dan bisolvon 3tetes	Respon : klien menangis saat di nebul
	09.45 wib	Memberikan posisi trendelenberg pada klien	Respon : klien dan keluarga kooperatif
	10.15 wib	Membantu keluarga untuk mengubah posisi klien untuk mendapatkan batuk efektif	Respon : keluarga kooperatif
	11.00 wib	Diagnosa keperawatan II Melakukan observasi tanda-tanda vital.	Respon : S: 36,7°C, RR: 42 x/menit, N: 110 x/menit
	11.30 wib	Memberikan : Obat ceftriaxone 1x150 mg/IV	Respon : keluarga dan klien kooperatif
	12.00 wib	Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien	Respon : keluarga kooperatif dan menerima saran yang diberikan oleh

		Diagnosa keperawatan III	perawat
	12.30 wib	Mengobservasi tanda tanda vital :	Respon :Suhu 36,8°C, RR:42 x/m, N: 125 x/menit
	12.45 wib	menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan susupada klien pada waktu masih hangat	Respon : keluarga klien menceritakan perkembangan kesehatan anaknya
	13.00 wib	Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien	Respon : Keluarga menerima apa yang dianjurkan oleh perawat

3.5 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan, berikut catatan perkembangannya:

Tabel 3.3 : Catatan Perkembangan

Pada tanggal 29 April 2015

- a. **Diagnosa 1** : ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret yang berlebihan

Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya sesak dan batuk

Objektif: Keadaan umum lemahTTV : S 39°C, N 160x/m, RR 60x/menit,

Batuk terdengar suara secret (batuk grok-grok)Terdengar suara nafas tambahan (ronchy), Terpasang O₂3lpm.

Assessment: Masalah belum teratasi

Planning :intervensi dilanjutkan 1,2 3 4,5, 6 7

- b. **Diagnosa 2** : Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi

Subjektif : ibu pasien mengatakan anaknya panas

Objektif : Keadaan umum lemah, Akral teraba panas, Mukosa bibir kering, Klien tampak dikompres ibunya dibagian axila dan dahi,tanda tanda vital S: 39⁰C, RR: 60x/menit, N: 150x/menit

Assessment: masalah belum teratasi

Planning: intervensi dilanjutkan 1,2,3 4,5,6

- c. **Diagnosa 3** : Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi

Subjektif : Ibu klien -mengatakan anaknya hanya makan 3-4 sendok dan minum susu 2-3 botol

Objektif: Keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, mual (-) muntah (-), klien hanya makan 2-3 sendok dan minum susu 1 ½ botol.

Assessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 1,2 3 4,5 6 7

Pada tanggal 30 April 2015

- a. **Diagnosa 1** : ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret yang berlebihan

Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya batuk

Objektif: Keadaan umum lemahTTV : S 39,5°C, N 130x/m, RR 36x/menit, Batuk terdengar suara secret (batuk grok-grok).

Assessment: Masalah teratasi sebagian

Planning :intervensi dilanjutkan ,3,4,5,6

- b. **Diagnosa 2** : Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proes infeksi

Subjektif : ibu pasien mengatakan anaknya masih panas

Objektif : Keadaan umum lemah, Akral teraba panas, Mukosa bibir kering, Klien tampak dikompres ibunya dibagian axila dan dahi,tanda
tanda vital S: 38,5⁰C, RR: 40x/menit, N: 136x/menit

Assessment: masalah teratasi sebagian

Planning: intervensi dilanjutkan 1,2,4,6

- c. **Diagnosa 3** : Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik dan proses infeksi
Subjektif : Ibu klien -mengatakan anaknya hanya makan 3-4 sendok dan minum susu 2-3 botol

Objektif: Keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, mual (-) muntah (-), klien hanya makan 3-4 sendok dan minum susu 3 botol.

Assessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,7

Pada tanggal 01 Mei 2015

- a. **Diagnosa 1** : ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret yang berlebihan

Subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya batuk

Objektif: Keadaan umum cukup, pasien tampak tenang, Tanda-tanda vital : S 36,5°C, N 128x/m, RR 30/menit, Batuk terdengar suara secret (batuk grok-grok).

Assessment: Masalah teratasi sebagian

Planning :intervensi dilanjutkan3,4,5,6

- b. **Diagnosa 2** : Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi
Subjektif : ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak panas

Objektif : Keadaan umum cukup, akral hangat, Mukosa bibir lembab,
tanda tanda vital S: 36⁰C, RR: 40x/menit, N: 136x/menit

Assessment: Masalah teratasi

Planning: intervensi dihentikan

- c. **Diagnosa 3** : Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
berhubungan dengan peningkatan metabolik sekunder terhadap demam
dan proses infeksi

Subjektif : Ibu klien -mengatakan anaknya hanya makan 3-4 sendok dan
minum susu 3 botol

Objektif: Keadaan umum cukup, klien tampak tenang, mukosa bibir
lembab, mual (-) muntah, TTV : S: 36,5⁰C, RR: 36x/menit, N: 136x/menit
(-), klien hanya makan 3-4 sendok dan minum susu 3 botol.

Assessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,7