

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dalam bab ini berisi dua klien dengan Bronkopneumonia di Ruang Zam-Zam Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang menggunakan 5 proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 HASIL**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi**

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang terletak di Jl. KH.Mas Mansyur 180-182 Surabaya dan Provinsi Jawa Timur. Sejak saat itulah PKU Muhammadiyah mulai aktif kembali dan diresmikan pembukaannya pada tanggal 1 Nopember 1949 (sebelum penyerahan kedaulatan RI). Dr. Kusnuljakin sendiri memimpin PKU Muhammadiyah sampai tahun 1965. kemudian berturut-turut terjadilah pergantian pimpinan yaitu :

- tahun 1965 – 1987 dipimpin oleh Dr. M. Soeherman
- tahun 1987 – 1992 dipimpin oleh Dr. Mutadi
- tahun 1992 – 2002 dipimpin oleh Dr. H.M. Usman, Sp.FK
- tahun 2002 – 2013 dipimpin oleh Dr. dr. H. Sukadiono, MM

Pada era sampai dengan tahun 2002 pelayanan yang diberikan di PKU Muhammadiyah adalah pelayanan Poli Umum, Poli KIA, dan Rumah Besalin. Namun seiring dengan perkembangannya, maka pada tahun 2002 dimulailah era

baru dalam sejarah PKU Muhammadiyah Surabaya, yaitu pada tanggal 19 Agustus 2002 resmi menjadi sebuah Rumah Sakit Umum. Pembangunan fisiknya sendiri dimulai sejak 27 September 2001 sampai dengan 28 Februari 2002, yaitu dengan dibangunnya gedung A. Kemudian pada tanggal 14 Maret 2002, Walikota Surabaya Bp. Bambang D.H meresmikan Gedung Baru Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Pembangunan fisik kemudian berlanjut dengan dibangunnya Gedung B dan C pada tanggal 1 Januari 2004 sampai dengan 31 Maret 2005. Pada tanggal 5 Desember 2012 nama Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya berubah menjadi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya. Sedangkan kepemimpinan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya saat ini dipegang oleh dr. Achmad Aziz.

Di rumah sakit ini tersedia tenaga medis dengan rincian Dokter Umum 8 Orang, Dokter Spesialis Kandungan 1 orang, Dokter Spesialis Anak 1 orang, Dokter Spesialis Bedah 1 orang, Dokter Spesialis Interna 1 orang, Dokter Spesialis Syaraf 1 orang, Dokter Spesialis Anestesi 1 orang, Dokter Spesialis Radiologi 1 orang, Perawat 37 Orang, Bidan 27 orang, Paramedis non perawat 22 Orang, Non Medis 35 Orang. Pelayanan Medis Medical Check Up, Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis/ Sub-Spesialis, Anak, Bedah, Kebidanan & Kandungan, Penyakit Dalam, Mata, Fasilitas ruangan terdapat UGD 24 Jam, Rawat Jalan, Rawat Inap, Kamar Bedah, ICU, NICU, dan ruang OK

VISI : Terwujudnya rumah sakit yang bermutu dan islami

MISI : 1. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu  
2. melaksanakan dakwa melalui layanan kesehatan yang islami

3. meningkatkan kualitas sumber daya insani

**TUJUAN** : 1. Menjadikan rs yang bersih, rapi, dan bersahaja  
 2. Mengedepankan etika dalam pelayanan  
 3. Memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik  
 4. Mengutamakan kepuasan pasien

**MOTTO** : Resik, Sopan, Mumpuni, Simpatik

#### **4.1.2 Pengkajian**

##### **1. Identitas Klien**

###### **Klien pertama :**

An.A umur 2 tahun, tanggal lahir 23 juni 2014, berjenis kelamin perempuan, tanggal MRS 19 juli 2016, alamat Surabaya, dengan diagnosa medis bronkopneumonia, sumber informasi dari keluarga klien, nama ayah Tn.B nama ibu.Ny A, pekerjaan ayah karyawan swasta, pekerjaan ibu ibu rumah tangga, agama islam, alamat surabaya.

###### **Klien kedua :**

An.S umur 2 tahun, tanggal lahir 18 juni 2014, berjenis kelamin perempuan, tanggal MRS 19 juli 2016, alamat Surabaya, dengan diagnosa medis Bronkopneumonia, sumber informasi dari keluarga klien, nama ayah Tn.R nama ibu Ny.M, pekerjaan ayah karyawan swasta, pekerjaan ibu ibu rumah tangga, agama islma, alamat surabaya.

## **2. Riwayat Keperawatan Sekarang**

### **a. Keluhan Utama**

#### **Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan klien batuk, sesak nafas disertai dengan muntah

#### **Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan klien batuk, sesak nafas

### **b. Riwayat Penyakit Saat Ini**

#### **Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan klien demam 2hari, batuk, sesak nafas, muntah lendir lalu orang tua pasien membawa klien ke UGD RS Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 19 juli 2016 jam 20.10 WIB , setelah diperiksa oleh dokter dan di foto thorax klien dinyatakan menderita Bronkopneumonia dan harus dirawat inap untuk mendapat penanganan yang tepat, pasien masuk ruangan rawat inap tanggal 19 juli 2016 pukul 20.35 WIB.

#### **Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan demam 4 hari, batuk, sesak nafas sebelumnya orang tua klien hanya memberikan obat batuk yang dibeli di apotek tapi setelah hari ke 6 penyakit klien belum ada perubahan akhirnya orang tua klien membawa ke UGD RS Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 19 juli 2016 jam 22.00 WIB, setelah

diperiksa oleh dokter dan di foto thorax pasien dinyatakan menderita bronkopneumonia dan disarankan untuk rawat inap agar mendapat penanganan yang tepat, klien masuk ruangan rawat inap tanggal 19 juli 2016 pukul 22.30 WIB

### **3. Riwayat keperawatan/Penyakit sebelumnya**

#### **a. Riwayat Kesehatan Yang Lalu**

##### **Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu demam, batuk, pilek,dan tidak pernah melakukan operasi dan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan

##### **Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu demam, batuk, pilek,dan tidak pernah melakukan operasi dan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan

#### **b. Imunisasi**

##### **Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan imunisasi lengkap Hepatitis B 1x, BCG 1x, Polio 4x, DPT 4x, Campak 1x, Hepatitis A 1x.

**Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan imunisasi lengkap Hepatitis B 1x, BCG 1x, Polio 4x, DPT 4x, Campak 1x, Hepatitis A 1x.

**4. Riwayat Kesehatan keluarga****a. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga****Klien pertama :**

Pada riwayat kesehatan keluarga di dapatkan data ibu klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang menderita diabetes mellitus, hipertensi, HIV, TBC dan alergi.

**Klien kedua :**

Pada riwayat kesehatan keluarga di dapatkan data ibu klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang menderita diabetes mellitus, hipertensi, HIV, TBC dan alergi.

**b. Lingkungan Rumah dan Komunitas****Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan anak tinggal bersama orang tua, di rumah tinggal satu kamar, dengan jumlah 3 kamar, 2 kamar mandi dan 1 WC, 1 dapur, 2 ruang tamu, ventilasi cukup, tempat pembuangan sampah berjarak 1 m dari rumah, rumah dekat dengan jalan raya.

**Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan anak tinggal bersama orang tua, di rumah tinggal satu kamar, dengan jumlah 3 kamar, 2 kamar mandi dan 1 WC, 1 dapur, 2 ruang tamu, ventilasi cukup, tempat pembuangan sampah didepan rumah, rumah dekat dengan jalan raya.

**c. Perilaku yang mempengaruhi****Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan anak suka bermain di rumahnya dan ayah klien seorang perokok yang aktif dilingkungan rumah dan diluar rumah

**Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan anak suka bermain di rumahnya dan ayah klien seorang perokok yang aktif dilingkungan rumah dan diluar rumah

**d. Persepsi keluarga terhadap penyakit anak****Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan cemas akan penyakit anaknya dan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin cepat sembuh

**Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan cemas akan penyakit anaknya dan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin cepat sembuh.

## 5. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

### **Klien pertama :**

Klien terlihat egosentrik dimana saat klien diberikan hadiah klien lebih memilih yang ukuran besar.

BB saat ini 11 kg tinggi badan 87 cm,

BB lahir 3.100gr, BB sebelum sakit 12 kg, LK 49 cm, LD 55 cm, LLA 18 cm

Riwayat perkembangan klien pada umur 7 bulan mulai merangkak dengan berpindah-pindah tempat, pada umur 9 bulan klien sudah mulai belajar berjalan dengan berpegangan, diumur 13 bulan klien mulai belajar berjalan tanpa berpegangan.

### **Klien kedua :**

Klien terlihat egosentrik dimana saat klien diberikan hadiah klien lebih memilih yang ukuran besar.

BB saat ini 10 kg tinggi badan 85 cm,

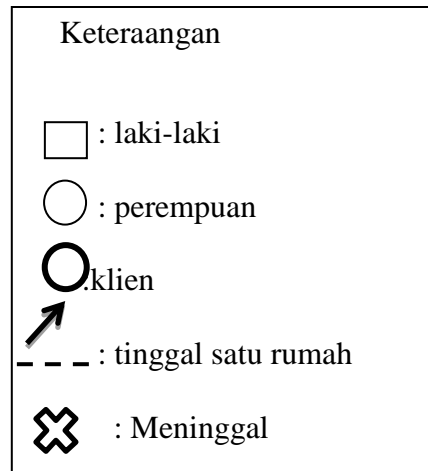
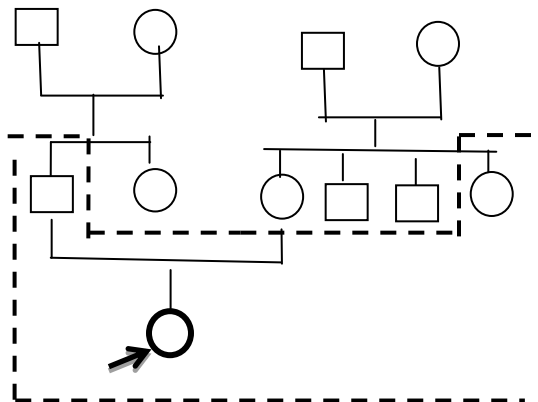
BB lahir 2.700gr, BB sebelum sakit 11 kg, LK 52 cm, LD 57 cm, LLA 19 cm

Riwayat perkembangan klien pada umur 7 bulan mulai merangkak dengan berpindah-pindah tempat, pada umur 10 bulan klien sudah mulai belajar berjalan dengan berpegangan, diumur 12 bulan klien mulai belajar berjalan tanpa berpegangan.

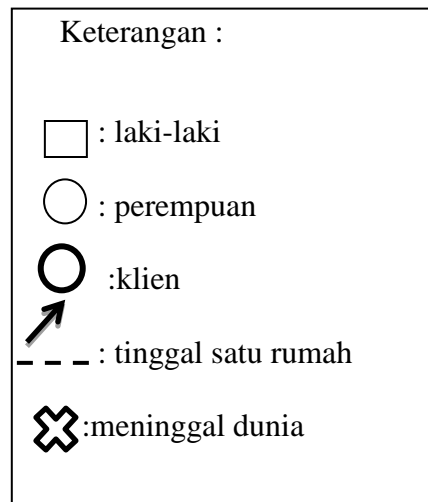
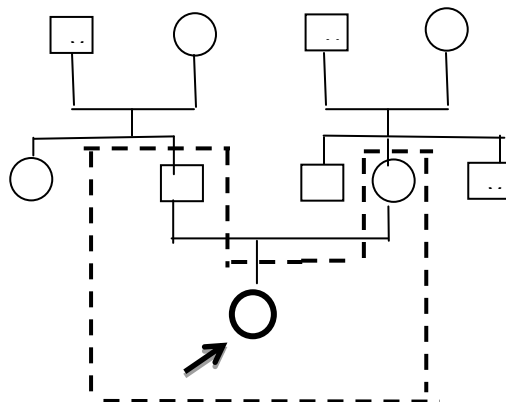


**6. Genogram**

**Genogram Klien pertama**



**Genogram Klien Kedua**



**7. Riwayat Antenatal**

**Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan selama kehamilan 3 bulan sekali ibu memeriksakan kehamilan ke bidan selama hamil, ibu tidak ada riwayatHT, ibu tidak mempunyai

penyakit DM, tidak mengalami keputihan, gatal ataupun berbau, selama kehamilan nafsu makan ibu cukup banyak.

**Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan selama kehamilan 3 bulan sekali ibu memeriksakan kehamilan ke bidan selama hamil, ibu tidak ada riwayat HT, ibu tidak mempunyai penyakit DM, tidak mengalami keputihan, gatal ataupun berbau, selama kehamilan nafsu makan ibu cukup banyak.

**8. Riwayat Intranatal**

**Klien pertama :**

Ibu klien mengatakan beliau melahirkan anak yang pertama di RS Muhammadiyah Surabaya, dan melahirkan dengan normal.

**Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan beliau melahirkan anak yang pertama di RS Muhammadiyah Surabaya, dan melahirkan dengan normal

**9. Riwayat Post natal**

Klien pertama dan klien kedua tidak ada masalah keperawatan.

## 10. Pola Fungsi Kesehatan

### a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat

#### **Klien pertama:**

Smrs: Ibu klien mengatakan selalu menjaga kebersihan lingkungan dan klien dimandikan sehari 3x , sikat gigi 2x sehari, mencuci rambut 3x seminggu, ayah klien seorang perokok aktif diluar dan didalam rumah.

Mrs: ibu klien mengatakan px hanya di seka 2x sehari , menggosok gigi dan klien belum mencuci rambut saat ada di rumah sakit.

Kesadaran komposmetis, pasien sadar ketika akan dilakukan pemeriksaan, dan selalu rewel

TTV: Suhu : 36,9° c

TD : -

RR : 30x/menit

Nadi : 109x/menit

#### **Klien kedua:**

Smrs: Ibu klien mengatakan selalu menjaga kebersihan lingkungan dan klien dimandikan sehari 3x , sikat gigi 2x sehari, mencuci rambut 3x seminggu, ayah klien seorang perokok aktif diluar dan didalam rumah.

Mrs: ibu klien mengatakan px hanya di seka 2x sehari , menggosok gigi dan klien belum mencuci rambut saat ada di rumah sakit.

Kesadaran komposmetis, pasien sadar ketika akan dilakukan pemeriksaan, dan selalu rewel

TTV: Suhu : 37° c

TD : -

RR : 29x/menit

Nadi : 107x/menit

**b. Pola nutrisi-metabolik:**

**klien pertama :**

Smrs: ibu klien mengatakan klien minum susu formula sejak klien umur 1,5 tahun menggunakan botol dot dalam sehari klien minum susu 3-4 x 600ml , dan makan nasi tim dengan sayur 3x 4-6 sendok dalam sehari.

Mrs: ibu klien mengatakan klien minum susu formula 2-3 x 500ml, dan makan nasi tim yang disediakan rumah sakit.

Mulut: mukosa bibir kering, tidak ada sariawan, lidah merah mudah

Faring: tidak ada peradangan pada faring.

BB saat ini 11 kg tinggi badan 87 cm,

BB lahir 3.100gr, BB sebelum sakit 12 kg, LK 49 cm, LD 55 cm, LLA 18 cm

**Klien kedua :**

Smrs: ibu klien mengatakan sebelum sakit klien minum susu formula sejak klien umur 1 tahun menggunakan botol dot dalam sehari klien minum susu 3-4 x 700ml , dan makan nasi tim dengan sayur 3x 4-6 sendok dalam sehari.

Mrs: ibu klien mengatakan klien hanya minum susu formula dalam sehari klien minum susu 2-3 x 550ml

Mulut: mukosa bibir kering, tidak ada sariawan, lidah merah mudah

Faring: tidak ada peradangan pada faring.

BB saat ini 10 kg tinggi badan 85 cm,

BB lahir 2.700gr, BB sebelum sakit 11 kg, LK 52 cm, LD 57 cm, LLA 19 cm

**c. Pola Eliminasi****klien pertama :****Eliminasi alvi**

Smrs: ibu klien mengatakan saat di rumah klien buang air besar rutin 1x sehari dengan konsistensi lunak , warna kuning dan bau khas.

Mrs: ibu klien mengatakan klien belum buang air besar saat di rawat dirumah sakit pada hari ke 2 dirawat.

**Eliminasi urin :**

Smrs: ibu klien mengatakan klien BAK  $\pm$  10x dalam sehari warna kuning jernih dan bau khas

Mrs: Ibu klien mengatakan selama dirawat klien pake pampers, dalam sehari bisa ganti 4-5x pampers

Inguinal: normal, tidak ada lesi

Genital: jenis kelamin perempuan, tidak ada odema disekitar genital, tidak ada kelainan

Anus: normal, tidak ada hemoroid

**Klien kedua :****Eliminasi alvi**

Smrs: ibu klien mengatakan saat di rumah klien buang air besar rutin 1x sehari dengan konsistensi lunak , warna kuning dan bau khas.

Mrs: ibu klien mengatakan klien belum buang air besar saat di rawat dirumah sakit pada hari ke 2 dirawat.

**Eliminasi urin :**

Smrs:ibu klien mengatakan klien BAK  $\pm$  10x dalam sehari warna kuning jernih dan bau khas

Mrs:Ibu klien mengatakan selama dirawat klien pake pampers, dalam sehari bisa ganti 5-6x pampers

Inguinal: normal, tidak ada lesi

Genital: jenis kelamin perempuan, tidak ada odema disekitar genital, tidak ada kelainan

Anus: normal, tidak ada hemoroid.

#### **d. Pola istirahat dan tidur**

##### **klien pertama :**

Smrs: Ibu klien mengatakan klien tidur siang 1-2 jam dan tidur malam  $\pm$  9 jam, kualitas nyenyak tidak rewel

Mrs:ibu klien mengatakan klien tidur siang 1 jam dan tidur malam  $\pm$ 8 jam, kualitas sering terbangun minta susu

Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada lesi, konjungtiva merah, sclera putih, mata agak sembab, klien rewel, lesu

Palpasi: tidak ada nyeri tekan disekitar mata

##### **Klien kedua :**

Smrs :Ibu klien mengatakan klien tidur siang 1-2 jam dan tidur malam  $\pm$  9 jam, kualitas nyenyak tidak rewel

Mrs:ibu klien mengatakan klien tidur siang 1 jam dan tidur malam  $\pm$ 8 jam, kualitas sering terbangun minta susu

Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada lesi, konjungtiva merah, sclera putih, mata agak sembab, klien rewel, lesu

Palpasi: tidak ada nyeri tekan disekitar mata.

#### **e. Pola aktifitas – latihan**

##### **klien pertama :**

Smrs:ibu klien mengatakan klien dirumah aktif, suka bermain

Mrs: ibu klien mengatakan klien rewel, suka minta digendonganak terlihat rewel, adanya batuk dengan suara ronchi, badan lemas, selalu minta gendong

Rr: 30x/menit

Palpasi: Saat diraba pengembangan paru normal

Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi tajam pada dada sebelah kiri

##### **Klien kedua :**

Smrs: ibu klien mengatakan klien dirumah aktif, suka bermain

Mrs: ibu klien mengatakan klien rewel, suka minta digendonganak terlihat rewel, adanya batuk dengan suara ronchi, badan lemas.

Rr: 29x/menit

Palpasi: Saat diraba pengembangan paru normal

Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis



Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi pada dada sebelah kiri dan kanan.

**f. Pola – kognitif-preseptual – keadekuatan alat sensori**

**klien pertama :**

Ibu klien mengatakan belum memahami penyakit anaknya dan ibu Klien mengatakan tidak ada gangguan pada fungsi panca indra klien.GCS 4 5 6 ,Mata normal, pendengaran normal

**Klien kedua :**

Ibu klien mengatakan belum memahami penyakit anaknya dan ibu Klien mengatakan tidak ada gangguan pada fungsi panca indra klien.GCS 4 5 6 ,Mata normal, pendengaran normal

**g. Pola presepsi**

**klien pertama :**

Smrs:ibu klien mengatakan klien tidak tahu tentang masalah kesehatannya

Mrs:ibu klien mengatakan klien tidak tahu tentang masalah keperawatannya

**klien kedua :**

Smrs: ibu klien mengatakan klien tidak tahu tentang masalah kesehatannya

Mrs:ibu klien mengatakan klien tidak tahu tentang masalah keperawatannya

## **h. konsep diri**

### **Klien Pertama**

#### a. gambaran diri

ibu klien mengatakan klien belum sekolah, masih bermain dengan teman-teman sebayanya dilingkungan sekitar rumah

#### b. harga diri

klien belum mengerti

#### c. ideal diri

ibu klien mengatakan ingin anaknya cepat sembuh dari penyakitnya dan pulang kerumah berkumpul bersama keluarga dan tetangganya.

#### d. peran diri

ibu klien mengatakan klien adalah anak yang aktif di lingkungan rumah.

#### e. identitas diri

klien berjenis kelamin perempuan dan berumur 2 tahun. belum sekolah

klien lebih suka berinteraksi dengan keluarganya, klien jadi rewel, klien menyukai seluruh anggota tubuhnya.

**Klien kedua :**

## a. gambaran diri

ibu klien mengatakan klien belum sekolah, masih bermain dengan teman-teman sebayanya dilingkungan sekitar rumah

## b. harga diri

klien belum mengerti

## c. ideal diri

ibu klien mengatakan ingin anaknya cepat sembuh dari penyakitnya dan pulang kerumah berkumpul bersama keluarga dan tetangganya.

## d. peran diri

ibu klien mengatakan klien adalah anak yang aktif di lingkungan rumah.

## e. identitas diri

klien berjenis kelamin perempuan dan berumur 2 tahun. belum sekolah

klien lebih suka berinteraksi dengan keluarganya, klien jadi rewel, klien menyukai seluruh anggota tubuhnya.

**f. Pola reproduksi seksual**

**Klien pertama dan kedua :** Tidak terkaji.

#### **j. Pola hubungan peran**

##### **Klien pertama :**

Smrs:Ibu klien mengatakan saat dirumah klien menjalin hubungan baik dengan keluarga maupun saudara

Mrs:Saat dirumah sakit klien rewel, perasaan yang diakibatkan oleh perpisahan dengan saudara, teman sebaya, dan tetangga

##### **klien kedua :**

Smrs:Ibu klien mengatakan saat dirumah ia menjalin hubungan baik dengan keluarga maupun saudara

Mrs: Saat dirumah sakit klien rewel, perasaan yang diakibatkan oleh perpisahan dengan saudara, teman sebaya, dan tetangga

#### **k. Mekanisme koping**

**klien pertama dan kedua :** Tidak Terkaji

#### **l. Pola tata nilai kepercayaan**

**klien pertama dan kedua :** Tidak terkaji

#### **m. Dampak hospitalisasi bagi anak**

##### **klien pertama :**

Klien tampak rewel, cemas akibat perpisahan dan rasa sakit akibat tindakan medis.

**Klien kedua :**

Klien tampak rewel, cemas akibat perpisahan dan rasa sakit akibat tindakan medis.

**n. Dampak hospitalisasi bagi orangtua****klien pertama :**

Orang tua selalu bertanya tentang keadaan anaknya, gelisah, sedih karena anaknya rewel.

**Klien kedua :**

Orang tua cemas, gelisah, sedih karena anaknya rewel.

**11. Pemeriksaan Penunjang****Klien pertama:****Laboratorium:**

Tanggal 20-07-16

Hemoglobin: 11.0 g% (normal L: 13.0-16.0 P 12.0-14.0 g%)

Hitung leukosit: 27.400 sel/cmm (normal 4000-11000 sel/cmm)

Hitung trombosit: 294.000 (normal 150.000-4500.000 sel/cmm)

Hematocrit: 31.4% (normal L: 40-54% P: 35-47%)

Hitung eritrosit: 4.35 juta/cmm (normal L: 4.5-6.5 juta/cmm P: 3.0=6.0 jut/cmm)

WBC +  $27.4 \times 10^3/\mu\text{L}$

RBC  $4.35 \times 10^6/\mu\text{L}$

HGB - 11.0 g/dl

HCT - 31.4 %

MCV -72.2 fl  
MCH - 25.3 pg  
MCHC - 35.0 g/dl  
PLT AGx 294 x10<sup>3</sup>/μL  
LYM% - 16.7 %  
MXD% 7.9 %  
NEUT % +75.4 %  
LYM# 4.6 x10<sup>3</sup>/μL  
MXD# 2.2 x10<sup>3</sup>/μL  
NEUT# 20.6 x10<sup>3</sup>/μL  
RDW-SD 37.0 Fl  
RDW-CV 13.1%  
PDW - 10.1 Fl  
MPV 8.5 Fl  
P-LCR 14.6 %  
PCT \* 0.25 %  
ResearchW 27.390 x10<sup>3</sup>/μL  
ResearchS 4,576 x10<sup>3</sup>/μL  
ResearchM 2165 x10<sup>3</sup>/μL  
ResearchL 20.649 x10<sup>3</sup>/μL

**Pemeriksaan radiologi:**

20-07-16

Pemeriksaan Thorax AP:

COR : Besar dan bentuk normal

Pulmo : Patchy infiltrate di suprahiler kanan

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Hemidiafragma kanan kiri tampak baik

Tulang-tulang yang terevaluasi tampak baik

Soft tissue yang terevaluasi tampak baik

Kesimpulan: Menyongkong bronkopneumonia

**Klien kedua:**

**Laboratorium:**

Tanggal 20-07-16

Hemoglobin: 12.9 g% (normal L: 13.0-16.0 P 12.0-14.0 g%)

Hitung leukosit: 12.200 sel/cmm (normal 4000-11000 sel/cmm)

Hitung trombosit: 609.000 (normal 150.000-4500.000 sel/cmm)

Hematocrit: 35.6% (normal L: 40-54% P: 35-47%)

Hitung eritrosit: 4.64 juta/cmm (normal L: 4.5-6.5 juta/cmm P: 3.0=6.0 jut/cmm)

WBC  $10.2 \times 10^3/\mu\text{L}$

RBC  $4.64 \times 10^6/\mu\text{L}$

HGB 12.9 g/dl

HCT 35.4 %

MCV -76.3 fl

MCH 27.8 pg

MCHC + 3640 g/dl

PLT +  $609 \times 10^3/\mu\text{L}$

LYM% 25.4 %

MXD% - 11.1 %

NEUT % 63.5 %

LYM#  $2.6 \times 10^3/\mu\text{L}$

MXD#  $1.1 \times 10^3/\mu\text{L}$

NEUT#  $6.5 \times 10^3/\mu\text{L}$

RDW-SD 38.0 Fl

RDW-CV 13.1%

PDW - 8.7 Fl

MPV 8.0 Fl

P-LCR 10.5 %

PCT + 0.49 %

ResearchW  $10.208 \times 10^3/\mu\text{L}$

ResearchS  $2.591 \times 10^3/\mu\text{L}$

ResearchM  $1.132 \times 10^3/\mu\text{L}$

ResearchL  $6.485 \times 10^3/\mu\text{L}$

**Pemeriksaan radiologi:**

20-07-16

Pemeriksaan Thorax AP:

COR : Besar dan bentuk normal

Pulmo : Patchy infiltrate di suprahiler kanan dan parahiler kiri disertai konsolidasi di infrahiler kanan

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Hemidiafragma kanan kiri tampak baik

Tulang-tulang yang terevaluasi tampak baik

Soft tissue yang terevaluasi tampak baik

Kesimpulan: Menyongkong bronkopneumonia



## 12. Terapi dan Diit

### **Klien pertama:**

Terapi medis:

Inf.KAEN 1B 12tpm

Inj.Sanpicilin 3x500 mg

Inj.Salticilin 2x30 mg

Nebulezer Ferbivent 3x10<sup>1</sup> ½ amp

Diit:Nasi Tim

### **Klien kedua:**

Terapi medis:

Inf.KAEN 1B 10tpm

Inj.Sanpicilin 3x400 mg

Inj.Salticin 2x25 mg

Inj.Indexon 3x3/4 amp

O2 Nasal 2Lpm

Diit:Susu sedikit-sedikit

## 13. Daftar masalah

### **Klien pertama:**

Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas berhubungan dengan Penumpukan secret yang berlebih.

### **Klien kedua:**

Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas berhubungan dengan Sumbatan jalan nafas

### 4.1.3 Analisa Data

Pada tanggal 20 Juli 2016\

#### **Klien pertama:**

a. Data Subyektif:

Ibu pasien mengatakan pasien demam, sesak nafas, batuk, dan muntah

b. Data Obyektif:

Pasien tampak lemas, hidung kemerahan, gelisah, mukosa bibir kering, rewel, batuk efektif, suara tambahan ronchi (+), sputum berlebih

Rr: 30x/menit

Nadi: 109x/menit

Suhu: 36,9°C

Palpasi: Saat diraba dapat dirasakan pergerakan dada simetris

Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi tajam pada dada sebelah kiri

c. Masalah:

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

d. Penyebab:

Akumulasi secret berlebih

#### **Klien kedua:**

a. Data Subyektif:

Ibu pasien mengatakan pasien demam, masih batuk, sesak, rewel

b. Data Obyektif:

Pasien tampak lemas, mukosa bibir kering, gelisah, rewel, batuk, suara nafas tambahan ronchi (+).

Rr: 29x/menit

Nadi: 107x.menit

Suhu: 37°C

Palpasi: Saat diraba dapat dirasakan pergerakan dada simetris

Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi tajam pada dada sebelah kiri dan kanan

c. Masalah:

ketidakefektifan bersihan jalan nafas

d. Penyebab:

Sumbatan jalan nafas

#### **4.1.4 Intervensi**

##### **Intervensi pada klien pertama**

###### **Diagnosa**

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan Penumpukan secret

Berlebih

## Intervensi

### 1. Tujuan:

Tujuan jangka pendek:

15 menit tindakan tercepat secret berkurang.

Tidak adanya suara ronchi, dispnea atau sianosis

Jalan nafas pasien efektif

Tujuan jangka panjang:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan jalan nafas pasien efektif kembali.

Keluarga pasien dapat menjaga pola hidup agar bronkopneumonia tidak terulang kembali

### 2. Kriteria hasil :

- 1) Menunjukkan perilaku mencapai kebersihan jalan nafas
- 2) Menunjukkan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih, tidak ada ronchi, dispnea atau sianosis
- 3) Pernafasan 20-30/menit.

### 3. Intervensi:

1. Bina hubungan saling percaya terhadap klien dan keluarga  
*Rasional:* supaya klien dan keluarga lebih kooperatif
2. Berikan posisi yang nyaman untuk klien dengan didampingi oleh orang tua atau keluarga

*Rasional* : dengan dampingan keluarga anak lebih merasa nyaman dan lebih kooperatif

3. Lakukan monitor tanda vital, auskultasi Suara nafas tiap 4 Jam sekali

*Rasional:* peningkatan frekwensi nafas mengindikasikan tingkat keparahan dan mengetahui obstruksi pada saluran nafas dan manifestainya pada suara nafas.

4. Berikan posisi kepala lebih tinggi dari posisi badan dan kaki.

*Rasional:* penurunan diafragma dapat membantu ekspansi paru lebih maximal.

5. Lakukan kolaborasi pemberian nebulizer (pz + ferbifent)

*Rasional* : terapi nebulizer dapat mengencerkan secret, dan tindakan clapping untuk melonggarkan secret yang tertahan disaluran pernafasan.

6. Lakukan tindakan clapping

*Rasional* : clapping untuk melonggarkan secret yang tertahan disaluran pernafasan.

7. Kolaborasi dengan tim medis lainnya dengan memberikan obat untuk peradangan saluran nafas dan pemeriksaan penunjang.

*Rasional:* pelebaran saluran nafas, sekret yang mudah keluar akan mempermudah klien bernafas, deteksi sejauh mana kebutuhan O2 dapat diberikan dengan pemeriksaan penunjang.

## **Intervensi pada klien kedua**

### **Diagnosa**

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan Sumbatan jalan nafas

### **Intervensi**

#### 1. Tujuan:

Tujuan jangka pendek:

15 menit tindakan tercepat secret berkurang.

Tidak adanya suara ronchi, dispnea atau sianosis

Jalan nafas pasien efektif

Tujuan jangka panjang:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan jalan nafas pasien efektif kembali.

Keluarga pasien dapat menjaga pola hidup agar bronkopneumonia tidak terulang kembali

#### 2. Kriteria hasil :

- 1.) Menunjukkan perilaku mencapai kebersihan jalan nafas
- 2.) Menunjukkan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih, tidak ada ronchi, dispnea atau sianosis
- 3.) Pernafasan 20-30/menit.

#### 3. Intervensi:

- 1.) Bina hubungan saling percaya terhadap klien dan keluarga

*Rasional:* supaya klien dan keluarga lebih kooperatif

- 2.) Berikan posisi yang nyaman untuk klien dengan didampingi oleh orang tua atau keluarga

*Rasional :* dengan dampingan keluarga anak lebih merasa nyaman dan lebih kooperatif

- 3.) Lakukan monitor tanda vital, auskultasi Suara nafas tiap 4 Jam sekali

*Rasional:* peningkatan frekwensi nafas mengindikasikan tingkat keparahan dan mengetahui obstruksi pada saluran nafas dan manifestainya pada suara nafas.

- 4.) Berikan posisi kepala lebih tinggi dari posisi badan dan kaki.

*Rasional :* penurunan diafragma dapat membantu ekspansi paru lebih maximal.

- 5.) Lakukan kolaborasi pemberian O<sub>2</sub> (2lpm)

*Rasional :* kebutuhan oksigen yang masuk ke tubuh dapat dibantu dengan tambahan oksigen yang diberikan

- 6.) Lakukan tindakan Clapping

*Rasional :* tindakan clapping untuk melonggarkan secret yang tertahan disaluran pernafasan.

- 7.) Kolaborasi dengan tim medis lainnya dengan memberikan obat untuk peradangan saluran nafas dan pemeriksaan penunjang.

*Rasional :* pelebaran saluran nafas, sekret yang mudah keluar akan mempermudah klien bernafas, deteksi sejauh mana kebutuhan O<sub>2</sub> dapat diberikan dengan pemeriksaan penunjang.

#### 4.1.5 Implementasi Keperawatan

##### Implementasi pada klien pertama

###### **Pelaksanaan tanggal 20 juli 2016**

1. Pukul 08.00 WIB

membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien

Respon: ibu klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik, klien menangis sambil memegang ibunya

2. Pukul 08.20 WIB

Mengkaji keadaan klien

Respon: klientampak rewel minta gendong, mukosa bibir kering, adanya batuk efektif, hidung kemerahan.

3. Pukul 08.30 WIB

Mengobservasi riwayat pertumbuhan

BB saat ini: 12 kg, TB: 86cm, LK:49cm, LD: 55 cm, LLA: 18 cm

BB lahir: 3.100 gr, BB sebelum sakit: 12 kg

Panjang lahir: 51 cm

Respon: ibu klien kooperatif, merespon dengan menjawab pertanyaan, klien rewel

4. Pukul 08.40 WIB

melakukan observasi ke klien

Rr: 30x/menit

Nadi: 105x / menit



- Suhu: 36,5°C
- Pernafasan: ronchi (+)
- Respon: klien rewel, minta didampingi orang tuanya
5. Pukul 10.00 WIB
- Memberikan HE tentang penyakit Bronkopneumonia
- Respon: ibu klien kooperatif, merespon dengan bertanya, klien minta gendong ibunya
6. Pukul 10.10 WIB
- Mengikuti dokter visite, kata dokter terapi pada An.A tetap, lebih banyak istirahat
- Respon: keluarga klien kooperatif, mengucapkan terimakasih
7. Pukul 10.25 WIB
- Memberikan posisi yang nyaman kepada klien (posisi kepala lebih tinggi dari badan dan kaki)
- Respon: klien rewel, minta digendong orang tuanya
8. Pukul 10.30 WIB
- Melakukan terapi nebulizer (pz + ferbivent ½ amp)
- Respon: klien kooperatif sambil memegang selang masker, klien batuk.
9. Pukul 10.40 WIB
- Melakukan terapi clapping pada daerah punggung sebelah kiri
- Respon: klien kooperatif, klien agak rewel, klien batuk
10. Pukul 12.00 WIB
- Melakukan Inj.Sanpicilin 3x500 mg
- Inj.Salticilin 2x30 mg

Respon: klien menangis

11. Pukul 12.40 WIB

Melakukan monitor tanda-tanda vital ulang (4jam)

Rr: 29x/menit

Nadi: 100x / menit

Suhu: 36,3°C

Pernafasan: ronchi (+)

Respon: klien rewel, ibu klien kooperatif, dan ikut membantu mendampingi klien,

12. Pukul 12.02 WIB

Menganjurkan kepada keluarga pasien agar klien banyak istirahat

Respon: ibu klien kooperatif

**Pelaksanaan tanggal 21 juli 2016**

1. Pukul 08.30 WIB

Menyapa dan mengucapkan salam kepada klien serta keluarga

Respon: ibu klien kooperatif dan menjawab salam, klien memegang ibunya

2. Pukul 08.40 WIB

melakukan observasi ke klien

Rr: 30x/menit

Nadi: 95x / menit

Suhu: 36,9°C

Pernafasan: ronchi (+)

- Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan.
- Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis
- Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi tajam pada dada sebelah kiri
- Respon: klien rewel, klien batuk efektif
3. Pukul 08.45 WIB
- Mengganti cairan infus klien
- Respon: keluarga mengucapkan terimakasih, dan bersikap kooperatif, klien rewel
4. Pukul 10.05 WIB
- Mengikuti dokter visite, kata dokter terapi tetap, keadaan klien mulai membaik
- Respon : keluarga klien kooperatif, mengucap terimakasih
5. Pukul 11.10 WIB
- Memberikan posisi yang nyaman untuk klien (kepala lebih tinggi dari posisi badan dan kaki)
- Respon: klien agak rewel, klien batuk produktif
6. Pukul 11.30 WIB
- Meberikan terapi nebulizer (pz+ ferbifent ½ amp)
- Respon: klien kooperatif memegangi selang masker, klien batuk
7. Pukul 11.45 WIB
- Melakukan clapping pada daerah punggung sebelah kiri
- Respon: klien batuk, klien menangis
8. Pukul 12.00 WIB
- Melakukan Inj.Sanpicilin 3x500 mg

Inj.Salticilin 2x30 mg

Respon: klien rewel, nangis

9. Pukul 12.40 WIB

Melakukan monitor tanda-tanda vital ulang

Rr: 29x/menit

Nadi: 93x / menit

Suhu: 36,5°C

Pernafasan: ronchi (+)

Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi pekak

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi pada dada sebelah kiri

Respon: klien rewel, minta gendong ayahnya

10. Pukul 12.02 WIB

Menganjurkan kepada keluarga pasien agar klien banyak istirahat

Respon: keluarga pasien kooperatif dan mengucapkan terimakasih

**Pelaksanaan tanggal 22 juli 2016**

1. Pukul 08.30 WIB

Menyapa klien dan keluarga klien dengan mengucapkan salam

Respon: klien dan keluarga klien kooperatif dengan menjawab salam

2. Pukul 08.35 WIB

melakukan observasi ke klien

Rr: 29x/menit

Nadi: 93x / menit

Suhu: 36°C

Pernafasan: ronchi (-)

Palpasi: Saat diraba dapat tidak adanya ronchi saat klien nafas dengan

perlahan Perkusi: Terdapat bunyi nafas normal

Auskultasi: Terdengar bunyi nafas bersih

Respon: klien kooperatif

### 3. Pukul 09.10 WIB

Mengganti infus klien dengan plug

Respon: klien menangis, ibu klien kooperatif dengan membantu menenangkan klien

### 4. Pukul 10.10 WIB

Mengikuti visite dokter, dokter bilang keadaan klien sudah baik, klien boleh pulang, nanti akan diberikan resep untuk perawatan dirumah

### 5. Pukul 11.50 WIB

Melepaskan infus klien

Respon: klien menangis, keluarga klien kooperatif, mengucapkan terimakasih

### 6. Pukul 12.30 WIB

Klien KRS

## **Implementasi pada klien kedua**

### **Pelaksanaan tanggal 20 juli 2016**

#### 1. Pukul 08.50 WIB

membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien

Respon: ibu klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik, klien menangis sambil memegang ibunya minta digendong

#### 2. Pukul 09.00 WIB

Mengkaji keadaan klien

#### 3. Respon: klientampak rewel minta gendong, mukosa bibir kering, adanya batuk efektif, hidung kemerahan.

#### 4. Pukul 09.30 WIB

Mengobservasi riwayat pertumbuhan

BB saat ini: 10 kg, TB: 85 cm, LK: 47cm, LD: 53 cm, LLA: 17 cm

BB lahir: 2.700 gr, BB sebelum sakit: 11 kg

Panjang lahir: 41 cm

Respon: ibu klien kooperatif dengan menjawab semua pertanyaan, klien kooperatif menangis minta gendong ibunya

#### 5. Pukul 09.40 WIB

melakukan observasi ke klien

Rr: 29x/menit

Nadi: 107x / menit

- Suhu: 37°C
- Pernafasan: ronchi (+)
- Respon: klien rewel, minta didampingi orang tuanya
6. Pukul 10.05 WIB
- Memberikan HE tentang penyakit Bronkopneumonia
- Respon: ibu klien kooperatif, merespon dengan baik
7. Pukul 10.12 WIB
- Mengikuti visite dokter, dokter bilang terapi An.S tetap, lebih banyak istirahat
- Respon: keluarga klien kooperatif, mengucapkan terimakasih
8. Pukul 11.20 WIB
- Memberikan posisi yang nyaman kepada klien (posisi kepala lebih tinggi dari badan dan kaki)
- Respon: klien tampak gelisah, klien kooperatif.
9. Pukul 11.25 WIB
- Melakukan pengecekan O<sub>2</sub> (2lpm)
- Respon: klien menangis
10. Pukul 11.35 WIB
- Melakukan terapi clapping pada daerah punggung kanan dan kiri
- Respon: klien agak rewel, klien batuk
11. Pukul 12.05 WIB
- Melakukan Inj.Sanpicilin 3x500 mg
- Inj.Salticilin 2x30 mg
- Respon: klienmenangis

12. Pukul 12.10 WIB

Menganjurkan kepada keluarga klien agar klien banyak istirahat

Respon: ibu klien kooperatif

13. Pukul 13.00 WIB

Melakukan monitor tanda-tanda vital ulang

Rr: 29x/menit

Nadi: 95x / menit

Suhu: 36,5°C

Pernafasan: ronchi (+)

Respon: klien menangis, ibu klien kooperatif, dan ikut membantu mendampingi klien

**Pelaksanaan tanggal 21 juli 2016**

1. Pukul 09.10 WIB

Menyapa dan mengucapkan salam kepada klien serta keluarga

Respon: ibu klien kooperatif dan menjawab salam, klien memegang ibunya

2. Pukul 09.25 WIB

Mengganti cairan infus klien

Respon: klien menangis, tetesan infus lancar

3. 09.40 WIB

melakukan observasi ke klien

Rr: 30x/menit

Nadi: 97x / menit

Suhu: 36,6°C



Pernafasan: ronchi (+)

Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi tajam pada dada sebelah kiri dan kanan

Respon: klien rewel, klien batuk efektif

4. Pukul 09.50 WIB

Pantau O2 apakah lancar atau tidak

Respon: keluarga klien kooperatif, klien rewel

5. Pukul 10.10 WIB

Mengikuti dokter visite, dokter mengatakan keadaan klien sudah mulai membaik, terapi tetap, banyak istirahat

Respon: keluarga klien mengucapkan terimakasih

6. Pukul 11.43 WIB

Memberikan posisi yang nyaman pada klien (kepala lebih tinggi dari posisi badan dan kaki)

Respon: klien agak rewel, klien batuk produktif

7. Pukul 11.50 WIB

Melakukan clapping pada punggung daerah kanan dan kiri

Respon: klien batuk, klien agak rewel sambil memegang ibunya

8. Pukul 12.05 WIB

Melakukan Inj.Sanpicilin 3x500 mg

Inj.Salticilin 2x30 mg

Respon: klien rewel, nangis

9. Pukul 12.07 WIB

Menganjurkan kepada keluarga klien agar klien istirahat

Respon: keluarga klien kooperatif, dan mengucapkan terimakasih.

10. Pukul 12.50 WIB

Rr: 29x/menit

Nadi: 92x / menit

Suhu: 36,3°C

Pernafasan: ronchi (+)

Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan.

Perkusi: Terdapat bunyi pekak

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi pada dada sebelah kiri dan kanan

Respon: klien rewel

11. Pukul 12.55 WIB

Menganjurkan kepada keluarga pasien agar klien banyak istirahat

Respon: keluarga pasien kooperatif dan mengucapkan terimakasih

**Pelaksanaan tanggal 22 juli 2016**

## 1. Pukul 10.00 WIB

Menyapa dan memberisalam ke klien dan keluarga klien Respon: klien kooperatif dan keluarag kooperatif, menjawab salam

## 2. Pukul 10.05 WIB

melakukan observasi ke klien

Rr: 28x/menit

Nadi: 94x / menit

Suhu: 36°c

Pernafasan: ronchi (-)

Palpasi: Saat diraba dapat tidak adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi nafas normal

Auskultasi: Terdengar bunyi nafas bersih

Respon: klien kooperatif

## 3. Pukul 10.10 WIB

Mengganti cairan infus dengan plug

Respon: klien rewel, keluarga klien kooperatif dengan ikut serta menenangkan klien

## 4. Pukul 10.40 WIB

Mengikuti dokter visite, kata dokter keadaan klien sudah baik, klien bisa pulanh, nanti akan di berikan resep untuk perawatan dirumah

Respon: keluarga klien mengucapkan terimakasih

5. Pukul 11.40 WIB

Melepaskan infus dari tangan klien

Respon: klien menangis, keluarga klien kooperatif ikut menenangkan pasien

6. Pukul 13.00 WIB

Klien KRS

#### **4.1.6 Evaluasi Keperawatan**

##### **Evaluasi keperawatan pada klien pertama**

**Pada tanggal 20 juli 201**

Evaluasi jam 10.30 WIB

S : Ibu klien mengatakan klien demam sudah turun, klien masih sesak, batuk rewel

O : Keadaan umum klien cukup, mukosa bibir kering, rewel, batuk, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi, akral hangat, Nadi: 109x/menit, RR: 30x/menit, Suhu: 36,9°C,

Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi tajam pada dada sebelah kiri

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 2 – 8 dilanjutkan

**Pada tanggal 21 juli 2016**

Evaluasi jam 10.30 WIB

S : Ibu klien mengatakan klien masih batuk

O : Keadaan umum pasien cukup, mukosa bibir kering, rewel, batuk produktif, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi, akral hangat, Nadi: 95x/menit, RR: 30x/menit, Suhu: 36,5°C,

Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi pekak

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi pada dada sebelah kiri

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 2-8 dilanjutkan

**Pada tanggal 22 juli 2016**

Evaluasi jam 10.30 WIB

S : Ibu klien mengatakan klien batuk jarang, rewel

O : Keadaan umum pasien cukup, mukosa bibir kering, rewel, batuk produktif, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi, akral hangat, Nadi: 93x/menit, RR: 29x/menit, Suhu: 36°C

Palpasi: Saat diraba dapat tidak adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi nafas normal

Auskultasi: Terdengar bunyi nafas bersih

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dihentikan

### **Evaluasi keperawatan pada klien kedua**

#### **Pada tanggal 20 juli 2016**

Evaluasi jam 10.45 WIB

S : Ibu klien mengatakan klien demam, masih batuk, sesak, rewel, muntah

O : Keadaan umum klien cukup, mukosa bibir kering, rewel, batuk, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi, akral hangat, Nadi: 107x/menit, RR: 29x/menit, Suhu: 37°C

Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi pekak dan kempis

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi tajam pada dada sebelah kiri dan kanan

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 2-8 dilanjutkan

**Pada tanggal 21 juli 2016**

Evaluasi jam 10.45 WIB

S : Ibu klien mengatakan klien masih batuk, rewel

O :Keadaan umum pasien cukup, mukosa bibir kering, rewel, batuk produktif, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi, akral hangat, Nadi: 97x/menit, RR: 30x/menit, Suhu: 36,6°C

Palpasi: Saat diraba dapat merasakan adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi pekak

Auskultasi: Terdengar bunyi ronchi pada dada sebelah kiri dan kanan

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 2-8 dilanjutkan

**Pada tanggal 22 juli 2016**

Evaluasi jam 10.45 WIB

S : Ibu klien mengatakan klien rewel, batuk jarang

O : Keadaan umum pasien cukup, mukosa bibir kering, rewel, batuk produktif, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi, akral hangat, Nadi: 94x/menit, RR: 28x/menit, Suhu: 36°C

Palpasi: Saat diraba dapat tidak adanya ronchi saat klien nafas dengan perlahan

Perkusi: Terdapat bunyi nafas normal

Auskultasi: Terdengar bunyi nafas bersih

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dihentikan

## **4.2 Pembahasan**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan masalah ketidakefektifan berishan jalan nafas di ruangan Zam-zam Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **4.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang Zam-zam Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.



Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama (An.A) dan kasus kedua (An.S) didapatkan kesamaan masalah yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Pada pasien pertama (An.A) didapatkan data bahwa pasien demam 2 hari, batuk produktif, muntah lendir, sedangkan pada pasien kedua (An.S) didapatkan pasien demam 4 hari, batuk, sesak nafas. Dari data kedua kasus tersebut didapatkan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas merupakan keadaan dimana menumpuknya secret dibronkus dan menyumbat jalan nafas yang akan menimbulkan adanya demam, gelisah, hidung kemerahan, ronchi positif, batuk, dan muntah. Maka antara kasus pertama dan kedua tidak terjadi kesenjangan teori.

Dalam pengkajian sistem pernafasan pada tinjauan kasus pertama dan kedua, didapatkan data yang sama yaitu klien sama-sama merasakan ketidakefektifan bersihan jalan nafas RR 30 x/menit pada klien pertama sedangkan klien kedua RR 29x/menit memakai nasal kanul 2 lpm. Bronkopneumonia merupakan peradangan akut pada paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus, masalah yang sering muncul pada penderita broncopneumonia adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berarti adanya gangguan saat bernafas dikarenakan adanya akumulasi secret dibronkus dan ketidakmampuan membersihkan sekresi dari saluran pernafasan untuk menjaga bersihan jalan nafas. (Smeltzer & Suzanne C, 2002). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

#### **4.2.2 Diagnosa keperawatan**

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan

Pada tinjauan kasus pertama pasien pertama An.A / 2 tahun pada Bronkopneumonia ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret berlebih, pada tinjauan kasus kedua An.S / 2 tahun pada Bronkopneumonia ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan Sumbatan jalan nafas

Berdasarkan kedua kasus tidak sesuai dengan tinjauan pustaka, karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing pasien juga berbeda-beda, oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus klien.

#### **4.2.3 Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas setelah 4 hari dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil Menunjukkan perilaku mencapai kebersihan jalan nafas menunjukkan jalan

nafas paten dengan bunyi nafas bersih, tidak ada ronchi, dispnea atau sianosis, wajah klien tampak relax dan tenang dan tanda tanda vital dalam batas normal Suhu :  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ , RR : 20-30 x/mnt, Nadi : 80-90 x/mnt.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus kepada perencanaan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas menjadi masalah utama baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus pertama maupun kedua. Perencanaan untuk ketidakefektifan bersihan jalan nafasyaitu pada klien pertama lakukan pengkajian secara komprehensif, frekuensi pernafasan, dan kualitas, Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam sekali, Berikan suasana yang nyaman dan tenang, Jelaskan penyebab ketidakefektifan bersihan jalan nafasdan kemungkinan faktor fisik. Ajarkan clapping dan Kolaborasi pemberian terapi nebulizer, pada klien kedua lakukan pengkajian secara komprehensif, frekuensi pernafasan, dan kualitas, Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam sekali, Berikan suasana yang nyaman dan tenang, Jelaskan penyebab ketidakefektifan bersihan jalan nafasdan kemungkinan faktor fisik. Ajarkan clapping dan Kolaborasi pemberian terapi O<sub>2</sub> (oksigenasi) 2lpm.Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari teknik clapping dan kolaborasi dengan dokter dapat menurunkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada keluarga

kliendan perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan.

#### **4.2.4 Pelaksanaan**

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan kondisi klien di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya dan dengan bantuan perawat dan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada Bronkopneumonia dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas dilakukan tindakan clapping.

Dengan adanya masalah tersebut akan muncul diagnosa keperawatan yang saling berkaitan akibat respon klien. Pada tinjauan kasus pertama Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret berlebih yang ditandai dengan adanya suara nafas tambahan (ronchi), batuk, demam, sedangkan pada klien kedua Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan Sumbatan jalan nafas yang ditandai dengan adanya suara nafas tambahan (ronchi), batuk, demam. Sehingga dalam pelaksanaannya penulis berfokus dalam pelaksanaan ketidakefektifan bersihan jalan nafas dalam mengatasi masalah-masalah keperawatan yang muncul.

Berdasarkan hasil dan teori terdapat kesamaan dan perbedaan dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada bronkopneumonia disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul terutama pengaruh teknik clapping dan pemberian obat yang bisa menangani ketidakefektifan bersihan jalan nafas sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan (NANDA 2015).

#### **4.2.5 Evaluasi**

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada orang tua klien yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sehingga dilakukan evaluasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari pada klien An.A dan An.S dapat ditemukan oleh penulis adalah masalah teratasi dengan kriteria hasil menunjukkan perilaku mencapai kebersihan jalan nafas, menunjukkan jalan nafas bersih tidak ada suara nafas tambahan.

Berdasarkan teori evaluasi penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

Berdasarkan hasil dan teori terdapat persamaan dan perbedaan dalam evaluasi keperawatan, dan keberhasilan ini tergantung pada partisipasi klien dan keluarga klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.