

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian Keperawatan

Pada bab ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada bayi S dengan bronkopneumonia di Ruang Anak Cempaka 1 RSI Darus Syifa Benowo Surabaya mulai tanggal 24 – 26 April 2014

1. Pengumpulan Data (24 April 2014)

a Identitas pasien

1) Nama bayi S usia 5 bulan, jenis kelamin: perempuan, berat badan: 6,6 kg, panjang badan: 75,5 cm, tanggal MRS: 24 April 2014, diagnosa medis: bronkopneumonia.

2) Identitas orang tua

Nama ayah: H usia 26 tahun, pendidikan: SMK, pekerjaan: swasta, agama: Islam, alamat: cerme kidul

Nama ibu F usia 23 tahun, pendidikan: SMA, pekerjaan: swasta, agama: Islam, alamat: cerme kidul

b Keluhan utama:

Ibu mengatakan bayinya mengalami sesak nafas.

c Riwayat penyakit sekarang:

Ibu mengatakan bayinya mengalami batuk, pilek sejak 1 minggu yang lalu. 3 hari terakhir mengalami sesak nafas dan panas lalu dibawa oleh ibunya ke RS Darus Syifa Benowo melalui IGD. Saat

dikaji, dokter mendapatkan bayi batuk, pilek, panas, dan sesak kemudian dokter mendiagnosa dengan bronkopneumonia dan menyarankan untuk menjalani rawat inap.

d Riwayat penyakit dahulu:

1) Penyakit yang pernah diderita

Ibu mengatakan bayinya sejak usia 3 bulan pernah mengalami batuk dan pilek \pm 4 hari.tidak disertai demam dan diare.

2) Tindakan (misalnya operasi)

Ibu mengatakan bayinya tidak pernah mengalami operasi.

3) Alergi

Ibu mengatakan jika bayinya tidak mengalami alergi makanan ataupun obat.

4) Imunisasi

Ibu pasien mengatakan bayinya telah mendapat imunisasi BCG 1x pada saat baru lahir, polio 2x umur 2 dan 4 bulan, dan Hepatitis B 1x pada saat baru lahir di puskesmas setempat

e Riwayat kehamilan dan persalinan

1) Prenatal

Ibu mengatakan rutin memeriksakan kandungan sejak mengetahui telah hamil usia 2 bulan, mengalami morning sicknes dan ngidam, tidak minum jamu selain suplemen yang diberikan bidan.

2) Natal

Ibu mengatakan bayinya lahir normal dengan umur 38 minggu, berat badan 3000 gram, panjang badan 53 cm, bayi spontan menangis, tidak mengalami ketuban pecah dini dan persalinan dibantu oleh bidan.

3) Post natal

Ibu mengatakan kulit bayi berwarna kemerahan, ibu segera melakukan inisiasi menyusui dini, ASI Eksklusif hanya 2 bulan, bayi tidak dimasukkan inkubator, dan tidak ada gangguan pernafasan saat lahir.

f Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan jika dirumah tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit seperti ini, keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit turunan atau menular.

g Riwayat tumbuh kembang

1) Adaptasi sosial

Bayi sudah bisa menatap wajah perawat, bayi ingin memegang benda yang diberikan.

2) Bahasa

Bayi sudah bisa tertawa dan mengoceh

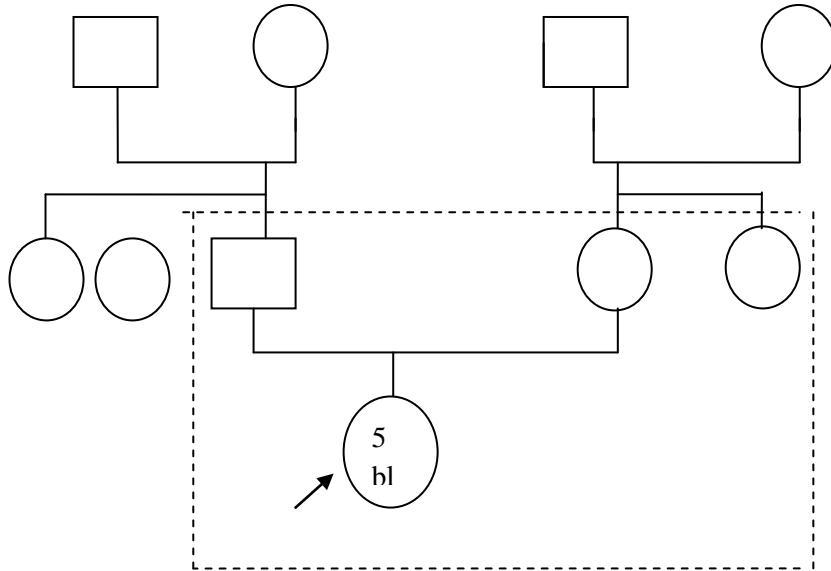
3) Motorik halus

Bayi sudah bisa memegang benda yang diberikan dan bisa memindahkan barang dari tangan ke tangan.

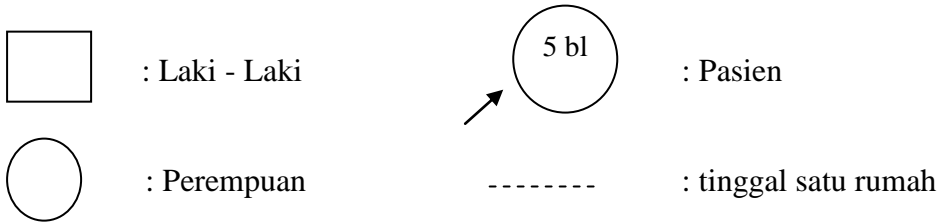
4) Motorik kasar

Bayi dapat berguling-guling dan menyangga kepala saat duduk.

h Genogram



keterangan :



Gambar 1.2 : Genogram

i Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Ibu mengatakan ia selalu memperhatikan kebersihan bayinya, sebelum MRS pasien dimandikan 2-3 kali/hari, sesudah MRS diseka 2 kali/hari dan selalu ganti pakaian setelah BAB/BAK. Ibu mengganti pampers bayinya setiap kali BAB dan terasa penuh.

2) Pola nutrisi dan metabolisme.

Ibu mengatakan sebelum MRS bayinya diberi ASI dan sejak umur 2 bulan diberi susu sapi formula karena ASI ibu tidak lancar lalu diganti susu soya karena anaknya alergi susu sapi.

Setelah MRS bayinya tetap mendapat susu soya total 6x/hari pukul 06.00, 10.00, 14.00, 18.00, 22.00, 02.00 masing – masing kurang lebih 50cc

3) Pola eliminasi

Urin:

Sebelum MRS bayi BAK \pm 6x/hari, warna kuning jernih bau khas, setelah MRS bayi BAK \pm 7x/hari. Tidak ada kesulitan saat BAK.

Alvi:

Sebelum MRS bayi BAB 1x/hari warna kuning konsistensi lembek, setelah MRS bayi BAB 1x/hari warna kuning konsistensi lembek. Tidak ada kesulitan saat BAB.

4) Pola istirahat tidur

Ibu mengatakan sebelum MRS bayinya tidur siang 3-4 jam, tidur malam 7-8 jam, dan selalu minum susu formula soya dahulu

Setelah MRS bayi tidur siang 2-3 jam, tidur malam 6-7 jam.

Tidak ada kebiasaan khusus menjelang tidur.

5) Pola aktifitas latihan

Ibu mengatakan sebelum MRS bayinya aktif bermain, bisa berguling dan mengangkat kepala jika duduk

Setelah MRS bayinya hanya ditempat tidur dan digendong ibunya

6) Pola reproduksi seksual

Pasien seorang bayi berusia 5 bulan, berjenis kelamin perempuan

7) Pola tata nilai kepercayaan

Bayi beragama islam

8) Pola sensori kognitif

Ibu mengatakan bayinya tidak mengalami gangguan sensori seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, maupun perabaan dan ibu belum mengerti tentang penyakit bayinya

9) Pola persepsi konsep diri

Ibu berharap bayinya segera sembuh dan bisa berkumpul kembali dengan keluarganya dirumah.

10) Pola penanggulangan stres

Ibu mengatakan bila bayinya batuk sampai tersengal-sengal membuat ibu khawatir, ibu sering bertanya tentang kondisi bayinya pada dokter dan perawat.

11) Pola hubungan peran

Pasien adalah anak pertama, setiap hari diasuh ibunya dan kadang-kadang oleh bapaknya, hubungan bayi dengan ibu sangat erat.

j Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Bayi lemah, kesadaran compos mentis, terpasang oksigen 2lpm dan infus D5 ¼ S di tangan sebelah kanan.

2) Tanda-tanda vital

RR: 56x/menit, suhu: 38,2° C, nadi: 132x/menit

3) Panjang badan: 75,5 cm, berat badan 6,6 kg

$$\frac{6,6}{7} \times 100 = 94\%$$

- Nilai “7” berdasarkan hasil perhitungan menggunakan tabel NCHS

Nilai IBW:

- 60% - 70% : Gizi buruk
- 70% - 90% : Gizi kurang
- 90% - 110% : Normal
- >110% : Gizi lebih
- >120% : Obesitas

4) Kepala dan rambut

Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, kulit kepala bersih, fontanel posterior dan anterior teraba lunak karena belum menyambung satu sama lain

5) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus, pupil isokor, daya lihat baik.

6) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada serumen, kebersihan cukup, daya dengar baik.

7) Hidung

Hidung terpasang oksigen nasal 2 lpm, terdapat sekret karakteristik kental berwarna kehijauan, pernafasan cuping hidung, terdapat septum nasal dirongga hidung.

8) Mulut dan faring

Mukosa lembab, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada stomatitis, lidah bersih.

9) Thorax

Bentuk simetris, bentuk dada pigeon chest, irama nafas irreguler, terdapat suara nafas tambahan ronkhi, terdapat retraksi otot dada.

10) Abdomen

Bising usus normal 10x/menit, tidak ada benjolan, tidak ada asites.

11) Genitalia

Tidak ada kesulitan BAK, kebersihan cukup, belum tumbuh rambut pubis.

12) Anus

Tidak ada kesulitan BAB, tidak ada hemoroid.

13) Integumen

Warna kulit putih langsung, turgor kulit baik kurang dari 3 detik, akral teraba panas, tidak ada jejas.

14) Muskuluskeletal

Ekstremitas tidak ada gangguan

k Pemeriksaan penunjang

Gambar 1.3 : Tabel Hasil Laboratorium

Tanggal 24 April 2014

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hemoglobin	11,5	L: 13,5-18,0 P: 11,5-16,0 g/Dl
Leukosit	11.700	4.000-11.000 / cmm
Trombosit	295.000	150.000-450.000 / cmm
PCV	35%	35-50%
Eritrosit	4,33	3,55-60 juta / cmm
Widal typhy O	Negatif	Negatif
Widal typhy H	Negatif	Negatif

Widal paratyphy OA	Negatif	Negatif
Widal paratyphy OB	Negatif	Negatif

l Radiologi

(24 April 2014)

- 1) Cor besar dalam batas normal
- 2) Pulmo tampak bronkopneumonia pada paru

m Terapi

- 1) Infus D5 ¼ S
- 2) Injeksi cefotaxime 3x250 mg
- 3) Injeksi antrain 75 mg (k/p)
- 4) Nebulizer ventolin : pz (1:1,5) 3x/hari
- 5) O2 nassal 2 lpm (k/p)
- 6) ASI dan susu formula soya

3.2 Analisa dan Sintesa Data

1. Analisa Data 1 (Tanggal 24 April 2014):

Data Subyektif:

Ibu mengatakan bayinya sesak nafas 3 hari

Data Obyektif:

- a Keadaan umum lemah

- b Terpasang O2 nassal 2 lpm
- c Pernafasan cupping hidung dan retraksi otot dada
- d Tanda vital:

RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit

Masalah:

Ketidak efektifan pola nafas

Kemungkinan Penyebab:

Apneu

2. Analisa Data 2 (Tanggal 24 April 2014):

Data Subyektif:

Ibu mengatakan bayinya pilek dan batuk 1 minggu

Data Obyektif:

- a Keadaan umum lemah
- b Terdapat suara nafas tambahan ronkhi kanan kiri
- c Terpasang O2 nassal 2 lpm
- d Pernafasan cupping hidung dan retraksi otot dada
- e Ditemukan batuk produktif
- f Rontgen: cor besar dalam batas normal, pulmo tampak bronkopneumonia pada paru
- g Tanda vital:

RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit

Masalah:

Bersihan jalan nafas tidak efektif

Kemungkinan Penyebab:

Obstruksi jalan nafas

3. Analisa Data 3 (Tanggal 24 April 2014):

Data Subyektif:

Ibu mengatakan bayinya demam 3 hari

Data Obyektif:

- a Keadaan umum lemah
- b Wajah tampak merah
- c Akral teraba panas
- d Leukosit 11.700 (normal 4.000-11.000)
- e Tanda vital:

RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit

Masalah:

Hipertermia

Kemungkinan Penyebab:

Proses penyakit (jamur, virus, dan bakteri masuk alveoli terjadi peradangan)

4. Analisa Data 4 (Tanggal 24 April 2014):

Data Subyektif:

Ibu mengatakan bayinya takut saat perawat datang

Data Obyektif:

- a Bayi tampak rewel
- b Bayi tidak ceria dan diam saja saat dihibur
- c Tanda vital:

RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit

Masalah:

Kecemasan pada bayi

Kemungkinan Penyebab:

Tindakan keperawatan(injeksi dan nebulizer)

2. Diagnosa keperawatan:

- a Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan apneu ditandai dengan keadaan umum lemah, terpasang O₂ nassal 2lpm, pernafasan cupping hidung dan retraksi otot dada, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit)
- b Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas ditandai dengan keadaan umum lemah, batuk, pilek, sesak nafas, terpasang O₂ nassal 2lpm, pernafasan cuping hidung, retraksi ototdada, terdapat suara ronchi, cor besar dalam batas normal, pulmo tampak bronkopneumonia pada paru, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit).
- c Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (jamur, virus, dan bakteri masuk alveoli terjadi peradangan) ditandai dengan keadaan umum lemah, bayi menggigil, wajah tampak kemerahan, rewel, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit)
- d Kecemasan pada bayi berhubungan dengan tindakan keperawatan(injeksi dan nebulizer) ditandai dengan bayi tampak rewel, tidak ceria dan diam saja saat dihibur, keadaan umum lemah, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit)

3.3 Perencanaan

1. Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan apneu

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 15 menit pola nafas kembali normal

Kriteria hasil:

- a Bayi mampu menunjukkan pola nafas efektif/normal.
- b Bayi tidak sianosis

Intervensi:

- a Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
- b Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
- c Ciptakan lingkungan yang lembab melalui penggunaan O2 nassal
- d Lakukan fisioterapi dada jika perlu

Rasional:

- a Penghisapan lendir disarankan untuk mempertahankan saluran nafas yang bebas
- b Lebih awal mengenal resiko untuk menghindari kefatalan.
- c Udara yang lembab mengurangi edema bronkial
- d Membantu menghilangkan eksudat agar mudah keluar melalui batuk atau suction

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 15 menit pasien mampu bernafas secara efektif .

Kriteria hasil:

- a Tidak ada suara nafas tambahan ronchi
- b Frekuensi pernafasan dalam batas normal (24 – 30x/menit)
- c Tidak ada pernafasan cupping hidung dan retraksi otot dada
- d Batuk produktif dan sesak berkurang atau hilang
- e Tidak terpasang O2

Intervensi:

- a Lakukan pendekatan terapeutik dengan bayi dan keluarga
- b Observasi tanda vital
- c Kaji frekuensi atau kedalaman nafas dengan gerakan dada
- d Atur posisi senyaman mungkin (posisi semi fowler)
- e Lakukan nebulizer dengan Ventolin : NaCl (1 : 1,5) selama 15 menit dan clapping dada
- f Pemberian O2 2lpm
- g Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi bronkodilator ventolin
- h Kolaborasi dalam pemberian antibiotik Cefotaxim 3x250 mg

Rasional:

- a Membina hubungan rasa nyaman dan saling percaya
- b Memantau derajat kesehatan bayi
- c Pernafasan dangkal dan gerakan dada tidak simetris terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru dan penyempitan bronkus

- d Membantu bayi bernafas dengan lega
 - e Memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret dengan cepat
 - f Membantu mengurangi sesak nafas
 - g Mengurangi spasme bronkus dan mempermudah pengeluaran sputum melalui silia mukus pada saluran pernafasan
 - h Antibiotik mampu membunuh mikroorganismenya sehingga mengurangi produksi sputum
3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (jamur, virus, dan bakteri masuk alveoli terjadi peradangan)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit suhu tubuh dalam batas normal

Kriteria hasil:

- a Bayi akan mempertahankan suhu tubuh normal 36-37,5°C
- b TTV normal (nadi 100 - 140)
- c Akral teraba hangat
- d Tidak menggigil dan wajah tidak kemerahan

Intervensi:

- a Observasi tanda vital setiap 4 jam
- b Berikan kompres hangat basah untuk mengurangi demam
- c Berikan bayi banyak minum susu formula soya 6x/hari masing – masing 50cc
- d Mengganti pakaian bayi dengan baju tipis
- e Berikan obat sesuai advis dokter anti piretik Antrain 75 mg (k/p)

Rasional:

- a Mengetahui tingkat perkembangan kesehatan bayi
 - b Kompres hangat akan mendinginkan suhu tubuh dengan cara konduksi
 - c Peningkatan suhu tubuh menimbulkan banyak cairan tubuh yang keluar dan harus diimbangi dengan pemasukan
 - d Mempermudah penguapan suhu tubuh
 - e Mempercepat penurunan suhu tubuh secara efektif
4. Kecemasan pada bayi berhubungan dengan tindakan keperawatan (injeksi dan nebulizer)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan anak mampu beradaptasi dengan tindakan keperawatan

Kriteria hasil:

- a Bayi mau menerima tindakan keperawatan
- b Bayi tidak rewel
- c Bayi merespon saat dihibur

Intervensi:

- a Libatkan orang tua dalam setiap tindakan keperawatan
- b Beri pujian jika bayi mau diberi tindakan keperawatan
- c Lakukan kontak sesering mungkin
- d Ajak bayi untuk bermain (memberikan mainan yang disukai)

Rasional:

- a Pendekatan awal yang baik melalui orang tua / bayi

- b Menambahkan rasa percaya diri bayi akan keberaniannya
- c Kasih sayang dan pengenalan diri perawat akan menumbuhkan rasa aman pada bayi
- d Permainan sangat mendukung untuk merangsang keceriaan bayi

3.4 Pelaksanaan

1. Diagnosa keperawatan satu

Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan apneu ditandai dengan keadaan umum lemah, terpasang O₂ nassal 2 lpm, pernafasan cupping hidung dan retraksi otot dada, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit)

Tanggal 24 April 2014

a Pukul 10.30 wib

Melakukan observasi tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit)

b Pukul 10.35 wib

Mengauskultasi suara nafas, dan mencatat adanya suara tambahan

Respon: bayi kooperatif

c Pukul 10.35 wib

Memasang O₂ nassal 2 lpm

Respon: bayi rewel

d Pukul 11.00 wib

Melakukan clapping dada saat nebulizer

Respon: bayi rewel

Tanggal 25 April 2014

a Pukul 07.10 wib

Mengganti cairan infus D5 ¼ S

Respon: bayi kooperatif

b Pukul 07.15 wib

Melakukan observasi tanda vital (RR: 38x/menit, suhu: 37,6°C, nadi: 128x/menit)

c Pukul 07.35 wib

Melakukan clapping dada saat nebulizer

Respon: bayi rewel

2. Diagnosa keperawatan dua

Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan obstruksi jalan nafas ditandai dengan keadaan umum lemah, batuk, pilek, sesak nafas, terpasang O2 nassal 2lpm, pernafasan cipping hidung, retraksi otot dada, suara ronchi kanan kiri, cor besar dalam batas normal, pulmo tampak bronkopneumonia pada paru, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit).

Tanggal 24 April 2014

a Pukul 10.30 wib

Melakukan observasi tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit)

b Pukul 10.35 wib

Memberikan injeksi Cefotaxime 3x250 mg

Respon: bayi kooperatif

c Pukul 11.00 wib

Melakukan nebulizer Ventolin : NaCl (1 : 1,5) 3x/hari dan clapping dada

Respon: bayi rewel

d Pukul 11.15 wib

Mengatur posisi bayi senyaman mungkin (posisi semi fowler)

Respon: bayi kooperatif

Tanggal 25 April 2014

a Pukul 07.10

Mengganti cairan infus D5 ¼ S

Respon: bayi kooperatif

b Pukul 07.15 wib

Melakukan observasi tanda vital (RR: 46x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 128x/menit)

c Pukul 07.30 wib

Memberikan injeksi Cefotaxime 3x250 mg

Respon: bayi kooperatif

d Pukul 07.35 wib

Melakukan nebulizer ventolin : NaCl (1 : 1,5) selama 15 menit dan clapping dada

Respon: bayi rewel

3. Diagnosa keperawatan tiga

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (jamur, virus, dan bakteri masuk alveoli terjadi peradangan) ditandai dengan keadaan

umum lemah, menggigil, wajah kemerahan, rewel, leukosit 11.700/cmm, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit).

Tanggal 24 April 2014

a Pukul 10.30 wib

Melakukan observasi tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit)

b Pukul 10.35 wib

Memberikan injeksi Antrain 75 mg (k/p)

Respon: bayi kooperatif

c Pukul 10.45 wib

Memberikan kompres hangat basah untuk mengurangi demam

Respon: bayi kooperatif

d Pukul 10.45 wib

Memberikan bayi banyak minum susu formula soya 6x/hari masing–masing 50cc

Respon: bayi kooperatif

Tanggal 25 April 2014

a Pukul 07.10 wib

Mengganti cairan infus D5 ¼ S

Respon: bayi kooperatif

b Pukul 07.15 wib

Melakukan observasi tanda vital (RR: 38x/menit, suhu: 37,6°C, nadi: 128x/menit)

c Pukul 07.30 wib

Memberikan injeksi antrain 75 mg (k/p)

Respon: bayi kooperatif

d Pukul 07.35 wib

Menganjurkan pada ibu untuk mengganti pakaian anaknya dengan baju tipis

Respon: ibu kooperatif

4. Diagnosa keperawatan empat

Kecemasan pada bayi berhubungan dengan tindakan keperawatan (injeksi dan nebulizer) ditandai dengan keadaan umum lemah, bayi rewel, tidak ceria, dan diam saja saat dihibur, tanda vital (RR: 56x/menit, suhu: 38,2°C, nadi: 132x/menit).

Tanggal 24 April 2014

a Pukul 10.30 wib

Melibatkan orang tua dalam setiap tindakan keperawatan (observasi tanda vital, injeksi, dan nebulizer)

Repon: orang tua kooperatif

b Pukul 10.35 wib

Memberikan pujian jika anak mau diberi tindakan keperawatan (observasi tanda vital, injeksi, dan nebulizer)

Tanggal 25 April 2014

a Pukul 07.10 wib

Melakukan kontak sesering mungkin

Respon: bayi kooperatif

b Pukul 07.40 wib

Mengaja anak untuk bermain

Respon: bayi kooperatif

3.4 Evaluasi

Tanggal 24 April 2014 pukul 10.30 – 14.30

1. Diagnosa keperawatan satu

Data Subyektif:

Ibu mengatakan sesak nafas pada bayinya sudah berkurang

Data Oyektif:

a Keadaan umum lemah

b Terpasang O2 nassal 2 lpm

c Pernafasan cupping hidung dan retraksi otot dada

d Tanda vital:

RR: 40x/menit, suhu: 38,0°C, nadi: 128x/menit

Assesment:

Masalah teratasi sebagian

Planning:

a, b, c, d dipertahankan

2. Diagnosa keperawatan dua

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas

Data subyektif:

Ibu mengatakan anaknya masih batuk dan pilek

Data obyektif:

- a. Keadaan umum lemah
- b. Terdapat suara nafas tambahan ronchi kanan kiri
- c. Terpasang O₂ nassal 2 lpm
- a. Pernafasan cuping hidung dan retraksi otot dada
- b. Batuk produktif dan sesak berkurang
- c. Rontgen: cor besar dalam batas normal, pulmo tampak bronkopneumonia pada paru
- d. Tanda vital:
RR: 40x/menit, suhu: 38,0°C, nadi: 128x/menit

Assesment:

Assesment:

Masalah teratasi sebagian

Planning:

Intervensi a, b, c, d, e, f, g dipertahankan

3. Diagnosa keperawatan tiga

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (jamur, virus, dan bakteri masuk alveoli terjadi peradangan).

Data subyektif:

Ibu mengatakan anaknya masih demam

Data obyektif:

- a. Keadaan umum lemah
- b. Wajah tampak kemerahan
- c. Akral terasa panas

d. Rewel

e. Leukosit 11.700 (normal 4.000-11.000)

f. Tanda vital:

RR: 40x/menit, suhu: 38,0°C, nadi: 128x/menit

Assesment:

Masalah belum teratasi

Planning:

Intervensi a, b, c, d, e dipertahankan

4. Diagnosa keperawatan empat

Kecemasan pada bayi berhubungan dengan tindakan keperawatan (injeksi dan nebulizer).

Data subyektif:

Ibu mengatakan bayinya masih takut saat perawat datang

Data obyektif:

a. Bayi masih rewel

b. Tidak ceria dan diam saja saat dihibur

Assesment:

Masalah belum teratasi

Planning:

Intervensi a, b, c, d dipertahankan

Tanggal 25 April 2014 pukul 07.10

1. Diagnosa keperawatan satu

Data Subyektif:

Ibu mengatakan bayinya sudah tidak sesak nafas

Data Oyektif:

a keadaan umum lemah

b Tanda vital:

RR: 30x/menit, suhu: 36,8°C, nadi: 116x/menit

Assesment:

Masalah teratasi

Planning:

a, b, c, d dipertahankan

2. Diagnosa keperawatan dua

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas

Data subyektif:

Ibu mengatakan bayinya masih batuk dan pilek

Data obyektif:

a. Keadaan umum lemah

b. Terdapat suara nafas tambahan ronchi

c. Batuk produktif berkurang dan sesak nafas hilang

d. Tidak terpasang O₂

e. Tanda vital:

RR: 30x/menit, suhu: 36,8°C, nadi: 116x/menit

Assesment:

Masalah teratasi sebagian

Planning:

Intervensi a, b, c, d, f, g dipertahankan

3. Diagnosa keperawatan tiga

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (jamur, virus, dan bakteri masuk alveoli terjadi peradangan).

Data subyektif:

Ibu mengatakan bayinya sudah tidak demam

Data obyektif:

- a. Keadaan umum lemah
- b. Akral teraba hangat
- c. Wajah tidak kemerahan
- d. Tanda vital:

RR: 30x/menit, suhu: 36,8°C, nadi: 116x/menit

Assesment:

Masalah teratasi

Planning:

Intervensi a, b, c, d, e dipertahankan

4. Diagnosa keperawatan tiga

Kecemasan pada bayi berhubungan dengan tindakan keperawatan (injeksi dan nebulizer).

Data subyektif:

Ibu mengatakan bayinya sudah tidak takut saat perawat datang

Data obyektif:

- a. Bayi mulai ceria

b. Bayi merespon saat dihibur

c. Tanda vital:

RR: 30x/menit, suhu: 36,8°C, nadi: 116x/menit

Assesment:

Masalah teratasi

Planning:

Intervensi a, b, c, d dipertahankan

Tanggal 26 April 2014 sekitar pukul 08.45 KRS