

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian keperawatan**

Hari Selasa tanggal 05 Mei 2015 jam 08.00 WIB

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

###### **1. Identitas klien**

Nama klien An. A umur 14 bulan, perempuan, suku Madura Indonesia, alamat Kampung Seng no.77 Surabaya, tanggal MRS 04 mei 2015, ruang zam-zam, diagnosa medis Bronkopneumonia, RM 081415

###### **2. Identitas orang tua**

Nama ayah Tn. S umur 40 tahun, laki-laki, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, agama Islam, suku Madura Indonesia, alamat Kampung Seng no.77 Surabaya.

Nama ibu Ny. R umur 38 tahun, pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan ibu rumah tangga, agama islam, alamat Kampung Seng no.77

###### **3. Keluhan utama**

Sesak

###### **4. Riwayat Kesehatan**

###### 1). Riwayat penyakit sekarang

Klien An.A umur 14 bulan datang bersama ibunya tanggal 04 Mei 2015 jam 11.00 WIB dengan keluhan batuk pilek, sesak sejak 1minggu yang lalu. Menurut ibu, klien batuk dari tanggal 28 april 2015, panas 3 hari anak tersebut dirumahnya gelisah, sehingga ibu pasien membawa ke IGD

RS. Muhammadiyah Surabaya dan dianjurkan untuk opname di ruang zam-zam. Saat ini An. A mengeluh sesak, batuk pilek, panas.

2). Riwayat kesehatan dahulu

(1) Perinatal care

Ibu klien mengatakan selama hamil melakukan 6 kali pemeriksaan kehamilan, tidak ada keluhan selama hamil, selama hamil riwayat minum obat vitamin penambah darah, kenaikan BB selama hamil naik 1 kg/bulan, selama hamil telah diimunisasi TT 2 kali,

(2) *Natal*

Ibu klien mengatakan tempat saat melahirkan klien di rumah bidan persalinannya spontan dan normal

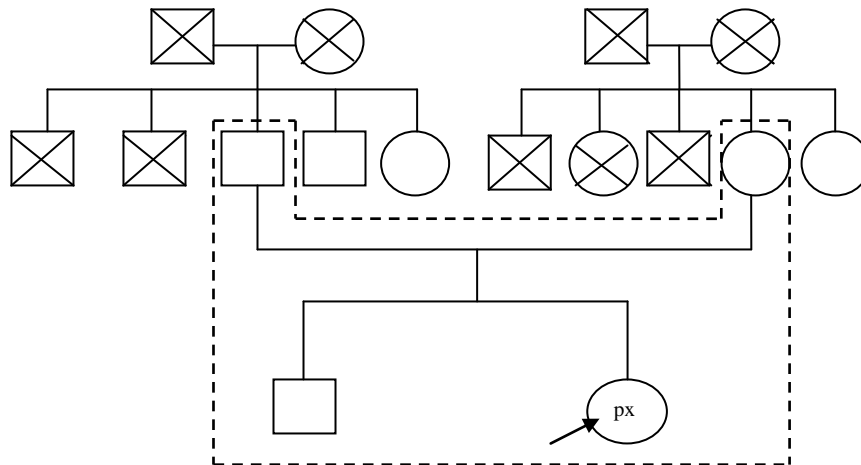
(3) *Post natal*

Ibu klien mengatakan kondisi bayi saat bersalin sehat, dan BB bayi 3000 gram, tidak ada masalah menyusui, penyakit yang pernah dialami anaknya yaitu batuk, demam, diare dan sesak nafas. Ibu klien mengatakan anaknya sudah ke-empat kalinya dirawat di rumah sakit.

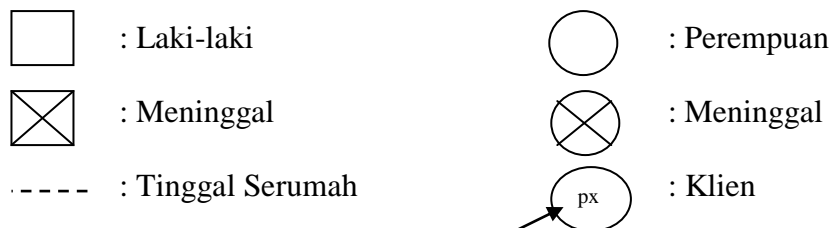
3). Riwayat kesehatan keluarga

Ibu klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan anaknya.

## 4). Genogram



## Keterangan:



## 5). Riwayat Imunisasi

Tabel 3.1 Riwayat Imunisasi

No.	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Reaksi Setelah Pemberian
1.	<i>BCG</i>	1 bulan	Muncul seperti bisul pada bekas imunisasi.
2.	<i>DPT (I, II, III)</i>	2, 4, 6 bulan	Demam dan bengkak pada bekas imunisasi
3.	<i>Polio (I,II,III,IV)</i>	Setelah lahir, 2, 4, dan 6 bulan	Tidak ada reaksi demam dan lain-lain
4.	<i>Campak</i>	9 bulan	Demam
5.	<i>Hepatitis</i>	Setelah lahir, 1 dan 6 bulan	Tidak ada demam

## 6). Riwayat tumbuh kembang

- a. Ibu klien mengatakan berat badan waktu lahir 3000 gram, berat badan sekarang 7 kg, waktu tumbuh gigi umur 7 bulan.

b. Perkembangan menurut DDST

1) Motorik Kasar

Ibu pasien mengatakan anak sudah mampu melangkah dan berjalan dengan baik

2) Motorik Halus

Ibu pasien mengatakan anak sudah bisa mencoba menyusun atau membuat menara kubus

3) Bahasa

Ibu pasien mengatakan anak mampu menyebut 3 kata dan mampu menunjukkan dua gambar.

7). Riwayat Nutrisi

Ibu klien mengatakan klien diberi ASI sejak lahir, pemberian ASI pada anaknya setiap kali menangis, dan dibantu susu formula dengan menggunakan dot, sudah 3 bulan anaknya diberikan susu formula. Ibu klien mengatakan pertama kali diberi makanan tambahan sejak umur 4 bulan, jenis bubur tim yang dibuat sendiri dan diberi pisang ambon

8). Riwayat Psikososial

Ibu klien mengatakan anaknya tinggal serumah dengan orang tuanya dirumah sendiri, lingkungan rumahnya berada dikota, hubungan antar keluarga harmonis, pengasuh anaknya yaitu orang tua dan neneknya

9). Aktivitas Sehari – Hari

Ibu klien mengatakan anaknya selalu diajak bermain ke rumah tetangganya.

10). Pemeriksaan fisik

(1). Keadaan umum klien : klien tampak lemah

(2). Tanda – tanda vital : suhu : 38,7° C nadi : 120x/menit RR : 42x/menit

(3). Antropometri

- a. Berat badan : 7 Kg
- b. Lingkar lengan atas : 14,75 cm
- c. Lingkar kepala : 44 cm
- d. Lingkar dada : 30 cm
- e. Lingkar perut : 32 cm

11). Pemeriksaan fisik

(1). Kepala dan leher

- a. Kepala : rambut hitam jarang, tidak ada lesi, tidak ada benjolan dan nyeri tekan
- b. Muka : Bentuk bulat, wajah pucat
- c. Mata : Bentuk simetris, kornea, penglihatan normal, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak odem
- d. Telinga : Bentuk simetris, tidak ada benjolan, telinga ada sedikit serumen
- e. Hidung : Terdapat bulu hidung, adanya sekret, ada pernapasan cuping hidung
- f. Mulut dan faring : tidak ada sariawan, tidak ada pembengkakan pada tonsil, lidah merah muda, tidak ada peradangan pada faring
- g. Leher : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe

(2). Thorak

- a. Inspeksi : Bentuk normal chest
- b. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan
- c. Perkusi : Terdengar suara redup

d. Auskultasi : Terdengar suara tambahan ( ronchi )

(3). Abdomen

a. Inpeksi : Bentuk perut buncit, tidak ada benjolan

b. Palpasi : Tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan

c. Perkusi : Terdengar timpani

d. Auskultasi : Bisig usus 10x/menit

(4). Inguinal, genital dan anus

Inguinal bersih, genital bersih, anus tidak ada hemoroid

(5). Integumen

Kulit sawo mateng, akral hangat, turgor kulit kembali >2 detik

12). Pemeriksaan Penunjang:

Hasil laboratorium pada tanggal 04 mei 2015 Pukul 13 : 10

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

<b>Jenis</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Normal</b>	<b>Satuan</b>
<i>WBC ( leukosit )</i>	6,4	4,5-11,0	x 10 <sup>3</sup> / ml
<i>RBC ( erytrosit )</i>	3,81	4,20-6,20	x 10 <sup>6</sup> / ml
<i>HGB ( hemoglobin )</i>	9,7	12,0-18,0	g/ dl
<i>HCT ( hematokrit )</i>	30,3	38,0-54,0	%
<i>MCV</i>	79,6	79,0-97,0	Fl
<i>MCH</i>	25,4	27,0-31,0	Pg
<i>MCHC</i>	32,0	32,0-36,0	g/ dl
<i>PLT</i>	236	150-450	x 10 <sup>3</sup> / ml

Hasil Foto Thorak :

Pulmo : Perselubungan kanan atas mengesankan pneumonic process

13). Terapi Saat Ini:

Infus D5 ¼ saline 750cc/24 jam

Obat: Drip colcancetin 3x 200g iv

Inj. Amoxan 3x200g iv

Sanmol drop 0,8 per 6jam

Ventolin 2x2,5mg

Bisolvon 3 tetes

O<sub>2</sub> lpm

Diet: bubur halus

## 5. Analisa Data

**Tanggal 05 mei 2015**

1). DS : Ibu klien mengatakan anaknya batuk pilek, sesak sejak 1 minggu yang lalu

DO : Klien batuk, terdengar suara napas tambahan ronchi, gelisah, hasil foto thorak : perselubungan kanan atas mengesankan pneumonic process

Kemungkinan penyebab : Peningkatan produksi sputum

Masalah : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

2). DS : Ibu klien mengatakan badan anaknya panas

DO : Klien panas suhu 38,7°C nadi : 120x/menit RR : 42x/menit, akral panas, mukosa bibir kering

Kemungkinan penyebab : Invasi mikroorganisme (Masuknya jamur, virus, bakteri ke alveoli)

Masalah : Hipertermi

- 3). DS : Ibu mengatakan cemas dengan kondisi anaknya
- DO : Ibu tampak cemas, gelisah, selalu bertanya pada perawat tentang kondisi anaknya dan cara perawatan anak
- Kemungkinan penyebab : Kurangnya pengetahuan ibu proses penyakit
- Masalah : Kecemasan

### **3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan Ibu klien mengatakan anaknya batuk pilek, sesak sejak 1 minggu yang lalu, RR 42x/menit, hasil foto thorax perselubungan kanan atas pneumonic process
2. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi dari mikroorganisme ditandai dengan Ibu klien mengatakan badan anaknya panas, suhu 38,7° C, mukosa bibir kering
3. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit ditandai dengan ibu mengatakan cemas dengan kondisi anaknya Ibu tampak cemas, gelisah, selalu bertanya pada perawat tentang kondisi anaknya.

### **3.3 Intervensi Keperawatan**

1. Diagnosa : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum
 

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 1x24 jam jalan nafas klien menjadi efektif dan bisa nafas dengan nyaman

Kriteria hasil :

  - a. Frekuensi pernafasan normal (30-40x/menit)
  - b. Anak bernafas tanpa menggunakan alat bantu nafas



c. Dapat bernafas dengan nyaman dan baik

Intervensi :

a. Lakukan hubungan saling percaya dengan ibu klien dan keluarga

Rasional : Membina hubungan baik dengan ibu klien dan keluarga

b. Observasi tanda-tanda vital ( suhu, nadi, RR )

Rasional : Mengetahui perkembangan klien

c. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan

Rasional : Keluarga dapat memahami dan mengerti akan tindakan yang akan dilakukan

d. Berikan nebulizer (bisolvon 3 tetes+ventolin 2,5mg) selama 15 menit.

Rasional : Dapat menghangatkan dan melembabkan mukosa pada jalan nafas

e. Berikan O<sub>2</sub> 2 lpm

Rasional : Membantu memenuhi kebutuhan jaringan didalam tubuh

f. Ajarkan keluarga melakukan fisioterapi dada (clupping, vibrasi, batuk efektif)

g. Libatkan orang tua dalam keperawatan / masalah kesehatan

Rasional : Akan menimbulkan sikap kooperatif dan meningkatkan

Hubungan kasih sayang

2. Diagnosa : Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan invasi dari micro organisme

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam suhu tubuh klien kembali normal

Kriteria hasil :

- a. Suhu tubuh normal ( $36^{\circ}\text{c} - 37^{\circ}\text{c}$ )
- b. Mukosa bibir lembab

Intervensi :

- a. Lakukan komunikasi terapeutik dengan orang tua  
Rasional : Membina hubungan baik dengan keluarga
- b. Observasi tanda-tanda vital (suhu, nadi, RR)  
Rasional : Mengetahui perkembangan kondisi klien
- c. Lakukan pengompresan air hangat pada daerah lipatan tubuh dan kepala bagian depan (dahi)  
Rasional : Menurunkan suhu tubuh secara konduksi melalui kulit
- d. Berikan pakaian tipis dan menyerap  
Rasional : Mempercepat proses penyerapan dan penguapan sehingga suhu tubuh menjadi cepat dalam penurunannya
- e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian anti piretik dan anti biotik  
Rasional : Untuk menurunkan suhu tubuh

3. Diagnosa : Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memahami penyakit

Kriteria hasil :

- a. Keluarga dapat menjelaskan dan mengerti tentang cara tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak

Intervensi :

- a. Lakukan komunikasi terapeutik dengan orang tua

Rasional : Membina hubungan baik dengan keluarga

- b. Jelaskan pada orang tua atau keluarga tentang semua tindakan yang diberikan dan tujuannya

Rasional : Keluarga mengerti maksud dan tujuan tindakan

- c. Libatkan orang tua dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

Rasional : Keluarga dapat mengerti tentang langkah-langkah dari tindakan keperawatan

- d. Ajarkan keluarga tentang tata laksana hidup sehat

Rasional : Mengurangi serta menanggulangi sakit yang diderita

### **3.4 Implementasi**

#### **1. Implementasi Diagnosa 1**

**Tanggal 05 mei 2015**

08.00 Melakukan komunikasi terapeutik dengan keluarga

Respon : keluarga menerima apa yang terjadi pada anaknya

08.15 Mengobservasi tanda-tanda vital (suhu, nadi, RR)

Respon : Suhu 38,7<sup>o</sup>c, Nadi 120x/menit, RR 42x/menit

08.20 Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan

Respon : keluarga memahami dan mengerti tindakan yang akan dilakukan

09.05 Melakukan nebulizer (ventolin 2,5mg+bisolvon 3tetes) selama 15 menit

Respon : terdengar suara tambahan ronchi

11.00 Memberikan O<sub>2</sub> 2 lpm melalui kanul nasal

Respon : klien tampak rileks untuk bernafas

11.30 mengajarkan keluarga fisioterapi dada (clupping, vibrasi, batuk efektif)

Respon : orang tua mengikuti gerakan yang dicontohkan

12.00 Melibatkan orang tua dalam keperawatan

Respon : orang tua mengerti apa yang telah dilakukan oleh perawat

12.00 Melakukan injeksi drip colcancetin 200g iv, inj.Amoxan 200g

Respon : Klien kooperatif, obat masuk

### **Tanggal 06 mei 2015**

08.20 Mengkaji keadaan klien, mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : klien tampak lemah, suhu 38<sup>o</sup>c, nadi 110x/menit, RR  
38x/menit

09.15 Memberi nebulizer

Respon : klien tampak lebih ringan

12.00 Mengkolaborasikan pemberian obat ( drip colcacetin 200g iv, sanmol  
0,8 ml)

Respon : obat masuk

### **Tanggal 07 mei 2015**

08.00 Mengkaji dan mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : Klien tampak segar, suhu 36,5<sup>o</sup>c, nadi 110x/menit, RR 38x/menit

09.10 Memberikan nebulizer

Respon : klien tampak lebih ringan bernafas

## **2. Implementasi Diagnosa 2**

### **Tanggal 05 mei 2015**

08.00 Melakukan komunikasi terapeutik dengan keluarga

Respon : keluarga menerima atas kondisi anaknya

08.20 Memberikan kompres dingin pada klien

Respon : klien terasa panas

08.30 Mengecek tetesan infus

Respon : Tetesan lancar

09.10 Mengajarkan keluarga untuk memberikan pakaian tipis

Respon : Keluarga mengerti

12.00 Mengkolaborasikan pemberian obat anti piretik (sanmol 0,8ml tiap 6 jam )

Respon : obat masuk

#### **Tanggal 06 mei 2015**

08.00 Mengobservasi tanda - tanda vital

Respon : suhu 38<sup>o</sup>c, nadi 110x/menit, RR 40x/menit

08.20 Mengkaji keadaan klien, mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : klien tampak lemah, suhu 38<sup>o</sup>c, nadi 110x/menit, RR  
40x/menit

09.00 Mengompres klien

Respon : klien panas

10.00 Mengajarkan ibu memberikan pakaian tipis

Respon : Ibu mengerti

12.00 Mengkolaborasi dalam pemberian obat

Respon : obat masuk

#### **Tanggal 07 mei 2015**

08.00 Melakukan pendekatan dengan keluarga klien

Respon : keluarga mengerti atas penjelasan perawat

08.15 Memberikan penjelasan pada keluarga tentang pemberian kopres

Respon : keluarga mengerti dan melakukannya

12.00 Mengkolaborasikan pemberian obat penurun panas.

### **3. Implementasi Diagnosa 3**

#### **Tanggal 05 mei 2015**

08.05 Memberikan penjelasan pada ibu dan keluarga tentang penyakitnya ( pengertian, penatalaksanaan)

Respon : Keluarga mengerti

09.00 mengajarkan keluarga tata laksana hidup sehat

Respon : keluarga memahami apa yang dijelaskan perawat

### **3.5 Evaluasi Keperawatan**

#### **1. Diagnosa 1**

#### **Tanggal 05 Mei 2015**

DS : Ibu klien mengatakan anaknya batuk pilek, sesak sejak 1 minggu yang lalu

DO : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan alat bantu nafas O2 kanul 2 liter/menit. Adanya ronchi. suhu : 38,7° C nadi : 120x/menit RR : 42x/menit

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi a,b,c,d,e,f,g,h dilanjutkan

#### **Tanggal 06 mei 2015**

DS : ibu mengatakan anaknya tidak sring batuk, sesaknya berkurang

DO : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan Batuk berkurang, peningkatan produksi sputum berkurang, sesak nafas menurun, penggunaan alat bantu nafas 2 liter/menit. Adanya ronchi. suhu 38°C, nadi 110x/menit, RR 38x/menit

Assesment : Masalah Keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi b,d,e,f,h ditingkatkan

### **Tanggal 07 mei 2015**

DS : ibu mengatakan anaknya tidak sering batuk, tidak sesak

DO : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan batuk tidak ada, sesak tidak ada, ronchi tidak ada. Suhu 36,5°C, nadi 110x/menit, RR 30x/menit

Assesment : Masalah teratasi

Planing : Intervensi dihentikan

## **2. Diagnosa 2**

### **Tanggal 05 mei 2015**

DS : Ibu klien mengatakan badan anaknya panas

DO : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan suhu : 38,7°C  
C nadi : 120x/menit RR : 42x/menit

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi a,b,c,d,e,f dilanjutkan

### **Tanggal 06 mei 2015**

DS : Ibu mengatakan anaknya masih panas

DO : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan suhu 38°C, nadi 110x/menit, RR 38x/menit

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi b,c,d,e,f ditingkatkan

### **Tanggal 07 mei 2015**

DS : ibu mengatakan anaknya tidak panas lagi

DO : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan Suhu  
36,5°c, nadi 110x/menit, RR 30x/menit

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dipertahankan

### **3. Diagnosa 3**

#### **Tanggal 05 mei 2015**

DS : Ibu mengatakan cemas dengan kondisi anaknya

DO : Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan Ibu tampak  
cemas, selalu bertanya pada perawat tentang kondisi anaknya

Assesment : Masalah belum teratasi

Planing : Intervensi a,b,c,d dilanjutkan

#### **Tanggal 06 mei 2015**

DS : Ibu mengatakan sudah mengerti tentang penyakitnya

DO : Setelah diberikan penjelasan ibu mengerti tentang penyakit klien

Assesment : Masalah teratasi

Planing : Intervensi dihentikan