

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

Di Ruang Edwlweis RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara dengan No. MR/CM 198582, pukul : 12:00 WIB tanggal 03 April 2023 terdapat klien bernama An. R berusia 18 bulan dengan diagnosa medis Pneumonia

#### **A. Pengkajian**

##### 1. Biodata pasien

- a Tanggal Masuk RS /pukul : 03 – 04 – 2023 / 10 : 00 WIB
- b Tanggal pengkajian/ pukul : 03 – 04 – 2023 / 12 : 00 WIB
- c Nama Inisial Klien : An. R
- d Umur : 18 bulan
- e Alamat : Kudus 01 / 01 penagan ratu abung timur
- f Jenis Kelamin : Laki – laki
- g Agama : Islam
- h Pendidikan : Belum Sekolah

##### 2. Biodata Penanggung Jawab

- a Nama Inisial klien : Tn.A
- b umur : 23 tahun
- c Alamat : Kudus 01 / 01 penagan ratu abung timur
- d Jenis Kelamin : Laki – laki
- e Agama : Islam
- f Pendidikan : SMP
- g Pekerjaan : Buruh

## B. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke IGD RSUD Handayani pada tanggal 03 April 2023 pada pukul 10:00 WIB dibawa oleh orang tuanya. Pada pengkajian tanggal 03 April 2023, nampak lemah, orang tua klien mengatakan demam sejak 2 hari yang lalu batuk dan pilek, mata merah, minum berkurang.

## C. Keluhan Utama saat pengkajian

Ibu klien mengatakan An. R nafasnya sesak dan sudah demam dari 2 hari yang lalu dan kulit tampak kemerahan An. R tampak lemah dan gelisah

## A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### 1. Penampilan Umum

Saat dilakukan pengkajian kesadaran klien kompos mentis E4V5M6 klien tampak gelisah, akral teraba hangat, tampak lemah N: 135 x / menit S: 38,0 C RR: 35x/menit

### 2. Pengkajian Respirasi

Saat dilakukan pengkajian ibu mengatakan klien ada dahak ketika batuk dan susah dikeluarkan, suara nafas terdengar wheezing, sputum klien tampak berlebih saat klien batuk, klien tampak gelisah, klien tampak susah untuk bernafas, klien tidak terpasang O2

### 3. Pengkajian Sirkulasi

Saat dilakukan pengkajian didapat N:135 x/menit tidak ada bradikardi, tidak ada pendarahan, tidak ada oliguri, berat badan tidak meningkat, pengisian kapiler kurang dari 3 detik

### 4. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil bb klien : 7,2 kg pb klien : 70 cm setelah dilakukan perhitungan menggunakan *z score* hasil BB / U = - 3,7

kg (berat badan kurang) , ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun dari porsi bubur tim yang biasanya di berikan klien hanya mampu menghabisnya separuh dari porsi biasanya yaitu dengan menggunakan mangkuk makan bayi klien, klien meminum susu formula dan ibu klien mengatakan susu yang di berikan dengan dot ukuran 120 ml tersisa 40 ml dalam botol, tidak ada diare dan terpasang intravena NS, ibu klien mengatakan nafsu makan menurun sejak sakit.

#### 5. Pengkajian Eliminasi

Saat dilakukan pengkajian didapatkan ibu An. R mengatakan klien tidak dapat menahan BAK dan selama perawatan An. R tidak mampu menahan BAB juga, klien menggunakan pempers selama perawatan, ibu klien mengatakan warna urin klien dipempers berwarna kuning, ibu klien mengatakan konsistensi BAB klien padat.

#### 6. Pengkajian aktivitas dan istirahat

Saat dilakukan pengkajian didapatkan klien tampak cemas saat bergerak, ibu klien megatakan mengeluh klien sulit tidur , ibu klien mengatakan tidur klien terbangun – bangun, aktivitas klien hanya di tempat tidur, klien tampak rewel dan menangis saat perawatan.

#### 7. Pengkajian Neurosensori

Saat dilakukan pengkajian didapatkan data tidak ada cedera medulla spinalis, tidak ada keluhan sakit kepala, klien batuk setelah makan atau minum, klien tampak tidak menghabiskan susu.

#### 8. Pengkajian Nyeri dan kenyamanan

Saat dilakukan pengkajian di dapatkan klien tampak gelisah, tampak menangis

#### 9. Pengkajian Psikologis

Pada saat pengkajian terlihat klien tampak gelisah, kontak mata bagus dan menangis

#### 10. Pengkajian Tumbuh Kembang

Pertumbuhan fisik klien tidak terganggu, status gizi klien belum mencukupi dengan berat badan klien 7,2 kg dalam umur 18 bulan dalam hitungan menggunakan *z score* dengan berat median 10,9 kg dalam umur 18 bulan, dengan lingkaran kepala 50 cm, klien tidak memiliki kelainan genetik / kongenital, klien sudah mulai bisa berdiri, klien sudah bisa memanggil ibunya dengan sebutan bu, klien sudah bisa memegang sendok makannya.

#### 11. Pengkajian Kebersihan Diri

Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, klien tampak hanya bisa berbaring di tempat tidur aktivitas di bantu oleh ibunya

#### 12. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Tidak terdapat cedera, luka, patah tulang ataupun luka bakar yang terjadi pada An. R

#### 13. Pengobatan

An. R mendapatkan

Tabel 3. 1

Daftar obat An.R Tanggal 03 – 05 April 2023

Nama Obat	Dosis	Pemberian
IVRD DS $\frac{1}{4}$ NS 6 – 8 TPM	500 cc	IV
Ceftriaxone	350 mg / 12 Jam	IV
Tyarax	30 mg / 24 jam	IV
Nebu Suprasma	2.5 mg / 8 jam	Nebulizer
As. Valproat	50 ml / 12 jam	Oral
Paracetamol drop	15 ml / 8 jam	Oral
Sabutamol	0,4 ml / 6 jam	Oral
LFX minidose	1 tts	Tetes

#### 14. Pemeriksaan Diagnostik

Rontgen Thorax PA tanggal 3 april 2023 dengan hasil gambaran paru tampak putih/berawan

### 15. Hasil Laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 03 – April - 2023 pukul : 15 : 07 WIB

Tabel 3. 2  
Hasil Laboratorium An. R diruang Edelweis  
Rumah Sakit Handayani Kotabumi Lampung Utara

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1.	Trombosit	264.000	150 – 400.000 ul
2.	Hematokrit	34 %	40 – 50 %
3.	Eritrosit	4,18 jt	4,5 – 5,5 jt
4.	Leukosit	13,900 sel / mm <sup>3</sup>	4.500 – 18.000 sel / mm <sup>3</sup>
5.	Hemoglobin	11.2 mg / dl	9 – 14 mg / dl
6.	Gula Darah Sewaktu	97 mg / dl	70 – 144 mg / dl

### B. Analisa Data

Tabel 3. 3  
Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi</li> <li>Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien terlihat gelisah</li> <li>klien tampak menangis</li> <li>Terdengar suara nafas wheezing</li> <li>kliem tampak susah bernafas</li> <li>N : 135 x / m</li> <li>RR : 35 x/ m</li> </ol>	<p>Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif</p>	<p>Hipersekresi Jalan Nafas</p>

1	2	3	4
2.	Ds : 1. Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu 2. ibu klien mengatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang Do : 1. Akral klien teraba hangat 2. Kulit terlihat kemerahan 3. S : 38,0 c	Hipertermia	Proses Penyakit
3.	Ds : 1. ibu klien mengatakan anaknya tidak bisa tidur dan terbangun bangun Do : 1. Klien tampak lemah 2. klien terlihat cemas saat bergerak	Gangguan Pola Tidur	Kurang Kontrol Tidur
4.	Ds : 1. Ibu klien mengatakan anaknya susah untuk minum susu 2. Ibu klien mengatakan nafsu makan menurun sejak sakit Do : 1. Klien tampak lemah 2. Terlihat susu formula Klien tidak habis 3. BB : 7,2 kg LK : 50 cm	Resiko Defisit Nutrisi	Faktor Psikologis ( keengganan untuk makan )

## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada kasus An. R dengan pneumonia

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas di buktikan dengan Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi, Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan , Klien terlihat gelisah, klien tampak menangis, Terdengar suara nafas wheezing, klien tampak susah bernafas N : 1305 x / m RR : 35 x/ m
2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu ibu klien megatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang Akral klien teraba hangat, Kulit terlihat kemerahan S : 38,0 c
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dd ibu klien mengatakan tidur An.R sering terbangun, klien tampak lesu, klien tampak lemah, klien tampak
4. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ( keenganan untuk makan ) dd ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya menurun, susah untuk meminum susu, klien tampak lemah, klien tampak lemas, terdapat susu formula klien tampak tidak habis.

Prioritas diagnosa Keperawatan pada kasus An. R berdasarkan (PPNI, 2017)

1. Bersihan jalan nafas tudak efektif bd hipersekresi jalan nafas di buktikan dengan Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi, Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan , klien terlihat gelisah, klien tampak menangis, terdengar suara nafas wheezing, klien tampak susah bernafas N : 130 x / m RR : 35 x/ m.
2. Hipertermia bd proses penyakit dibuktikan dengan Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu ibu klien megatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang akral klien teraba hangat, kulit terlihat kemerahan S : 38,0 c.
3. Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur dd ibu klien mengatakan tidur An.R sering terbangun, klien tampak lesu, klien tampak lemah.

### C. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 4  
Rencana Keperawatan Kasus Pneumonia

DIAGNOSA KEPERAWATAN ( SDKI )	TUJUAN KRITERIA HASIL ( SLKI )	RENCANA KEPERAWATAN ( SIKI )
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas di buktikan dengan Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi, Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan , Klien terlihat gelisah, klien tampak menangis, Terdengar suara nafas wheezing, klien tampak susah bernafas N : 130 x / m RR : 35 x/ m	Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Wheezing menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nafas membaik 6. Pola nafas membaik	Manajemen jalan nafas Observasi 1. Monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas ) 2. Monitor bunyi nafas tambahan ( mis wheezing) 3. Monitor sputum ( jumlah warna aroma ) Teraupetik 1. Posisikan semi fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Lakukan fisioterapi dada, (jika perlu) 4. Berikan oksigen jika perlu Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu ibu klien megatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang Akral klien teraba hangat, Kulit	Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Kulit memerah menurun 2. Pucat menurun	Manajemen Hipertermia Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia ( mis dehidrasi ) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin





1	2	3
terlihat kemerahan S : 38,0 c	3. Suhu tubuh membaik 4. Suhu kulit membaik	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Berikan cairan oral 4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami keringat dingin 5. Berikan oksigen, jika perlu  Edukasi 1. Anjurkan tirah baring  Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur dd ibu klien mengatakan tidur An.R sering terbangun, klien tampak lesu, klien tampak lemah.	Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan pola tidur membaik 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun	Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur ( fisik / psikologis ) Teraupetik 1. Modifikasi lingkungan ( mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( mis. Pijat pengaturan posisi, akupresur ) Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidak cukup selama sakit


## D. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 5  
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3	4
1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas di buktikan dengan Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi, Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan , Klien terlihat gelisah, klien tampak menangis, Terdengar suara nafas wheezing, kliem tampak susah bernafas N : 130 x / m RR : 35 x/ m	<p>Hari / tanggal : Senin, 03 -04 – 2023 pukul: 13 : 00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengamati pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas )</li> <li>2. Mendengarkan bunyi nafas tambahan ( mis wheezing)</li> <li>3. Memberikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>4. Menganjurkan meminum air hangat</li> <li>5. Memberikan oksigen jika perlu</li> <li>6. Menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari ( Intravena NS 6 – 8 tpm dan oral )</li> <li>7. Mengajarkan teknik batuk efektif</li> <li>8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi</li> <li>2. Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien terlihat gelisah</li> <li>2. klien tampak menangis</li> <li>3. Terdengar suara nafas wheezing</li> <li>4. kliem tampak susah bernafas</li> <li>5. N : 135 x / m</li> <li>6. RR : 35 x/ m</li> </ol> <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah Belum Teratasi</li> </ol> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas )</li> <li>2. Monitor bunyi nafas tambahan ( mis wheezing)</li> <li>3. Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>4. Berikan minuman hangat</li> <li>5. Berikan oksigen jika perlu</li> <li>6. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari ( Intravena RL 6 – 8</li> </ol>


1	2	3	4
		<p>Nebu Suprasma 2,5 mg / 8 jam</p>	<p>tpm dan Oral )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ajarkan teknik batuk efektif</li> <li>8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu Nebu Suprasma</li> </ol> <p style="text-align: center;">   yunika </p>
2.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu ibu klien megatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang Akral klien teraba hangat, Kulit terlihat</p>	<p>Hari / tanggal :  Senin, 03 -04 – 2023 pukul:  13:10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia ( mis dehidrasi )</li> <li>2. Mengukur suhu tubuh</li> <li>3. Menyediakan lingkungan yang dingin</li> <li>4. Memberikan cairan oral</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu</li> <li>2. Ibu klien mengatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akral klien teraba hangat</li> <li>2. Kulit terlihat kemerahan</li> <li>3. S : 38,0 c</li> </ol>


1	2	3	4
	kemerahan S : 38,0 c	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami keringat dingin</li> <li>6. Memberikan oksigen, jika perlu</li> <li>7. Menganjurkan tirah baring</li> <li>8. Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu               <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Ceftriaxone 350 mg / 12 jam Iv</li> <li>2 Tyarax 30 mg/ 24 jam iv</li> <li>3 As. Valproat 50 mg / 12 jam oral</li> <li>4 Paracetamol drop 15 ml / 8 jam oral</li> <li>5 Sabutamol 0,4 ml / 6jam oral</li> </ol> </li> </ol>	<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah Belum Teratasi</li> </ol> <p>A :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>Manajemen Hipertermia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia ( mis dehidrasi )</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> <li>4. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>5. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>6. Berikan cairan oral</li> <li>7. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami keringat dingin</li> <li>8. Berikan oksigen, jika perlu</li> <li>9. Anjurkan tirah baring</li> </ol> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Yunika</p>

1	2	3	4
3.	<p>Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur dd ibu klien mengatakan tidur An.R sering terbangun, klien tampak lesu, klien tampak lemah.</p>	<p>Hari / tanggal :            Senin, 03 -04 – 2023 pukul: 13 : 20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur ( fisik / psikologis )</li> <li>3. Memodifikasi lingkungan ( mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>4. Mengatur posisi semi fowler atau fowler Menjelaskan kepada ibu klien pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ol>	<p>S :            1. ibu klien mengatakan anaknya tidak bisa tidur dan terbangun bangun</p> <p>O :            1. Klien tampak lemah            2. klien terlihat cemas saat bergerak</p> <p>A :            Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>Dukungan Tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur ( fisik / psikologis )</li> <li>3. Teraupetik</li> <li>4. Modifikasi lingkungan ( mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>5. Jelaskan pentingnya tidak cukup selama sakit</li> </ol> <div style="text-align: center;">             Yunika         </div>


Catatan Perkembangan hari ke 2

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3	4
1.	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas di buktikan dengan Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi, Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan , Klien terlihat gelisah, klien tampak menangis, Terdengar suara nafas wheezing, klien tampak susah bernafas N : 135 x / m RR : 30 x/ m</p>	<p>Hari / Tanggal : Selasa , 04 – April – 2023 Pukul : 09 : 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengamati pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas )</li> <li>2. Mendengarkan bunyi nafas tambahan ( mis wheezing)</li> <li>3. Memberikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>4. Melakukan fisioterapi dada, (jika perlu)</li> <li>5. Memberikan oksigen jika perlu</li> <li>6. Menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari ( Intravena NS 6 – 8 tpm dan oral )</li> <li>7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu Nebu Suprasma 2,5 mg / 8 jam</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan nafas sudah mulai membaik tetapi masih berbunyi</li> <li>2. Ibu klien mengatakan dahak klien sudah sedikit keluar</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien terlihat gelisah</li> <li>2. klien tampak menangis Terdengar suara nafas wheezing</li> <li>3. N : 125 x / m RR : 28 x/ m</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nafas membaik</li> <li>2. Wheezing membaik</li> <li>3. Seputum menurun</li> </ol> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas )</li> <li>2. Monitor bunyi nafas tambahan ( mis wheezing)</li> <li>3. Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>4. Berikan minuman hangat</li> <li>5. Berikan oksigen jika perlu</li> </ol>


1	2	3	4
			<p>6. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari ( Intravena NS 6 – 8 tpm dan Oral )</p> <p>7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu Nebu Suprasma k/p</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Yunika</p>
2.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu ibu klien megatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang Akral klien teraba hangat, Kulit terlihat kemerahan S : 38,0 c</p>	<p>Hari / Tanggal : Selasa , 04 – April – 2023 Pukul : 09 : 15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur suhu tubuh</li> <li>2. Menyediakan lingkungan yang dingin</li> <li>3. Melonggarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>4. Memberikan cairan oral</li> <li>5. Memberikan oksigen, jika perlu</li> <li>6. Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jila perlu,             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ceftriaxone 350 mg / 12 jam Iv</li> <li>2. Tyarax 30 mg/ 24 jam iv</li> <li>3. As. Valproat 50 mg / 12 jam oral</li> </ol> </li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak terasa demam</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akral klien teraba hangat</li> <li>2. S : 37 ,0 c</li> </ol> <p>P :</p> <p>Masala Teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu Tubuh membaik</li> <li>2. Kulit memerah menurun</li> </ol> <p>A :</p> <p>Lanjutkan Intervensi Manajemen Hipertermia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ol>



1	2	3	4
		4. Paracetamol drop 15 ml / 8 jam	3. Sediakan lingkungan yang dingin
		<p>oral</p> <p>5. Sabutamol 0,4 ml / 6jam oral</p>	<p>4. Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>5. Berikan cairan oral</p> <p>6. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Yunika</p>
3.	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur dd ibu klien mengatakan tidur An.R sering terbangun, klien tampak lesu, klien tampak lemah.	<p>Hari / Tanggal : Selasa , 04 – April – 2023 Pukul : 09 : 25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur ( fisik / psikologis )</li> <li>3. Memodifikasi lingkungan ( mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( mis.</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa tertidur cukup lama</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah tertasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sulit tidur menurun</li> <li>2. Sering Terjaga menurun</li> </ol> <p>P :</p> <p>Lantutkan Intervensi</p>



1	2	3	4
		Pijat, pengaturan posisi, akupresur ) 5. Mengatur posisi semi fowler atau fowler  6. Menjelaskan kepada ibu klien pentingnya tidur cukup selama sakit	Dukungan Tidur 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur ( fisik / psikologis ) 3. Modifikasi lingkungan ( mis. Pencahayaan,
			4. kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( mis. Pijat pengaturan posisi, akupresur ) 6. Jelaskan pentingnya tidak cukup selama sakit   Yunika

Hari / Tanggal : Rabu, 05 – April – 2023 Pukul : 14: 00

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3	4
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas di buktikan dengan Ibu klien mengatakan nafas klien susah dan berbunyi, Ibu klien mengatakan ada dahak ketika klien batuk dan susah di keluarkan , Klien terlihat gelisah, klien tampak menangis, Terdengar suara nafas wheezing, kliem tampak susah bernafas N : 130 x / m RR : 30 x/ m	Hari / Tanggal : Rabu, 05 – April – 2023 Pukul : 13 : 15 WIB 1. Memberikan posisi semi fowler atau fowler 2. Menganjurkan meminum air hangat	S : 1. Ibu klien mangatakan nafas anaknya sudah baik  O : 1. Nafas anak terlihat lega 2. N : 100 x / m RR : 25 x/ m  A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi   Yunika
2.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan Ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu ibu klien	Hari / Tanggal : Rabu, 05 – April – 2023 Pukul : 13 : 25 WIB 1. Mengukur suhu tubuh 2. Menyediakan lingkungan yang dingin melonggarkan atau	S : 1. ibu klien mengatakan sudah tidak demam O : 1. S : 36,8 c A: Masalah Teratasi

1	2	3	4
.	<p>megatakan kulit klien tampak kemerahan dan minum berkurang Akral klien teraba hangat, Kulit terlihat kemerahan S : 38,0 c</p>	<p>lepasakan pakaian 3. Memberikan cairan oral 4. Menganjurkan tirah baring</p>	<p>P : Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Yunika</p>
3.	<p>Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur dd ibu klien mengatakan tidur An.R sering terbangun, klien tampak lesu, klien tampak lemah.</p>	<p>Hari / Tanggal : Rabu, 05 – April – 2023 Pukul : 13 : 40</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur posisi semi fowler atau fowler</li> <li>2. Menjelaskan kepada ibu klien pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa tidur</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lebih segar</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah tertatasi</p> <p>P :</p> <p>Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Yunika</p>

