

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Tabel 3.1
Identitas Pasien

IDENTITAS KLIEN	Pasien
Nama Pasien	An. T
Tanggal lahir/Umur	04 Juni 2010/ 12 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pendidikan	Sekolah dasar
Nama Ayah	Tn. F
Umur	31 tahun
Agama	Islam
Pekerjaan	Tani
Pendidikan	SMP
Nama Ibu	Ny. Y
Umur	29 tahun
Agama	Islam
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	SMP

2. Riwayat Penyakit

a. Riwayat Masuk UGD/BP

Pasien masuk BP diantar keluarganya dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu, berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga didapatkan pasien memiliki riwayat bronkopneumonia, hasil TTV : S: 38°C, RR : 28x/menit, N : 110x/menit.

b. Keluhan utama

Sesak Nafas, Pasien mengatakan mengalami bronkopneumonia sejak satu tahun yang lalu, klien mengatakan nafa sesak dan sulit bernafas, seperti terikat dengan sangat kuat, klien bersihan jalan

nafas tidak normal karena ada dahak yang sulit di keluarkan, terdapat pernafasan cuping hidung pada saat dilakukan pengkajian didapatkan S: 37,9°C, RR : 27x/menit, N : 102x/menit

c. Keluhan penyerta

Demam, Ibu klien mengatakan anaknya demam jika malam hari, Demam mereda pada siang hari

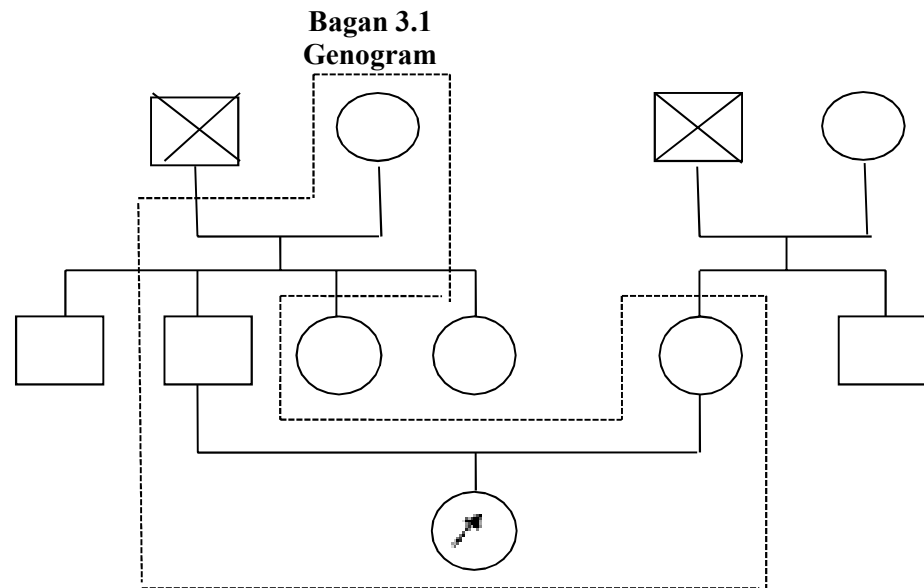
d. Riwayat penyakit dahulu

Ibu pasien mengatakan anaknya pernah mengalami diare 4 bulan yang lalu, namun tidak sampai dirawat di Rumah Sakit, pernah demam 3 kali, sering mengalami batuk pilek, tidak pernah mimisan, anaknya belum pernah dirawat di Rumah Sakit dan baru pertama kali ini dirawat di Rumah Sakit, tidak memiliki riwayat kecelakaan dan operasi.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien merupakan anak pertama dan tinggal bersama kedua orangtuanya, dan nenek. Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit berat seperti Hipertensi, DM, TBC dll.

3. Genogram



4. Perubahan Pola Kesehatan (Pendekatan Sistem)

a. Pola Manajemen Kesehatan

Keluarga mengatakan mengetahui apa penyakit yang sedang diderita pasien, tetapi tidak mengetahui cara pencegahan dan perawatannya, saat sakit keluarga langsung membawa pasien ke puskesmas.

b. Pola Cairan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya minum 4-6 gelas/hari dengan jumlah 1000cc

Saat sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya merasa haus bibir anaknya kering. Pasien minum 2-3 gelas/hari 500cc/hari

c. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya makan 3x/hari (pagi,siang, sore),pasien menghabiskan setiap makanannya, dengan menu nasi, lauk sayur dan terkadang buah

Saat sakit : Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun, ibu klien mengatakan anaknya makan 2 kali/hari (pagi dan sore), pasien hanya makan 3 sendok dari yang telah disediakan, pasien terlihat lemas, dan tidak mau makan. Jenis makanan bubur, sayur, lauk pauk, dan buah. Tidak terdapat alergi makanan.

d. Pola Eliminasi

sebelum sakit :

BAK : Ibu pasien mengatakan anaknya buang air kecil 3-4 kali/hari, warna kuning muda, berbau khas, tidak ada keluhan pada saat buang air kecil.

BAB : Ibu pasien mengatakan anaknya buang air besar 1 kali/hari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan, Tidak ada keluhan saat buang air besar.

Saat sakit :

BAK : Ibu pasien mengatakan anaknya buang air kecil 2 sampai 3 kali/hari 600 ml, warna kuning, berbau khas, tidak ada keluhan pada saat buang air kecil.

BAB : Ibu pasien mengatakan anaknya buang air besar 2 kali/hari dengan konsistensi cair, warna kecoklatan, bau busuk. Tidak ada keluhan saat buang air besar.

Balance Cairan

IWL: 10-15 ml/kg/bb

$31 \text{ kg} \times 10 = 310 \text{ ml}$

Intake minum = 1000 cc

Out put: IWL + urine = $310 + 600\text{cc} = 910\text{cc}$

Intake- out put

$1000 - 910 = -90 \text{ cc}$

e. Pola Istirahat

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya tidur malam selama 6-7 jam, tidur siang 1 jam, tidak terdapat keluhan tidur.

Saat sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya tidur malam selama 7 jam, tidur siang 1 jam, pasien mudah terbangun karena berisik

f. Pola Hygine

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya mandi 2x/hari menggosok gigi dan mencuci rambut.

Saat sakit : Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien hanya dilap dengan kain basah. Pasien tidak menggosok gigi. Rambut pasien belum dicuci selama dirawat. Pasien tidak dibersihkan kukunya.

g. Pola Aktivitas

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan anaknya beraktivitas sekolah, dipagi hari dan bermain setelah pulang sekolah

Saat sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak banyak beraktivitas, lebih sering berbaring diatas tempat tidur.

5. Pemeriksaan fisik (Pendekatan Head to Toel Pendekatan Sistem)

Tabel 3.2
Pemeriksaan Fisik

Observasi	Pasien
Suhu	37,9°C
Denyut Jantung	102 kali/menit
Nadi	27 kali/menit
Tensi	15 (E: 4, V: 5, M: 6)
Pernafasan	126 cm
Berat Badan	33 kg
Tinggi badan	31 kg
BB sebelum sakit	
BB saat sakit	
Pemeriksaan Khusus :	
Kepala	Posisi kepala simetris, warna rambut klien hitam, tidak ada benjolan dan rambut klien bersih dan tidakrontok.
Wajah	Tidak ada pigmentasi/bercak hitam pada muka, tidak ada edema pada muka.
Mata	Posisi mata simetris antara kanan dan kiri, kelopak mata normal, konjungtiva ananemis, kornea normal, sclera anikterik, pupilisokor.
Mulut	Keadaan mulut klien bersih, mukosa bibir basah, tidak terdapat caries gigi, tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan.
Telinga	Simetris, tidak ada cairan yang keluar dan

	tidak ada gangguan pendengaran.
Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan pembesaran vena jungularis.
DaerahDada	Posisi dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada benjolan pada payudara, nafas dalaman dan cepat, terdapat suara nafas tambahan
Abdomen	Tidak ada bekas luka, perut bersih bising usus 12x/menit, saat di perkusi terdengar suara timpani
Genetalia	Tidak dikaji
Ektremitas	tidak ada varises tungkaikaki Reflek patela : Kanan : positif Kiri :positif Tonus otot : $\begin{array}{c} 5 5 \\ 5 5 \end{array}$
Anus	Anus bersih, tidak ada kemerahan dan Tidak ada pembesaran hemoroid.

B. Data Fokus

Data Subjektif :

1. Pasien mengatakan memiliki keluhan utama Sesak Nafas
2. Pasien mengatakan mengalami bronkopneumonia sejak satu tahun yang lalu
3. klien mengatakan nafas sesak dan suit bernafas,
4. Pasien mengatakan sesak seperti terikat dengan sangat kuat
5. Ibu klien mengatakan anaknya demam jika malam hari
6. Ibu klien mengatakan Demam mereda pada siang hari

Data Objektif :

1. S: 37,8°C, RR : 27x/menit, N : 102x/menit
2. nafas kedalaman dan dangkal,
3. terdapat suara nafas tambahan,
4. Klien bersihan jalan nafas tidak normal karena ada dahak yang sulit di keluarkan
5. Terdapat pernafasan cuping hidung
6. S : 37,9°C

C. Analisa Data

Tabel 3.3
Analisa Data

Data	Etiologi	Diagnosa
DS :		
1. Pasien mengatakan memiliki keluhan utama Sesak Nafas	Produksi secret berlebih	Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Pasien mengatakan mengalami bronkopneumonia sejak satu tahun yang lalu		
3. klien mengatakan nafas sesak dan sulit bernafas,		
4. Pasien mengatakan sesak seperti terikat dengan sangat kuat,		
DO :		
5. S: 37,8°C, RR : 27x/menit, N : 102x/menit		
6. nafas kedalaman dan dangkal,		
7. terdapat suara nafas tambahan,		
8. Klien bersihan jalan nafas tidak normal karena ada dahak yang sulit di keluarkan		
9. Terdapat pernafasan cuping hidung		

DS :	Peningkatan metabolisme	Ketidak efektifan termoregulasi
1. Ibu klien mengatakan anaknya demam jika malam hari		
2. Ibu klien mengatakan Demam mereda pada siang hari		
DO :		
3. S : 37,9°C		
DS :	Nafsu makan menurun	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
1. Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun		
2. ibu klien mengatakan anaknya makan 2 kali/hari (pagi dan sore)		
3. Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan 3 sendok dari yang telah disediakan		
DO:		
4. pasien terlihat lemas		
5. pasien tidak mau makan.		

D. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Produksi secret berlebih
2. Ketidak efektifan termoregulasi berhubungan dengan Peningkatan metabolisme.
3. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Nafsu makan menurun

E. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Produksi secret berlebih	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pola nafas tidak efektif mengalami perbaikan dengan Kriteria Hasil : 1. Frekuensi nafas dalam rentang normal 2. Irama pernafasan teratur 3. Kedalaman inspirasi normal 4. Tidak ada suara nafas tambahan 5. Tidak ada retraksi dinding dada	<i>Observasi</i> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <i>Terapeutik</i> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical) 5. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum 10. Penghisapan endotrakeal 11. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 12. Berikan oksigen, jika perlu 13. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 14. Lakukan inhalasi minyak kayu putih 15. Ajarkan dan instruksikan bagaimana agar biasakan melakukan batuk efektif 16. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas 17. penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot <i>Edukasi</i> 18. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi. 19. Ajarkan teknik batuk efektif 20. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi posisi <i>semifowler</i> 21. Ajarkan terapi komplementer inhalasi dengan uap minyak kayu putih

		<i>Kolaborasi</i> Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
2.	Ketidak efektifan termoregulasi berhubungan dengan Peningkatan metabolisme	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan hipertermia</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima dan kehilangan panas 2. Seimbang antara produksi panas, panas yang diterima dan kehilangan panas 3. Keseimbangan asam basa bayi baru lahir 4. Temperature stabil 36,5-37C 5. Tidak ada demam 6. Tidak ada perubahan warna kulit 7. Glukosa arah stabil 8. Pengendalian resiko : hipertermi 9. Pengendalian resiko : proses menular 10. Pengendalian resiko : paparan sinar matahari
		<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator). 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor pengeluaran urin. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan lingkungan yang dingin. 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 6. Lakukan kompres <i>water tapid sponge</i> 7. Berikan cairan oral. 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh. 9. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksilla). <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.
3.	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Nafsu makan menurun	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan darimenelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
		<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara

-
- menarik dan suhu yang sesuai
12. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu
 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
17. Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
-

F. Implementasi Keperawatan

**Tabel 3.5
Implementasi Keperawatan**

Diagnose keperawatan	Hari ke 1 06 November 2023		Hari ke 2 07 November 2023		Hari ke 3 08 November 2023	
	Waktu	Tindakan	Waktu	Tindakan	Waktu	Tindakan
Bersihkan jalan nafas tidak efektif	10.00	1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi R : klien mengatakan nyaman jika di posisikan semifowler H : klien diposisikan setengah duduk (semifowler)	09.30	1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi R : klien mengatakan lebih mudah bernafas dengan posisi setengah duduk H : klien di posisikan semifowler	09.00	1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi R : klien mengatakan selalu memposisikan semifowler H : klien terlihat selalu dalam posisi semifowler
	10.05	2. Lakukan inhalasi minyak kayu putih	09.35	2. Lakukan inhalasi minyak kayu putih	09.05	2. Lakukan inhalasi minyak kayu putih
	10.15	R : klien mengatakan nyaman saat di Lakukan inhalasi minyak kayu putih H : klien terlihat lebih tenang	09.45	R : klien mengatakan nyaman Lakukan inhalasi minyak kayu putih H : klien terlihat lebih mudah bernafas	09.20	R : klien mengatakan keluarganya sudah Lakukan inhalasi minyak kayu putih setelah di edukasi perawat H : klien menjadi lebih mudah bernafas
	10.20	3. Ajarkan dan instruksikan bagaimana agar biasakan melakukan	09.50	3. Ajarkan dan instruksikan bagaimana agar	09.25	3. Ajarkan dan instruksikan

	10.25	<p>napas dalam R : klien mengatakan belum bisa melakukan teknik nafas dalam H : teknik nafas dalam yang dilakukan belum maksimal</p>	10.00	<p>biasakan melakukan nafas dalam R : klien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam H : klien dapat melakukan teknik nafas dalam dengan baik</p>	09.35	<p>bagaimana agar biasakan melakukan nafas dalam R : klien mengatakan sering melaksanakan teknik nafas dalam secara mandiri H : klien terlihat sudah dapat melakukan teknik nafas dalam</p>
	10.35	<p>4. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas R : klien mengatakan masih sesak H : RR : 27x/menit, nafas cepat dan dangkal</p> <p>5. Penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot R : klien mengatakan masih sulit bernafas H : klien menggunakan otot diafragma untuk membantu pernafasan</p> <p>6. Monitor suara nafas tambahan</p>	10.10	<p>4. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas R : klien mengatakan masih merasa sesak tapi sudah lebih baik dibandingkan sebelumnya H : RR : 24x/menit, nafas masih terlihat cepat</p> <p>5. penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot R : klien mengatakan masih sulit bernafas H : klien masih menggunakan otot diafragma untuk membantu bernafas</p>	09.45	<p>4. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas R : klien mengatakan terkadang masih merasa sesak H : RR : 22x/menit, nafas sudah mulai teratur</p> <p>5. penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot R : klien mengatakan sudah mulai nyaman dalam bernafas H : nafas klien terlihat lebih teratur</p> <p>6. Monitor suara nafas tambahan</p>

		<p>R : klien mengatakan sudah lama mengalami suara serak</p> <p>H : terdengar suara Mengik</p> <p>7. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi</p> <p>R : klien mengatakan sudah minum obat yang d berikan</p> <p>H : Paracetamol (Oral), salbutamol (Oral)</p>		<p>6. Monitor suara nafas tambahan</p> <p>R : klien mengatakan suara nafas masih ada</p> <p>H : terdengar suara mengik</p>		<p>R : klien mengatakan suara nafas terkadang masih terdengar</p> <p>H : terdapat suara mengik namun tidak massif</p>
--	--	---	--	--	--	---

G. Eleveluasi Keperawatan

Tabel 3.6
Evaluasi Keperawatan

Diagnoasa Keperawatan	Evaluasi		
	Hari ke 1 06 November 2023/ 10.30 WIB	Hari ke 2 07 November 2023/ 10.15 WIB	Hari ke 3 08 November 2023/ 09.45 WIB
Bersihan jalan nafas tidak efektif	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan nyaman jika di posisikan semifowler 2. klien mengatakan nyaman saat di lakukan inhalasi minyak kayu putih 3. klien mengatakan belum bisa melakukan teknik nafas dalam 4. klien mengatakan masih sesak 5. klien mengatakan masih sulit bernafas 6. klien mengatakan sudah lama mengalami suara mengik 7. Klien mengatakan sudah meminum obat yang diberikan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. klien diposisikan setengah duduk (semifowler) 9. klien terlihat lebih tenang 10. teknik nafas dalam yang dilakukan 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan lebih mudah bernafas dengan posisi setengah duduk 2. klien mengatakan nyaman dilakukan inhalasi minyak kayu putih 3. klien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam 4. klien mengatakan masih merasa sesak tapi sudah lebih baik dibandingkan sebelumnya 5. klien mengatakan masih sulit bernafas 6. klien mengatakan suara nafas masih ada 7. Klien mengatakan sudah meminum obat yang diberikan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. klien di posisikan semifowler 9. klien terlihat 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan selalu memposisikan semifowler 2. klien mengatakan keluarganya sudah melakukan inhalasi minyak kayu putih setelah di edukasi perawat 3. klien mengatakan sering melaksanakan teknik nafas dalam secara mandiri 4. klien mengatakan terkadang masih merasa sesak 5. klien mengatakan sudah mulai nyaman dalam bernafas 6. klien mengatakan suara nafas terkadang masih terdengar 7. Klien mengatakan sudah meminum obat yang diberikan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. klien terlihat selalu dalam posisi

	<p>belum maksimal</p> <p>11. RR : 27x/menit, nafas cepat dan dangkal</p> <p>12. klien menggunakan otot diafragma untuk membantu pernafasan</p> <p>13. terdengar suara mengik</p> <p>14. terapi yang di berikan Paracetamol (Oral), salbutamol (Oral)</p> <p>A : Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>2. Lakukan inhalasi minyak kayu putih</p> <p>3. Ajarkan dan instruksikan bagaimana agar biasakan melakukan nafas dalam</p> <p>4. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas</p> <p>5. penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot</p> <p>6. Monitor suara nafas tambahan</p>	<p>lebih mudah bernafas</p> <p>10. klien dapat melakukan teknik nafas dalam dengan baik</p> <p>11. RR : 24x/menit, nafas masih terlihat cepat</p> <p>12. klien masih menggunakan otot diafragma untuk membantu bernafas</p> <p>13. terdengar suara mengik</p> <p>A : Masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>2. Lakukan inhalasi minyak kayu putih</p> <p>3. Ajarkan dan instruksikan bagaimana agar biasakan melakukan nafas dalam</p> <p>4. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas</p> <p>5. penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot</p> <p>6. Monitor suara nafas tambahan</p>	<p>semifowler</p> <p>9. klien menjadi lebih mudah bernafas</p> <p>10. klien terlihat sudah dapat bernafas dengan baik</p> <p>11. RR : 22x/menit, nafas sudah mulai teratur</p> <p>12. nafas klien terlihat lebih teratur</p> <p>13. terdapat suara mengik namun tidak massif</p> <p>A : Masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>
--	---	--	--