

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN
BRONKOPNEUMONIA YANG DIRAWAT DI
RUMAH SAKIT**



OLEH :

FEBRIANA INDAH SARI

NIM. P07220117049

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA**

2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN
BRONKOPNEUMONIA YANG DIRAWAT DI
RUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH:

FEBRIANA INDAH SARI

NIM: P07220117049

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari KTI orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun, baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 9 Mei 2020

Yang menyatakan

Febriana Indah Sari
P07220117049

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 12 MEI 2020

Oleh
Pembimbing

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd
NIDN : 4023126901

Pembimbing Pendamping

Rus Andraini, A.Kp,MPH
NIDN : 4006027101

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.
NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan
Bronkopneumonia Yang Dirawat Di Rumah Sakit

Telah diuji
Pada tanggal 12 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat (.....)
NIDN. 4013106302

Penguji Anggota :

1. **Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd** (.....)
NIDN. 4023126901

2. **Rus Andraini, A.Kp., MPH** (.....)
NIDN. 4006027101

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 196508251985503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Pribadi :

1. Nama Lengkap : Febriana Indah Sari
2. Tempat Tanggal Lahir : Bontang 15 Februari 1999
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jalan Ruhui Rahayu II RT.02 No.104
6. Email : Febrianaindah02@gmail.com

B. Identitas Orang Tua :

1. Nama Ayah/Ibu : Eddyansyah/Hamsinah
2. Pekerjaan : Swasta/Ibu Rumah Tangga
3. Alamat : Jalan Ruhui Rahayu II RT.02 No.104

C. Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2004-2005 : TK Kartika V-66
2. Tahun 2005-2011 : SD Negeri 012 Balikpapan
3. Tahun 2011-2014 : SMP Negeri 18 Balikpapan
4. Tahun 2014-2017 : SMA Negeri 4 Balikpapan
5. Tahun 2017-2020 : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan



Halaman Persembahan

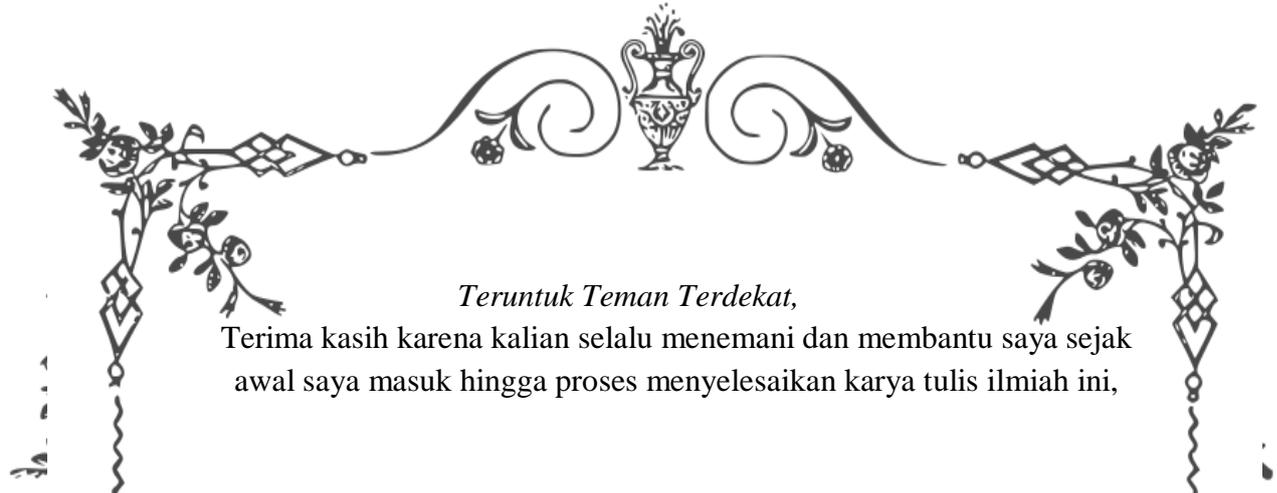
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT
Yang telah melimpahkan Rahmat, Taufiq, dan Hidayah-Nya sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW. Saya persembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat saya kasahi dan saya sayangi

Teruntuk Orang Tua dan Adik ku Tersayang,
Ayah dan Ibu yang selalu memberikan semangat dan dukungan selama kuliah tiga tahun ini, selalu sabar menghadapi saya, selalu mensupport. Untuk Ayah dan Ibu tersayang terimakasih sudah menjadi tempatku berkeluh kesah selama kuliah dan untuk adik ku terimakasih sudah menghiburku dikala bosan dan jenuh dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Teruntuk Dosen Pembimbing,
Ibu Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd dan Ibu Rus Andraini, A.Kp., MPH, terimakasih saya ucapkan karena telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membantu membimbing saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Teruntuk Dosen Keperawatan,
Terimakasih telah membimbing saya dengan sabar dalam 3 tahun ini serta ilmu dan pengalaman berharga yang akan selalu berguna dikemudian hari.



Teruntuk Teman Terdekat,
Terima kasih karena kalian selalu menemani dan membantu saya sejak awal saya masuk hingga proses menyelesaikan karya tulis ilmiah ini,

bekerja bersama walaupun terkadang berbeda urusan, selalu saling menyemangati, dan paling mengerti saya dikelas.

Teruntuk Squad Anak Cantik

Yang merupakan keluarga kedua selama kuliah, terimakasih sudah mengisi masa akhir kuliah dimulai sejak peminatan KTI semester 5, yang terkadang kalian terlalu lucu hingga membuat perut saya sakit karena tertawa dan kolaborasi kerja yang totalitas sehingga membuat saya termotivasi dalam mengerjakan segala tugas, dan terimakasih untuk semangat dan motivasinya selama kuliah, semoga sukses selalu untuk kalian.

Teruntuk Keperawatan Angkatan Enam,

Untuk teman – teman seperjuangan angkatan 6 Keperawatan Balikpapan yang sudah menjadi bagian dari keluarga saya. Terimakasih telah memberikan dukungan dan motivasi yang tidak bisa saya ucapkan satu persatu, tanpa dukungan kalian saya tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini walaupun ada Pandemi Covid-19 ini kita semua dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah. Saya akan rindu berkumpul bersama dengan kalian semua.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah (KTI) dalam bentuk *literature review* dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Balikpapan dengan judul “ Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Bronkopneumonia Yang Dirawat Di Rumah Sakit” tepat pada waktunya.

Pada penyusunan KTI penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam

penyusunan KTI ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
2. Hj. Umi kalsum,S.Pd., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
3. Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
4. Ns.Grace Carol Sipasulta, M.kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
5. Ns.Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan KTI.
6. Rus Andraini, A.Kp, M.PH selaku Pembimbing II dalam menyelesaikan KTI.
7. Para dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Teman-teman mahasiswa/i Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan.

Meskipun telah berusaha menyelesaikan penelitian ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa penelitian ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu,

penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan penelitian ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga proposal penelitian ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Balikpapan, 7 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN BRONKOPNEUMONIA”

Bronkopneumonia (Pneumonia lobaris) adalah suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang melibatkan bronkus/bronkiolus yang berupa distribusi berbentuk bercak-bercak (*patchy distribution*) yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur, dan benda asing. Bronkopneumonia sebagai kematian tertinggi anak balita, melebihi penyakit-penyakit lain seperti campak, malaria serta *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan studi kasus asuhan keperawatan pada klien anak dengan Bronkopneumonia

Metode penelitian yang digunakan adalah metode studi *literature review* dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan mengambil dua kasus klien anak dengan bronkopneumonia. Metode pengambilan data melalui identifikasi, menginterpretasi dan menganalisis dari 2 sumber pustaka. Teknik pengumpulan data menggunakan studi literature.

Berdasarkan analisa data diperoleh kesamaan dan kesenjangan antara 2 sumber kasus, terdapat persamaan diagnosa yang muncul antara kedua klien, yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, resiko infeksi dan ansietas. Kemudian 2 diagnosa yang hanya muncul pada klien 1 adalah resiko jatuh dan defisit pengetahuan. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung. Evaluasi pada klien 1 yaitu 4 diagnosa teratasi dan 1 diagnosa belum teratasi, sedangkan pada klien 2 masalah belum teratasi.

Kesimpulan dalam penelitian ini ialah berdasarkan data klien ditemukan adanya kesenjangan dan kurangnya penggalian terhadap keluhan pasien sehingga dalam penegakan diagnose masih terdapat data kurang menunjang. Kedepannya diharapkan agar dapat melakukan pengkajian yang menyeluruh dengan tepat dan akurat. Serta dalam pengolahan data lebih teliti lagi agar asuhan keperawatan yang dilakukan dapat terlaksana dengan baik sesuai dengan kebutuhan klien

Kata Kunci : Bronkopneumonia, Asuhan Keperawatan, Anak, *Literature Review*

ABSTRACT

CHILDREN'S NURSING CARE WITH BRONCOPNEUMONIA "

Bronchopneumonia (pneumonia lobaris) is an acute lower respiratory tract infection of the lung parenchyma involving the bronchi / bronchioles in the form of (*patchy distribution patchy distribution*) caused by various etiologies such as bacteria, viruses, fungi, and foreign bodies. Bronchopneumonia as the highest mortality of children under five, surpassing other diseases such as measles, malaria and *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). The purpose of this study is to describe a case study of nursing care for a child client with Bronchopneumonia

The research method used is a study method *literature review* with a nursing care approach by taking two cases of child clients with bronchopneumonia. The method of collecting data through identification, interpretation and analysis from 2 sources of literature. Data collection techniques using literature studies.

Based on the analysis of the data obtained the similarity and gap between the two sources of cases, there is a diagnostic equation that appears between the two clients, namely ineffective airway clearance, risk of infection and anxiety. Then 2 diagnoses that only appear on client 1 are a risk of falling and a knowledge deficit. Planning and implementation are supported by supporting facilities and facilities. Evaluation on client 1 is 4 diagnoses resolved and 1 diagnosis has not been resolved, while on client 2 problems have not been resolved.

The conclusion in this study is based on client data found a gap and lack of excavation of patient complaints so that in the diagnosis there are still insufficient data. In the future, it is expected to be able to carry out a thorough and accurate assessment. And the data processing is more thorough so that nursing care can be carried out properly according to client needs

Keywords: Bronchopneumonia, Nursing Care, Children, *Literature Review*

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------------|
| Halaman Sampul Depan | |
| Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat | i |
| Halaman Pernyataan | ii |
| Halaman Persetujuan | iii |
| Halaman Pengesahan | iv |
| Daftar Riwayat hidup | v |

| | |
|------------------------------|-------|
| Lembar Persembahan | vi |
| Halaman Kata Pengantar | viii |
| Abstrak | x |
| Daftar Isi | xii |
| Daftar Gambar | xv |
| Daftar Bagan | xvi |
| Daftar Tabel | xvii |
| Daftar Lampiran | xviii |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|---------------------------------|---|
| A. Latar Belakang Masalah | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Manfaat Penelitian | 6 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|--|----|
| A. Konsep Dasar Bronkopneumonia | 7 |
| 1. Pengertian | 7 |
| 2. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan | 7 |
| 3. Etiologi | 10 |
| 4. Klasifikasi | 11 |
| 5. Manifestasi Klinis | 12 |
| 6. Patofisiologi | 12 |
| 7. Pemeriksaan Penunjang | 15 |
| 8. Penatalaksanaan | 15 |

| | |
|---|----|
| 9. Komplikasi | 16 |
| B. Masalah Keperawatan..... | 17 |
| 1. Pengertian Masalah Keperawatan | 17 |
| 2. Komponen Masalah Keperawatan | 17 |
| 3. Faktor yang Berhubungan..... | 18 |
| 4. Pathway Bronkopneumonia..... | 19 |
| 5. Masalah Keperawatan Bronkopneumonia..... | 20 |
| C. Asuhan Keperawatan Bronkopneumonia | 28 |
| 1. Pengkajian | 29 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 31 |
| 3. Intervensi Keperawatan | 32 |
| 4. Implementasi Keperawatan | 42 |
| 5. Evaluasi Keperawatan | 43 |
| D. Konsep Keperawatan Anak..... | 42 |
| 1. Pertumbuhan dan Perkembangan..... | 43 |
| 2. Paradigma Keperawatan Anak..... | 47 |
| 3. Prinsip Keperawatan Anak | 50 |
| 4. Batasan Usia Anak | 52 |
| 5. Peran Perawat Anak | 52 |
| 6. Hospitalisasi..... | 55 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|---------------------------------------|----|
| A. Pendekatan/Desain Penelitian | 63 |
| B. Subyek Penelitian | 63 |

| | |
|--|----|
| C. Definisi Operasional | 63 |
| D. Lokasi dan Waktu Penelitian | 64 |
| E. Prosedur Penelitian | 64 |
| F. Metode dan Instrument Pengumpulan Data..... | 65 |
| G. Keabsahan Data | 65 |
| H. Analisa Data | 66 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN – LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernapasan | 7 |

DAFTAR BAGAN

| | Halaman |
|---|---------|
| Bagan 2.1 Pathway Bronkopneumonia | 19 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 4.1 Hasil Anamnesis..... | 68 |
| Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik..... | 72 |
| Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang | 74 |
| Tabel 4.4 Terapi | 75 |
| Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan | 75 |
| Tabel 4.6 Perencanaan Keperawatan | 77 |
| Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Subjek 1 | 80 |
| Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Subjek 2 | 81 |
| Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan Subjek 1 | 82 |
| Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan Subjek 2 | 88 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Literature* studi kasus Asuhan Keperawatan dengan judul Asuhan Bronkopneumonia Pada An. A di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta

Lampiran 2 *Literature* studi kasus Asuhan Keperawatan dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia di RSUD Wonosari

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak merupakan generasi penerus bangsa yang diharapkan akan membawa bangsa menuju bangsa yang maju. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun (Soediono, 2014).

Anak merupakan masa dimana organ-organ tubuhnya belum berfungsi secara optimal sehingga anak lebih rentan terhadap penyakit. Salah satu penyakit yang sering menyerang anak adalah bronkopneumonia (Marini, 2014).

Bronkopneumonia merupakan penyebab kematian terbesar pada balita di Indonesia. Diperlukan asuhan keperawatan yang berkualitas dalam merawat anak dengan bronkopneumonia (deswita et.al, 2019).

Bronkopneumonia merupakan radang yang menyerang paru-paru dimana daerah konsolidasi atau area putih pada paru-paru terdapat cairan atau seluler yang tersebar luas disekitar bronkus dan bukan bercorak lobaris (Wijaya & Putri, 2013). Bronkopneumonia dapat dijumpai pada bayi dan anak dibawah usia 6 tahun. Istilah untuk Bronkopneumonia digunakan dalam menggambarkan pneumonia yang mempunyai pola penyebaran berbercak, teratur dalam satu atau lebih area

terlokalisasi di dalam bronki dan meluas ke parenkim paru (Smeltzer & Bare, 2013).

Bronkopneumonia merupakan radang dari saluran pernapasan yang terjadi pada bronkus sampai dengan alveolus paru. Bronkopneumonia merupakan salah satu bagian dari penyakit Pneumonia. Bronkopneumonia (Pneumonia lobaris) adalah suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang melibatkan bronkus/bronkiolus yang berupa distribusi berbentuk bercak-bercak (*patchy distribution*) yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur, dan benda asing (Samuel, 2015).

Bronkopneumonia biasanya sering ditemui pada anak dan bayi, karena pada anak dan bayi system imun tubuhnya belum kuat inilah yang menyebabkan virus, bakteri, jamur, protozoa dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh. Bronkopneumonia biasanya sering disebabkan oleh bakteri streptokokus pneumonia dan Hemofilus influenza yang sering ditemukan pada dua pertiga dari hasil isolasi. Bronkopneumonia ditandai dengan gejala demam tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dan dangkal (adanya ronki basah), muntah, diare, batuk kering dan produktif (Dicky & Wulan, 2017).

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO), sekitar 800.000 hingga 2 juta anak meninggal dunia tiap tahun akibat bronkopneumonia. Bahkan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) dan WHO menyebutkan bronkopneumonia sebagai kematian tertinggi anak balita, melebihi penyakit-penyakit lain seperti campak, malaria serta *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

(AIDS). Pada tahun 2017 bronkopneumonia setidaknya membunuh 808.694 anak di bawah usia 5 tahun (WHO, 2019).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018, lima provinsi yang mempunyai insiden bronkopneumonia balita tertinggi adalah Nusa Tenggara Barat (6,38%), Bangka Belitung (6,05%), Kalimantan Selatan (5,53%), Sulawesi Tengah (5,19%) Gorontalo (4,84%). Sedangkan prevalensi di Kalimantan Timur (2,86%) (Kemenkes RI, 2018).

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2018 jumlah kasus bronkopneumonia balita tertinggi yang ditemukan dan di tangani terdapat pada kota Bontang (138,9%), kota Balikpapan sebesar (2,15%), dan Penajam Paser Utara (63,64%) (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2018).

Masalah keperawatan yang lazim muncul pada anak yang mengalami Bronkopneumonia yaitu gangguan pertukaran gas, ketidakefektifan bersihan jalan napas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktivitas, dan resiko ketidakseimbangan elektrolit (Nurarif & Kusuma, 2016).

Tingginya kasus anak yang mengalami Bronkopneumonia, menunjukkan pentingnya pemberian intervensi yang tepat untuk menangani permasalahan yang ditimbulkan oleh Bronkopneumonia. Bronkopneumonia pada anak berfokus pada pengkajian dan pemeriksaan fisik untuk melihat tanda-tanda adanya gangguan pernafasan yaitu berupa diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas yang berupa sianosis, gelisah, pernafasan cuping hidung, dan pola nafas abnormal (PPNI, 2017).

Empiema, otitis media akut, atelektasis, emfisema, dan meningitis merupakan komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit Bronkopneumonia (Nurarif & Kusuma, 2016).

Upaya yang penting dalam penyembuhan dengan perawatan yang tepat merupakan tindakan utama dalam menghadapi pasien bronkopneumonia untuk mencegah komplikasi yang lebih fatal dan diharapkan pasien dapat segera sembuh kembali. Intervensi keperawatan utama adalah mencegah ketidakefektifan jalan nafas. Agar perawatan berjalan dengan lancar maka diperlukan kerja sama yang baik dengan tim kesehatan yang lainnya, serta dengan melibatkan pasien dan keluarganya (Nurarif & Kusuma, 2016).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan terdapat ruang perawatan anak Flamboyan C pada tanggal 13 Januari 2020 dari bulan Agustus 2019 hingga Januari 2020 sebanyak 8 kasus.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Bronkopneumonia Yang Dirawat Di Rumah Sakit.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian penelitian ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada klien dengan Bronkopneumonia ”?

C. Tujuan

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami secara komprehensif

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami Bronkopneumonia
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah agar peneliti dapat menegakkan diagnosa dan intervensi dengan tepat untuk klien dengan masalah keperawatan pada sistem pernafasan, khususnya dengan klien anak yang mengalami Bronkopneumonia, sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

2. Bagi Tempat Penelitian

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi masukan atau saran dalam merencanakan asuhan keperawatan pada klien Bronkopneumonia

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada klien Bronkopneumonia

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

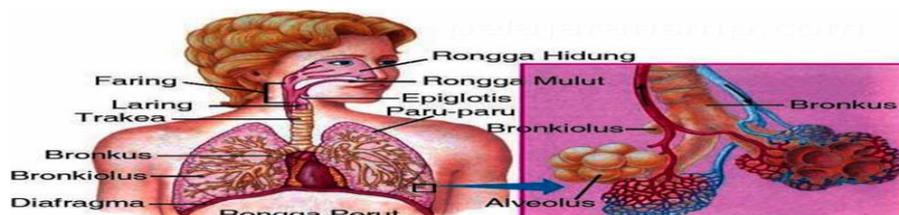
A. Konsep Dasar Bronkopneumonia

1. Definisi

Bronkopneumonia merupakan radang yang menyerang paru-paru dimana daerah konsolidasi atau area putih pada paru-paru terdapat cairan atau seluler yang tersebar luas disekitar bronkus dan bukan bercorak lobaris (Wijaya & Putri, 2013).

Bronkopneumonia merupakan radang dari saluran pernapasan yang terjadi pada bronkus sampai dengan alveolus paru. Bronkopneumonia merupakan salah satu bagian dari penyakit Pneumonia. Bronkopneumonia (pneumonia lobaris) adalah suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang melibatkan bronkus/bronkiolus yang berupa distribusi berbentuk bercak-bercak (*patchy distribution*) yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur, dan benda asing (Samuel, 2015).

2. Anatomi fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernapasan
Sumber: Torwoto & Ayani (2009)

a. anatomi

Dengan bernafas setiap sel dalam tubuh menerima persediaan oksigennya dan pada saat yang sama melepaskan produk oksidasinya. Oksigen yang bersenyawa dengan karbon dan hydrogen dari jaringan memungkinkan setiap sel melangsungkan sendiri proses metabolismenya, yang berarti pekerjaan selesai dan hasil buangan dalam bentuk karbondioksida dan air dihilangkan (Pearce,2016).

Menurut Wijayaningsih (2013) Sistem pernapasan terdiri atas :

1) Hidung

Merupakan saluran udara yang pertama, berfungsi mengalirkan udara ke dan dari paru-paru. jalan nafas ini berfungsi sebagai penyaring kotoran dan melembabkan serta menghangatkan udara yang dihirupkan ke dalam paru-paru.

2) Faring atau tenggorokan

Struktur seperti tuba yang menghubungkan hidung dan rongga mulut ke laring. Faring dibagi menjadi tiga : nasofaring, orofaring, dan laringofaring.

3) Laring atau pangkal tenggorokan

Struktur epitel kartilago yang menghubungkan faring dan trakea. Fungsi utama faring adalah untuk memungkinkan terjadinya vokalisasi, melindungi jalan nafas bawah dan obstruksi benda asing dan memudahkan batuk.

Trakea atau batang tenggorokan Merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16-20 cincin yang dari tulang-tulang rawan.

4) Bronkus atau batang tenggorokan

Merupakan lanjutan dari trakea terdiri dari bronkus kiri dan kanan.

5) Paru – paru

Merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung alveoli. Paru-paru dibagi menjadi 2 bagian yaitu : paru-paru kanan dan kiri,dimana paru-paru kanan terdiri dari 3 lobus dan paru-paru kiri terdiri dari 2 lobus.

b. fisiologis

Proses pernapasan paru merupakan pertukaran oksigen dan karbondioksida yang terjadi pada paru-paru.proses ini terjadi dari tiga tahap yaitu :

1) Ventilasi

Ventilasi merupakan proses keluar dan masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer. Ada dua gerakan pernapasan yang terjadi sewaktu pernapasan,yaitu inspirasi dan ekspirasi.inspirasi atau menarik nafas adalah proses aktif yang diselenggarakan oleh kerja otot. Kontraksi diafragma meluaskan rongga dada dari atas sampai ke bawah,yaitu vertical. Peninggian iga-iga dan sternum meluaskan rongga dada kedua sisi dan dari depan ke belakang.pada ekspirasi,udara dipaksa keluar oleh pengendoran otot dan

karena paru-paru kempis kembali, disebabkan sifat elastik paru-paru itu. Gerakan-gerakan ini adalah proses pasif. Proses ventilasi dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu adanya perbedaan tekanan antara atmosfer dengan paru, adanya kemampuan thoraks dan paru pada alveoli dalam melaksanakan ekspansi, reflex batuk dan muntah

2) Difusi gas

Difusi gas merupakan pertukaran antara oksigen di alveoli dengan kapiler paru dan CO₂ di kapiler dengan alveoli. Proses pertukaran dipengaruhi oleh beberapa factor, yaitu luasnya permukaan paru, tebal membrane respirasi, dan perbedaan tekanan dan konsentrasi O₂.

3) Transportasi gas

Transportasi gas merupakan proses pendistribusian O₂ kapiler ke jaringan tubuh dan CO₂ jaringan ke kapiler. Transportasi gas dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu curah jantung (*kardiak output*), kondisi pembuluh darah, latihan (*exercise*), eritosit dan Hb.

3. Etiologi

Secara umum bronkopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernafasan yang terdiri atas: reflek glottis dan batuk, adanya lapisan mukus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ, dan sekresi humoral setempat.

Timbulnya bronkopneumonia disebabkan oleh bakteri virus dan jamur, antara lain: (Nurarif & Kusuma, 2015)

- a. Bakteri: *Streptokokus*, *Stafilokokus*, *Haemophilus influenza*, dan *Klebsiela*.
- b. Virus: *Legionella Pneumoniae*.
- c. Jamur/fungi: *Aspergillus Spesies*, *Candida Albicans*.
- d. Aspirasi makanan, sekresi orofaringeal atau isi lambung ke dalam paru-paru.
- e. Terjadi kongesti paru yang lama.

4. Klasifikasi

Menurut (Rahajoe & Nastini, 2010) klasifikasi dari bronkopneumonia sebagai berikut :

- a. Bronkopneumonia sangat berat: bila terjadi sianosis sentral dan anak tidak sanggup minum, maka anak harus dirawat di rumah sakit dan diberi antibiotik.
- b. Bronkopneumonia berat: bila dijumpai retraksi tanpa sianosis dan masih sanggup minum, maka anak harus dirawat di rumah sakit dan diberi antibiotik.
- c. Bronkopneumonia: bila tidak ada retraksi tetapi dijumpai pernafasan yang cepat yakni >60 x/menit pada anak usia kurang dari dua bulan; >50 x/menit pada anak usia 2 bulan-1 tahun; >40 x/menit pada anak usia 1-5 tahun.

- d. Bukan bronkopneumonia: hanya batuk tanpa adanya gejala dan tanda seperti di atas, tidak perlu dirawat dan tidak perlu diberi antibiotik.

5. Manifestasi Klinis

Menurut Wijayaningsih (2013) tanda dan gejala penyakit bronkopneumonia sebagai berikut :

- a. Biasanya didahului infeksi pernapasan atas
- b. Demam (39° - 40° C) kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi
- c. Anak sangat gelisah, dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernafas dan batuk
- d. Pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut
- e. Kadang-kadang disertai muntah dan diare
- f. Adanya bunyi tambahan pernafasan seperti ronchi, wheezing
- g. Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia apabila infeksiya serius
- h. Ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mokus yang menyebabkan atelectasis absorbs

6. Patofisiologi

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronchopneumonia yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan broncus dan alveolus dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan

sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual. Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatu proses peradangan yang meliputi empat stadium (Wijayaningsih, 2013) yaitu :

a. Stadium I (4 – 12 jam pertama/kongesti)

Disebut hyperemia, mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi. Hiperemia ini terjadi akibat pelepasan mediator-mediator peradangan dari sel-sel mast setelah pengaktifan sel imun dan cedera jaringan. Mediator-mediator tersebut mencakup histamine dan prostaglandin. Degranulasi sel mast juga mengaktifkan jalur komplemen. Komplemen bekerja sama dengan histamin dan prostaglandin untuk melemaskan otot polos vaskuler paru dan peningkatan permeabilitas kapiler paru. Hal ini mengakibatkan perpindahan eskudat plasma ke dalam ruang interstisium sehingga terjadi pembengkakan dan edema antar kapiler oleh oksigen dan karbondioksida maka perpindahan gas ini dalam darah paling berpengaruh dan sering mengakibatkan saturasi oksigen hemoglobin.

b. Stadium II /hepatitasi (48 jam berikutnya)

Disebut hepatitasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (host) sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena menjadi padat oleh karena adanya penumpukkan leukosit, eritrosit dan cairan, sehingga

warna paru menjadi merah dan pada perabaan seperti hepar, pada stadium ini udara alveoli tidak ada atau sangat minimal sehingga anak akan bertambah sesak, stadium ini berlangsung sangat singkat, yaitu selama 48 jam

c. Stadium III/hepatitasi kelabu (3-8 hari)

Disebut hepatitasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi diseluruh daerah yang cidera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit dialveoli mulai diresorpsi, lobus masih tetap pada karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti.

d. Stadium IV/resolusi (7-11 hari)

Disebut juga stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukkan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi produktif, ronchi positif dan mual. Bila penyebaran kuman sudah menjadi alveolus maka komplikasi yang terjadi adalah kolaps alveoli, fibrosis, emfisema dan atelectasis. Kolaps alveoli akan mengakibatkan penyempitan jalan nafas, sesak nafas, dan nafas ronchi. Fibrosis bisa menyebabkan penurunan fungsi paru dan penurunan produksi surfaktan sebagai pelumas yang berfungsi untuk melembabkan rongga fleura. Emfisema (tertimbunya cairan atau pus dalam rongga paru) adalah

tindak lanjut dari pembedahan. Atelektasis mengakibatkan peningkatan frekuensi nafas, hipoksemia, asidosis respiratori, pada klien sianosis, dispnea dan kelelahan yang akan mengakibatkan terjadinya gagal nafas.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pasien bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Pemeriksaan darah
 - 2) Pemeriksaan sputum
 - 3) Analisa gas darah
 - 4) Kultur darah
 - 5) Sampel darah, sputum, urin
- b. Pemeriksaan Radiologi
 - 1) Rontgenogram
 - 2) Laringoskopi/ bronkoskopi

8. Penatalaksanaan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien bronkopneumonia antara lain :

- a. Menjaga kelancaran pernafasan
- b. Kebutuhan Istirahat

Pasien ini sering hiperpireksia maka pasien perlu cukup istirahat, semua kebutuhan pasien harus ditolong ditempat tidur

- c. Kebutuhan Nutrisi dan cairan

Pasien bronkopneumonia hampir selalu mengalami masukan makanan yang kurang. Suhu tubuh yang tinggi selama beberapa hari dan masukan cairan yang kurang dapat menyebabkan dehidrasi. Untuk mencegah dehidrasi dan kekurangan kalori dipasang infus dengan cairan glukosa 5% dan NaCl 0,9%

d. Mengontrol suhu tubuh

e. Pengobatan

Pengobatan diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi. Akan tetapi, karena hal itu perlu waktu dan pasien perlu terapi secepatnya maka biasanya diberikan penisilin ditambah dengan Clod

9. Komplikasi

Menurut Wijayaningsih (2013) komplikasi dari penyakit bronkopneumonia sebagai berikut :

a. Atelektasis adalah pengembangan paru-paru yang tidak sempurna atau kolaps paru yang tidak sempurna atau kolaps paru merupakan akibat kurangnya mobilisasi atau reflex batuk hilang

b. Empisema adalah suatu keadaan dimana terkumpulnya nanah dalam rongga pleura terdapat disatu tempat atau seluruh rongga pleura

c. Abses paru adalah pengumpulan pus dalam jaringan paru yang meradang

d. Infeksi sistemik

e. Endokarditis yaitu peradangan pada setiap katup endokardial

f. Meningitis yaitu infeksi yang menyerang selaput otak

B. Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017)

2. Komponen masalah keperawatan

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu Masalah (problem), atau label diagnosis dan indikator Diagnostik. Masing–masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut :

a. Masalah (problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya.

b. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan factor risiko dengan uraian sebagai berikut :

- 1) **Penyebab (*etiologi*)** merupakan factor –faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : a) fisiologi, biologis atau

psikologis; b) Efek terapi/tindakan; c) Situasional (lingkungan atau personal) dan d) maturasional.

2) **Tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*).** Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda / gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu :

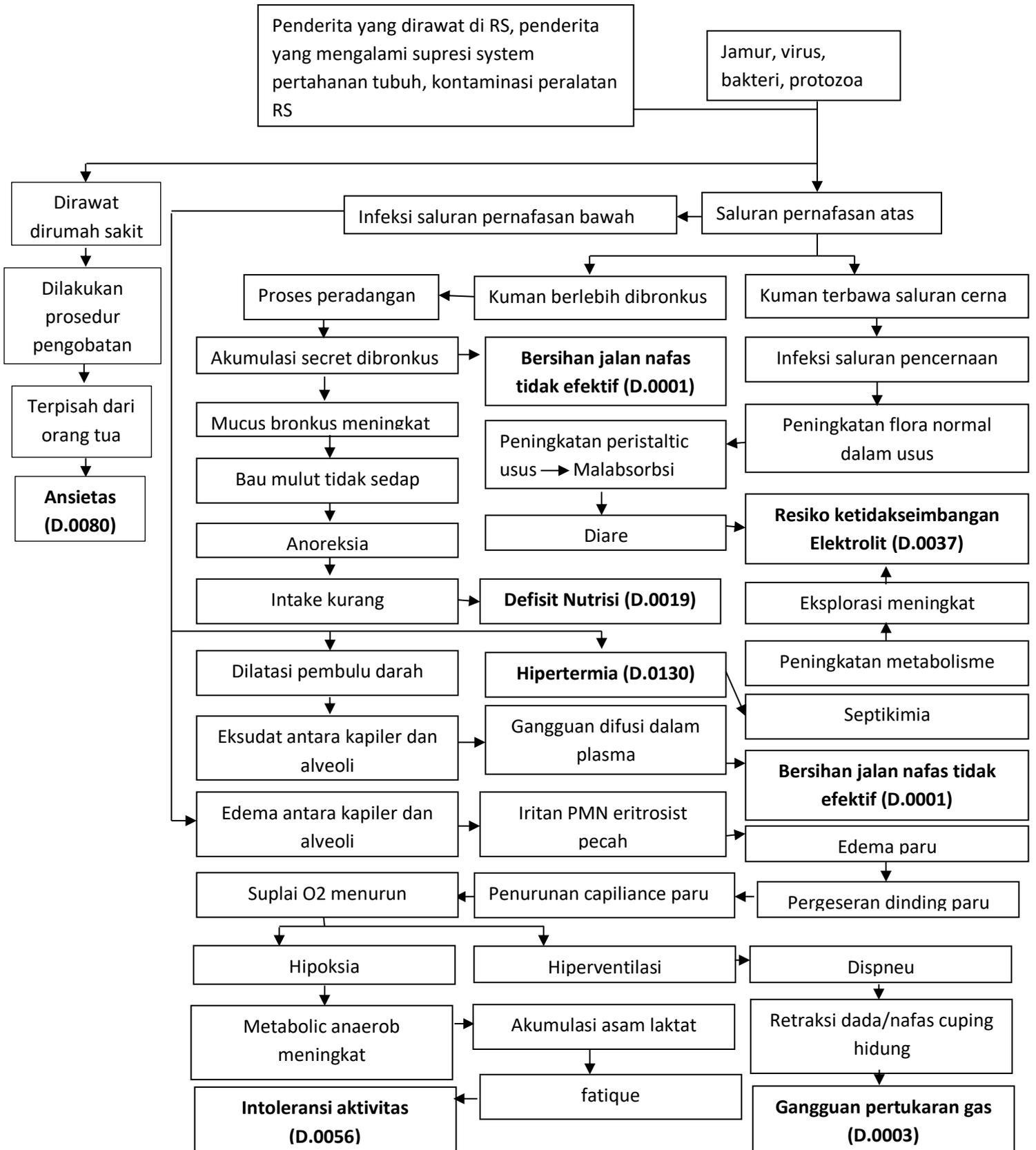
- a) **Mayor** : Tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis
- b) **Minor** : Tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis

3. Faktor yang berhubungan

Menurut PPNI (2017) faktor yang berhubungan atau kondisi klinis yang terkait penyebab pada masalah keperawatan mencakup empat kategori yaitu :

- a. Fisiologi, biologi, psikologi
- b. Efek terapi atau tindakan
- c. Situasional (lingkungan atau personal)
- d. Maturasional

4. Pathway Bronkopneumonia



Menurut PPNI (2017) Masalah keperawatan pada bronkopneumonia antara lain :

a. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)

1) Definisi :

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

2) Penyebab

Fisiologis

- a) Spasme jalan nafas
- b) Hipersekresi jalan nafas
- c) Benda Asing dalam jalan nafas
- d) Sekresi yang tertahan
- e) Proses infeksi

Situasional

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

-

Objektif :

- a) Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk
- b) Sputum berlebih / obstruksi di jalan nafas

c) Mengi, wheezing dan / ronkhi kering

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif :

a) Dispnea

b) Sulit bicara

c) Ortopnea

Objektif :

a) Gelisah

b) Sianosis

c) Bunyi nafas menurun

d) Frekuensi nafas berubah

e) Pola nafas berubah

5) Kondisi klinis terkait

a) Asma

b) Stroke

c) Infeksi saluran nafas

d) Cedera kepala

b. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

1) Definisi

Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan / eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

2) Penyebab

a) Perubahan membrane alveolus-kapiler

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- a) Dispnea

Objektif :

- a) PCO₂ meningkat / menurun
- b) PO₂ menurun
- c) Takikardia
- d) pH arteri meningkat / menurun
- e) Bunyi nafas tambahan

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a) Pusing
- b) Penglihatan kabur

Objektif :

- a) Sianosis
- b) Diaforesis
- c) Gelisah
- d) Nafas cuping hidung
- e) Pola nafas abnormal (cepat/lambat, regular/iregular,dalam/dangkal)
- f) Warna kulit abnormal (mis.pucat, kebiruan)
- g) Kesadaran menurun

5) Kondisi klinis terkait

- a) PPOK

- b) GGK
- c) Asma
- d) Pneumonia
- e) Tb paru
- f) Afiksia
- g) Infeksi saluran nafas

c. Defisit Nutrisi (D.0019)

1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Penyebab

- a) Kurangnya asupan makanan

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

-

Objektif :

- a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

- a) Nafsu makan menurun

Objektif :

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otak pengunyah lemah

- c) Otot menelan lemah
 - d) Membran mukosa pucat
- 6) Kondisi klinis terkait
- a) Stroke
 - b) Parkinson
 - c) Mobius syndrome
 - d) Cerebral palsy
 - e) Cleft lip
 - f) Kerusakan neuromuscular
 - g) Luka bakar
 - h) Kanker
 - i) Aids
- d. Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037)
- 1) Definisi
 - Berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit.
 - 2) Faktor resiko
 - a) Ketidakseimbangan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air)
 - b) Diare
- e. Intoleransi Aktivitas (D.0056)
- 1) Definisi
 - Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
 - 2) Penyebab
 - a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

b) Kelemahan

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif :

a) Mengeluh lelah

Obyektif :

a) Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

4) Gejala dan Tanda Minor

Subyektif :

a) Dispnea saat/setelah aktivitas

b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

c) Merasa lemah

Obyektif :

a) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat

b) Sianosis

f. Hipertermia (D.0130)

1) Definisi

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

2) Penyebab

a) Proses penyakit (mis. infeksi)

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif :

-

Obyektif :

a) Suhu tubuh diatas nilai normal

4) Gejala dan Tanda Minor

Subyektif :

-

Obyektif :

a) Kulit merah

b) Kejang

c) Takikardi

d) Takipnea

e) Kulit terasa hangat

g. Ansietas (D.0080)

1) Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat anisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Penyebab

a) Krisis situasional

b) Kebutuhan tidak terpenuhi

c) Krisis maturasional

d) Ancaman terhadap konsep diri

e) Ancaman terhadap kematian

f) Kekhawatiran mengalami kegagalan

- g) Disfungsi system keluarga
 - h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
 - i) Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)
 - j) Penyalahgunaan zat
 - k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain-lain)
 - l) Kurang terpapar informasi
- 3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

Objektif :

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

- 4) Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

Objektif :

- a) Frekuensi napas meningkat

- b) Frekuensi nadi meningkat
 - c) Tekanan darah meningkat
 - d) Diaphoresis
 - e) Tremor
 - f) Muka tampak pucat
 - g) Suara bergetar
 - h) Kontak mata buruk
 - i) Sering berkemih
 - j) Berorientasi pada masa lalu
- 5) Kondisi klinis terkait
- a) Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun)
 - b) Penyakit akut
 - c) Hospitalisasi
 - d) Rencana operasi
 - e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
 - f) Penyakit neurologis
 - g) Tahap tumbuh kembang

C. Asuhan Keperawatan pada Bronkopneumonia

Asuhan Keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif

klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien serta dilandasi kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan. Dalam proses keperawatan, asuhan keperawatan dibagi menjadi 5 tahap yaitu:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi, 2012).

Tahap pengkajian keperawatan merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

a. Keluhan Utama

Anak sangat gelisah karena sesak napas.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi saluran pernapasan bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 39° C-40° C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pernah menderita penyakit infeksi yang menyebabkan sistem imun menurun.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Anggota keluarga lain yang menderita penyakit infeksi saluran pernapasan dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lainnya.

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Lingkungan pabrik atau banyak asap dan debu ataupun lingkungan dengan anggota keluarga perokok dapat menyebabkan penyakit pada pernapasan.

f. Imunisasi

Anak yang tidak mendapatkan imunisasi beresiko tinggi untuk mendapat penyakit infeksi saluran pernapasan atas atau bawah karena sistem pertahanan tubuh yang tidak cukup kuat untuk melawan infeksi sekunder.

g. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

h. Nutrisi

Riwayat gizi buruk atau meteorismus (malnutrisi energi protein = MEP).

i. Pemeriksaan fisik

Inspeksi: Adanya takipnea, dispnea, sianosis sirkumoral, pernafasan cuping hidung, distensi abdomen, batuk semula non produktif menjadi produktif, serta nyeri dada pada waktu menarik nafas dan tarikan dinding dada tampak jelas.

Palpasi: Hati mungkin membesar, fremitus raba mungkin meningkat pada sisi yang sakit dan nadi mengalami peningkatan.

Perkusi: Suara redup pada sisi yang sakit.

Auskultasi: Akan terdengar *wheezing*, terdengar adanya ronkhi basah.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus bronkopneumonia yaitu :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi jalan nafas, benda asing dalam jalan nafas, sekresi yang tertahan dan proses infeksi.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan.
- e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).
- f. Resiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan ketidakseimbangan cairan, dan diare.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut standar Intervensi keperawatan Indonesia, Intervensi adalah gambaran atau tindakan yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah keperawatan yang dihadapi pasien. Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit bronkopneumonia sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019)

- a. Dx: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi jalan nafas, benda asing dalam jalan nafas, sekresi yang tertahan dan proses infeksi.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka bersihan jalan napas meningkat (L.01001)

Kriteria hasil:

- 1) Batuk efektif
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) *Wheezing* menurun
- 4) Dispnea menurun
- 5) Sianosis menurun
- 6) Gelisah menurun
- 7) Frekuensi napas membaik
- 8) Pola napas membaik

Intervensi keperawatan:

Observasi

- 1) Identifikasi kemampuan batuk

- 2) Monitor adanya retensi sputum
- 3) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas
- 4) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- 5) Auskultasi bunyi napas

Terapeutik

- 1) Atur posisi semi fowler atau fowler
- 2) Berikan minum hangat
- 3) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- 4) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
- 2) Ajarkan teknik batuk efektif
- 3) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

b. Dx: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka pertukaran gas meningkat (L.01003)

Kriteria hasil:

- 1) Dispnea menurun

- 2) Bunyi napas tambahan menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Napas cuping hidung menurun
- 5) PCO₂ membaik
- 6) PO₂ membaik
- 7) Takikardia menaik
- 8) pH arteri membaik
- 9) Pola napas membaik
- 10) Warna kulit membaik

Intervensi keperawatan:

Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stokes*, *biot*, ataksik)
- 3) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 4) Auskultasi bunyi napas
- 5) Monitor saturasi oksigen
- 6) Monitor nilai AGD
- 7) Monitor hasil x-ray thoraks
- 8) Monitor kecepatan aliran oksigen
- 9) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen

Terapeutik

- 1) Berikan oksigen tambahan, jika perlu

2) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi

Kolaborasi

1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen

2) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur

c. Dx: Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status nutrisi membaik (L.03030)

Kriteria hasil:

1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat

2) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat

3) Perasaan cepat kenyang menurun

4) Berat badan membaik

5) Indeks massa tubuh (IMT) membaik

6) Frekuensi makan membaik

7) Nafsu makan membaik

8) Bising usus membaik

9) Membran mukosa membaik

Intervensi keperawatan:

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

2) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

3) Monitor asupan makanan

4) Monitor berat badan

Terapeutik

- 1) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 2) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 3) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- 4) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- 5) Berikan makanan sesuai keinginan, jika memungkinkan

Edukasi

- 1) Anjurkan orang tua atau keluarga membantu memberi makan kepada pasien

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian antiemetik sebelum makan, jika perlu

d. Dx: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka toleransi aktivitas meningkat (L.05047)

Kriteria hasil:

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 4) Keluhan lelah menurun

- 5) Dispnea saat aktivitas menurun
- 6) Dispnea setelah aktivitas menurun
- 7) Sianosis menurun
- 8) Warna kulit membaik
- 9) Tekanan darah membaik
- 10) Frekuensi napas membaik

Intervensi keperawatan:

Observasi

- 1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- 2) Monitor saturasi oksigen
- 3) Monitor tekanan darah, nadi dan pernapasan setelah melakukan aktivitas

Terapeutik

- 1) Libatkan keluarga dalam aktivitas
- 2) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- 3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai
- 4) Berikan oksigen, sesuai indikasi

e. Dx: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka termoregulasi membaik (L.14134)

Kriteria hasil:

- 1) Menggigil menurun
- 2) Kulit merah menurun
- 3) Kejang menurun
- 4) Pucat menurun
- 5) Takikardi menurun
- 6) Takipnea menurun
- 7) Bradikardi menurun
- 8) Hipoksia menurun
- 9) Suhu tubuh membaik
- 10) Suhu kulit membaik
- 11) Tekanan darah membaik

Intervensi keperawatan:

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab hipertermia
- 2) Monitor tanda-tanda vital
- 3) Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor warna dan suhu kulit
- 6) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang dingin
- 2) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- 4) Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat
- 5) Berikan cairan oral
- 6) Ganti linen setiap hari jika mengalami keringat berlebih
- 7) Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan memperbanyak minum

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

f. Dx: Resiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan ketidakseimbangan cairan, dan diare.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka fungsi gastrointestinal membaik (L.03019) dan keseimbangan cairan meningkat (L.03020)

Kriteria hasil:

- 1) Mual menurun
- 2) Muntah menurun
- 3) Dispepsia menurun

- 4) Peristaltik usus membaik
- 5) Asupan cairan meningkat
- 6) Membrane mukosa membaik
- 7) Turgor kulit membaik

Intervensi keperawatan:

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab diare (mis. inflamasi gastrointestinal)
- 2) Monitor mual, muntah, dan diare
- 3) Monitor status hidrasi

Terapeutik

- 1) Catat *intake-output* dan hitung *balance* cairan 24 jam
- 2) Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit)
- 3) Berikan cairan intravena, jika perlu

Edukasi

- 1) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)

g. Dx. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat ansietas menurun (L.09093)

Kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun

- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi
- 3) Perilaku gelisah menurun
- 4) Perilaku tegang menurun
- 5) Keluhan pusing menurun
- 6) Frekuensi pernapasan menurun
- 7) Frekuensi nadi menurun
- 8) Tekanan darah menurun
- 9) Pucat menurun
- 10) Pola tidur membaik

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan dating

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih teknik relaksasi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan(Zaidin Ali,2014).

Implementasi proses keperawatan terdiri rangkaian aktivitas keperawatan dari hari ke hari yang harus dilakukan dan didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula menilai perkembangan pasien

terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Bagian dari pengumpulan data ini mempraksarai tahap evaluasi proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus melakukan melaksanakan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subyektif (S) data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses.semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, & Chairani, 2013).

D. Konsep Keperawatan Anak

1. Pertumbuhan dan Perkembangan

a. Pengertian

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Dalam pengertian lain dikatakan bahwa pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh

baik sebagian maupun seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel (Soetjiningsih, 2012)

Sedangkan perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang terorganisasi dan berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Dalam hal ini perkembangan juga termasuk perkembangan emosi, intelektual dan perilaku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (depkes, 2006)

b. Ciri-Ciri Pertumbuhan

Pertumbuhan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut (depkes, 2006) :

- 1) Perubahan proporsi tubuh yang dapat diamati pada masa bayi dan dewasa.
- 2) Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini ditandai dengan tanggalnya gigi susu dan timbulnya gigi permanen, hilangnya refleks primitif pada masa bayi, timbulnya tanda seks sekunder dan perubahan lainnya.
- 3) Kecepatan pertumbuhan tidak teratur. Hal ini ditandai dengan adanya masa-masa tertentu dimana pertumbuhan berlangsung cepat yang terjadi pada masa prenatal, bayi dan remaja (adolesen).

Pertumbuhan berlangsung lambat pada masa pra sekolah dan masa sekolah.

c. Ciri-Ciri Perkembangan

Proses pertumbuhan dan perkembangan anak bersifat individual. Pola perkembangan setiap anak mempunyai ciri-ciri yang sama, yaitu (Depkes RI, 2006) :

1) Perkembangan menimbulkan perubahan.

Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.

2) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya.

Seorang anak tidak bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Contoh: seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia berdiri dan ia tidak bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi anak terhambat. Perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.

3) Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda.

Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan juga mempunyai kecepatan yang berbeda-beda baik dalam pertumbuhan fisik maupun

perkembangan fungsi organ. Kecepatan pertumbuhan dan perkembangan setiap anak juga berbeda-beda.

4) Pertumbuhan berkorelasi dengan perkembangan.

Pada saat pertumbuhan berlangsung, maka perkembanganpun mengikuti. Terjadi peningkatan kemampuan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain pada anak, sehingga pada anak sehat seiring bertambahnya umur maka bertambah pula tinggi dan berat badannya begitupun keandaiannya.

5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut hukum yang tetap, yaitu:

- a) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (pola sefalokaudal).
- b) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal).

6) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan

Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak mampu berjalan dahulu sebelum bisa berdiri.

7) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan

Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak mampu berjalan dahulu sebelum bisa berdiri.

2. Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, empat komponen tersebut sebagai berikut (Yuliasati & Nining, 2016) :

a. Manusia

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar.

Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang.

b. Sehat-Sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak

berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.

c. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

d. Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan

perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak.

3. Prinsip Keperawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis anak itu sendiri.

Prinsip keperawatan anak yaitu sebagai berikut (Yuliasati & Nining, 2016) :

- a. Anak bukan miniature orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.

- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
- d. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek atin (legal).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan

masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.

- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

4. Batasan usia anak

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Berdasarkan Konvensi Hak-hak Anak yang disetujui oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-bangsa yang dimaksud Anak adalah setiap orang yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali berdasarkan undang-undang yang berlaku bagi anak ditentukan bahwa usia dewasa dicapai lebih awal (Soediono, 2014).

5. Peran Perawat Anak

Beberapa peran perawat antara lain (Yuliastati & Nining, 2016) :

- a. Sebagai pendidik

Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anaknya. Kebutuhan orang tua terhadap

pendidikan kesehatan dapat mencakup pengertian dasar penyakit anaknya, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah. Tiga domain yang dapat dirubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

b. Sebagai konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah anak dan keluarganya dan membantu mencari alternatif pemecahannya.

c. Melakukan koordinasi atau kolaborasi

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerjasama dengan keluarga juga harus terbina

dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

d. Sebagai pembuat keputusan etik

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat yang paling mengerti tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

e. Sebagai peneliti

Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas praktik/asuhan keperawatan pada anak. Pada peran ini

diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam melihat fenomena yang ada dalam layanan asuhan keperawatan anak sehari-hari dan menelusuri penelitian yang telah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi masalah penelitian yang ditemukan. Pada tingkat kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.

6. Hospitalisasi

a. Pengertian

Hospitalisasi merupakan keadaan yang mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan karena suatu alasan yang berencana maupun kondisi darurat. Tinggal dirumah sakit dapat menimbulkan stress bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka. Tinggal di rumah sakit bisa sulit bagi anak pada usia berapapun. Penyakit dan rumah sakit berpotensi besar membuat anak mengalami stress. Proses hospitalisasi dapat dikatakan mengganggu kehidupan anak dan dapat mengganggu perkembangan normal. Ketika anak-anak menjalani perawatan di rumah sakit, mereka mungkin kehilangan teman-teman dan keluarga. Mereka mungkin bosan atau takut. Anak-anak mungkin tidak mengerti mengapa mereka berada di rumah sakit atau mereka mungkin memiliki keyakinan yang salah tentang apa yang terjadi (Mendiri & Prayogi, 2016).

b. Dampak Hospitalisasi

Proses hospitalisasi dapat menjadi pengalaman yang membingungkan dan menegangkan bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka. Proses hospitalisasi mempengaruhi anak-anak dengan cara yang berbeda, tergantung pada usia, alasan untuk rawat inap mereka, dan temperamen.

Anak akan menunjukkan berbagai perilaku sebagai reaksi terhadap pengalaman hospitalisasi. Reaksi tersebut bersifat individual dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia, dan kemampuan koping yang dimilikinya. Pada umumnya reaksi anak terhadap sakit adalah kecemasan karena perpisahan dengan keluarga dan teman, berada di lingkungan baru, menerima investigasi dan perawatan, serta kehilangan kontrol diri.

Kecemasan karena perpisahan dengan keluarga dan teman berpengaruh pada terganggunya aktivitas bersamaan teman, rutinitas yang dijalani bersama keluarga, hubungan teman sebaya, dan prestasi di sekolah. Anak yang berada di lingkungan baru selama proses hospitalisasi juga merasa takut pada orang asing yang merawatnya maupun lingkungan rumah sakit yang terasa asing. Selain itu, ketidaksukaan anak pada lingkungan rumah sakit juga disebabkan oleh ruangan rumah sakit yang ramai/gaduh, lingkungan yang panas, fasilitas permainan yang tidak memadai, dan makanan rumah sakit yang mungkin terasa hambar dan tidak enak.

Kecemasan merupakan perasaan yang paling umum dialami oleh pasien anak yang mengalami hospitalisasi. Kecemasan yang sering dialami seperti menangis, dan takut pada orang baru. Banyaknya stressor yang alami anak ketika menjalani hospitalisasi menimbulkan dampak negative yang mengganggu perkembangan anak. Lingkungan rumah sakit dapat merupakan penyebab stress dan kecemasan pada anak (Utami, 2014)

Hal lain yang menyebabkan anak mengalami kecemasan pada saat proses hospitalisasi adalah anak harus menerima perawatan dan investasi. Ketika menerima perawatan anak biasanya takut pada proses-proses yang harus dijalannya, seperti proses operasi, penyuntikan, mutilasi dan mengonsumsi obat-obatan secara rutin. Ketakutan selama proses perawatan juga bisa diakibatkan karena adanya bayangan tentang rasa nyeri, perubahan tentang penampilan tubuh, dan kecemasan akan kematian.

Anak juga dapat mengalami hilang kontrol diri ketika menjalani proses hospitalisasi. Misalnya, anak kehilangan kontrol terhadap kebutuhan-kebutuhan pribadi, waktu makan, waktu tidur, dan waktu untuk menjalankan sebuah prosedur. Anak juga biasanya kehilangan kepercayaan diri karena dianggap sakit. Biasanya orang disekitarnya akan sangat membatasi aktivitas yang boleh dilakukan.

Berikut ini reaksi anak terhadap sakit dan proses hospitalisasi sesuai dengan tahapan perkembangan anak (Wong, 2008) :

1) Fase lahir sampai 12 bulan

Bayi pada usia ini biasanya mengembangkan banyak keterampilan baru. Berada di rumah sakit kadang-kadang tidak memungkinkan mereka untuk berlatih keterampilan ini. Keterampilan ini mungkin termasuk bergulir, duduk, merangkak dan berjalan. Anak pada usia ini dapat menjadi kelompok usia yang paling menantang untuk mempersiapkan operasi karena pemahaman mereka yang terbatas dan penggunaan bahasa.

Anak pada usia ini juga paling sensitif terhadap lingkungan mereka seperti nada suara, sentuhan dan gerakan tiba-tiba. Ketakutan terbesar bagi anak usia ini adalah terpisah dari orangtua mereka. Kehadiran dan ikatan waktu orangtua menjadi bagian paling penting dari rumah sakit untuk proses hospitalisasi anak.

Pada anak usia lebih dari enam bulan terjadi stranger anxiety atau cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya. Reaksi yang sering muncul pada anak usia ini adalah menangis keras, marah, ekspresi wajah yang tidak menyenangkan, dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap *stranger anxiety*.

2) Fase 2 sampai 24 bulan

Anak-anak pada usia ini juga mulai mengembangkan kemampuan kepercayaan mereka. Pengembangan kepercayaan bisa terganggu atau sulit di rumah sakit karena ada banyak orang yang terlibat dengan perawatan anak. Hal tersebut bisa menimbulkan stres

pada anak. Stres juga diakibatkan karena anak mulai menyadari bahwa ia berada jauh dari keluarga. Anak pada usia ini sering takut pada orang asing dan tidak sepenuhnya memahami mengapa mereka berada di rumah sakit.

Respons perilaku anak pada usia ini dibagi menjadi 3 tahap, yaitu tahap protes, putus asa, dan pengingkaran (denial). Pada tahap protes, respons yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orangtua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. Sementara itu, pada tahap putus asa, anak sudah bisa mengontrol tangisannya, menjadi kurang aktif daripada sebelumnya, kurang menunjukkan minat untuk makan dan bermain, terlihat sedih dan apatis. Anak mulai secara samar menerima perpisahan ketika mencapai tahap pengingkaran. Selain itu, pada tahap terakhir ini, anak juga mulai membina hubungan secara dangkal dan mulai terlihat menyukai lingkungan barunya (Supartini, 2004).

3) Fase 2 sampai 5 tahun

Perawatan anak pada usia ini membuat anak mengalami stress karena merasa berada jauh dari rumah dan kehilangan rutinitas yang familiar. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia ini adalah dengan menolak makan, menolak perawatan yang dilakukan, menangis perlahan, dan tidak kooperatif terhadap perawat.

Sebagian besar anak-anak dalam kelompok usia ini siap untuk mandiri dan ingin membuat pilihan. Usia ini juga adalah usia dimana imajinasi dan pemikiran berjalan liar sehingga menyebabkan ketakutan dan mimpi buruk. Anak-anak mungkin takut mereka akan terluka oleh prosedur rumah sakit. Ketakutan anak terhadap perlukaan muncul karena menganggap tindakan dan prosedur perawatan mengancam integritas tubuhnya. Selain itu, anak-anak mungkin percaya bahwa mereka melakukan sesuatu yang salah dan itulah sebabnya mereka berada di rumah sakit. Perawatan dipersepsikan sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah dan takut. Anak-anak pada usia ini juga lebih sering bertanya karena mereka mungkin tahu lebih banyak tentang tubuh mereka, tetapi pemahaman mereka masih terbatas.

4) Fase 5 sampai 12 tahun

Proses hospitalisasi memaksa anak berpisah dengan lingkungan yang dicintainya, yakni keluarga dan sekolah (teman-teman). Hal tersebut sangat berpotensi membuat anak menjadi stress. Adanya pembatasan aktivitas akibat proses hospitalisasi membuat anak kehilangan kontrol diri. Hal ini berdampak pada perubahan peran dalam keluarga dan kelompok sosialnya, perasaan takut terhadap kematian, serta adanya kelemahan fisik.

Anak usia sekolah ingin menjadi sangat mandiri dari orangtua mereka. Proses sosialisasi dan hubungan teman sebaya

menjadi lebih penting selama usia ini. Anak-anak dalam kelompok usia ini sangat menyadari perubahan tubuh serta penampilan fisik. Mereka sangat sensitif terhadap pemeriksaan tubuh dan mungkin merasa malu, memberi anak-anak dalam kelompok usia ini privasi mereka selama ini akan menjadi hal yang penting untuk dilakukan.

5) Fase 12 tahun ke atas

Ketika di rumah sakit, remaja akan merasa seolah-olah telah kehilangan kontrol penuh dan hidup mereka telah ditahan. Mereka akan merasa seperti telah terputus dari rutinitas normal dan dari teman-teman serta keluarga. Penting bagi pengunjung untuk melakukan besuk pada saat yang tepat. Orangtua diharapkan mendorong remaja untuk membuat keputusan dan mengajukan pertanyaan tentang kondisi atau prosedur perawatan yang akan dijalani oleh mereka. Anak pada usia remaja juga perlu dilibatkan dalam semua percakapan yang dibuat oleh tim medis. Selain itu, orangtua juga harus memberi mereka kesempatan sering membahas apa yang terjadi dan untuk mengekspresikan kekhawatiran yang mungkin mereka miliki.

Kecemasan yang timbul akibat proses hospitalisasi pada anak usia remaja disebabkan adanya perpisahan dengan teman sebaya dan hilangnya privasi diri. Anak pada usia remaja juga menunjukkan reaksi aktif pada pembatasan aktivitas dengan menolak perawatan yang dilakukan dan tidak kooperatif dengan petugas kesehatan. Anak

juga menarik diri dari keluarga, sesama pasien dan petugas kesehatan (isolasi).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk literature review kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien anak dengan Bronkopneumonia. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi identifikasi data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini adalah 2 klien anak yang dirawat di rumah sakit. Kriteria untuk sample dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Subyek anak terdiri dari 2 orang anak baik laki-laki maupun perempuan
- b. Anak dengan diagnosa medis bronkopneumonia
- c. Anak yang berusia 1 bulan sampai dengan 14 tahun

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi operasional karya tulis ini adalah :

1. Bronkopneumonia

Bronkopneumonia merupakan kondisi medis dimana pada bronkiolus terdapat radang atau infeksi. Pada kasus ini untuk menentukan

Bronkopneumonia adalah berdasarkan diagnosis yang dapat dilihat di rekam medik pasien .

2. Asuhan Keperawatan Anak dengan Bronkopneumonia

Asuhan keperawatan pada anak Bronkopneumonia adalah suatu proses atau tahap tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien anak dengan Bronkopneumonia dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan meliputi metode askep atau asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam pemecahan masalah kesehatan pasien anak dengan Bronkopneumonia. Asuhan keperawatan di mulai dengan adanya tahapan pengkajian (pengumpulan data, analisis data, dan penegakkan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian / evaluasi tindakan keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu pada klien 1 di ruang rawat angrek RSUD Kota Yogyakarta dan klien 2 ruang dahlia RSUD Wonosari. Waktu penelitian pada klien 1 yaitu 2 Juli-4 Juli 2018 dan klien 2 yaitu 8 Juni-10 Juni 2018.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun media internet.
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh.

3. Setelah disetujui oleh pembimbing, kemudian membuat review kasus dari kedua klien

F. Metode dan instrument Pengumpulan Data

Metode dan instrument pengumpulan data untuk penelitian ini yaitu sebagai berikut :

1. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penyusunan *Literature review* dengan melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui media internet kemudian mengulas kasus dari kedua subyek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Keabsahan data pada penelitian ini di tentukan oleh integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama) yaitu dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien anak dengan Bronkopneumonia, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien dewasa dengan Bronkopneumonia,

perawat dan orang tua/keluarga klien anak yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

H. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian tentang asuhan keperawatan anak dengan Bronkopneumonia dalam bentuk review kasus. Sampel klien 1 diambil dari penelitian kustini (2018) dengan judul asuhan keperawatan bronkopneumonia pada An. A di ruang rawat anggrek RSUD Kota Yogyakarta dan sampel pada klien 2 diambil dari penelitian mulyani (2018) dengan judul asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia diruang dahlia RSUD Wonosari. Pengambilan data dilakukan dengan mengambil hasil laporan askep dari media internet dengan jumlah sampel sebanyak 2 klien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian klien 1 dilakukan di ruang rawat anggrek RSUD Kota Yogyakarta (Kustini, 2018) dan penelitian klien 2 ini dilakukan di ruang dahlia RSUD Wonosari yang terletak di jalan Taman Bhakti no. 06, Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta. RSUD Wonosari memiliki banyak ruangan, salah satunya yaitu bangsal Dahlia. Bangsal Dahlia merupakan bangsal khusus untuk anak-anak. Bangsal dahlia dibagi menjadi 2 yaitu Dahlia 1 khusus untuk penyakit noninfeksius dan Dahlia 2 untuk penyakit noninfeksius. Di bangsal Dahlia 1 terdapat 20 tempat tidur dan 2 tempat tidur untuk ruang isolasi (Mulyani, 2018).

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| No | Identitas Klien | Klien 1 | Klien 2 |
|----|---------------------------|--|--|
| 1 | Nama | An. A | An. F |
| 2 | No Registrasi | 7128xx | 0042066 |
| 3 | Tanggal Lahir / Umur | 08 September 2017/ 9 bulan | 15 Juni 2013 / 5 tahun |
| 4 | Jenis Kelamin | Perempuan | Laki-laki |
| 5 | Nama Ayah / Ibu | Tn. S | Ny. H |
| 6 | Pekerjaan Ayah / Ibu | Wirasaha | Ibu rumah tangga |
| 7 | Pendidikan Ayah / Ibu | S1 | SMA |
| 8 | Alamat | Cantel Wetan, Yogyakarta | Karangmojo, Gunungkidul |
| 9 | Agama | Islam | Tidak ada data |
| 10 | Suku/Bangsa | Jawa | Jawa |
| 11 | Masuk Rs Tanggal | 28 Juni 2018 | - |
| 12 | Tanggal Pengkajian | 2 Juli 2018 | - |
| 14 | Dirawat di ruangan | Anggrek | Dahlia |
| 15 | Keluhan Utama | Ibu pasien mengatakan An. A batuk pilek, nafas terdengar grok-grok dan dahak tidak bisa keluar | Ibu pasien mengatakan batuk berdahak dan pilek sudah 1 minggu |
| 16 | Riwayat Penyakit Sekarang | Sebelum pasien masuk rumah sakit, Ibu mengatakan An. A batuk sejak 2 minggu yang lalu, demam saat awal sakit, demam turun sejak tanggal 1 Juni 2018. An. A pilek sejak sakit sampai sekarang tetapi hilang timbul. Periksa ke Puskesmas pada tanggal 8 Juni 2018, dapat obat antibiotic. Kemudian karena tidak ada perkembangan yang bagus, keluarga memeriksakan kembali An. A ke Puskesmas pada tanggal 25 Juni 2018. An. A control di Puskesmas dan kondisi An. A yang semakin buruk, Puskesmas memberikan An. A rujukan ke RS Kota Yogyakarta. Pada saat pengkajian, tanggal 02 Juli 2018, An. A tampak demam. Selain itu keluarga mengeluhkan An. A masih batuk pilek selama 2 minggu lebih tanpa ada perubahan serta terdengar suara nafas | Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk berdahak dan pilek disertai ingusan selama 1 minggu |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | grog-grog | |
| 17 | Riwayat Penyakit Dahulu | An. A pernah kuning setelah 3 hari dilahirkan | Ibu pasien mengatakan jika pasien pernah mengalami meningitis, epilepsy dan juga asma |
| 18 | Riwayat Alergi | Ibu pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi baik obat maupun makanan. | Ibu pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi baik obat maupun makanan. |
| 19 | Riwayat Operasi | Tidak ada | Tidak ada |
| 20 | Riwayat Penyakit Keluarga | Tidak ada penyakit keturunan atau kronis dari keluarga | Tidak ada penyakit keturunan yang diderita keluarga |
| 21 | Riwayat Lingkungan Rumah atau Komunitas | Lingkungan rumah tampak kumuh, lembab, jendela tidak banyak dibuka, bagian lantai Nampak kotor, dan terdapat 2 kandang burung dan ayah pasien tidak merokok | Ibu pasien mengatakan ayah dari pasien merokok disekitaran rumah. Ayah pasien merokok kurang lebih sekitar 8 tahun |
| 22 | Masa Prenatal | Kehamilan ibu 9 bulan/3 minggu dengan HPL 2 September 2017 dan bayi lahir pada tanggal 08 September 2017 | Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah |
| 23 | Natal | Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan BBL 2870gr, PB 43cm, LK 33cm, LD 33cm dan LLA 10cm | - |
| 24 | Post Natal | Setelah 3 hari, kemudian bayi Nampak kuning dan menjalani fototerapi selama 24 jam | Tidak ada masalah |
| 25 | Masa Neonatal | - | - |
| 26 | Kebutuhan Dasar | <p>Di rumah An. A sehari-hari mengkonsumsi bubur, ASI dan buah sejak usia 6 bln. Diawal usia bulan ini sudah latihan makan dengan nasi. Selama di rumah sakit An. A mendapatkan diet bubur 3x sehari. Serta masih diberikan ASI.</p> <p>Ibu An. A mengatakan di rumah pasien BAB 1-2x/hari dengan konsistensi sedang, warna coklat, dan berbau khas. BAK lancer, warna kuning dan berbau khas. Di rumah sakit Ibu An. A mengatakan saat pertama kali masuk, pada tanggal 28 Juli 2018 langsung BAB 2 kali</p> | <p>Ibu pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi lauk sayur dan terkadang dengan buah. Pasien mengurangi makanan yang mengandung coklat dan tepung terigu.</p> <p>Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, bau khas feses. BAK pasien 5-7x / hari berwarna kuning, bau khas urin.</p> |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | | <p>dalam sehari, konsistensi lunak, warna coklat, dan berbau khas. Namun hingga sekarang belum BAB lagi. BAK lancer, tidak ada gangguan. Sehari ganti pampers 4-5 kali.</p> <p>Ibu mengatakan An. A di rumah tidur siang 1-2 kali. Biasanya An. A tidur pukul 14.00, jam 18.00 dan jam 22.00. Di rumah sakit Ibu mengatakan tidur siang jadi lebih banyak. Bisa sampai 3 kali. Malam lebih sering bangun karena kondisi ruangan yang panas dan merasa asing dengan lingkungan. Dalam sehari biasanya tidur selama 10-12 jam.</p> <p>Ibu An. A mengatakan An. A sudah mengikuti PAUD bayi sejak usia 2 bulan. Ibu mengatakan tidak ada gangguan nafas saat beraktivitas. Di rumah sakit Ibu An. A mengatakan anak bermain seperti biasa. Merambat, melangkah, menggunakan mainan. Ibu juga mengatakan suara nafas anak terdengar grok-grok serta anak mengalami batuk pilek</p> | <p>Ibu pasien mengatakan pasien tidur \pm 10 jam, 2 jam di siang hari dan 8 jam di malam hari. Untuk istirahat, biasanya pasien menonton TV dan bermain dengan keluarganya. Pada saat di rumah sakit ibu pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien sedikit susah tidur dan terkadang menangis.</p> <p>Ibu pasien mengatakan pasien dirumah biasanya bermain dengan kakanya. Pasien paling suka permainan yang berhubungan dengan bola. Pasien juga sering bermain dengan teman sebayanya jika ada waktu luang</p> |
| 25 | Riwayat Imunisasi Masa Lampau | Belum imunisasi campak | Imunisasi lengkap |
| 26 | <p>Tumbuh Kembang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berat Badan • BB sebelum sakit • Tinggi Badan • Lingkar Lengan Atas | <p>6,8 kg</p> <p>-</p> <p>67 cm</p> <p>-</p> | <p>12 kg</p> <p>-</p> <p>110 cm</p> <p>-</p> |

Sumber : Kustini (2018) & Mulyani (2018)

Berdasarkan hasil pengkajian diatas didapatkan data bahwa klien 1 keluhan utama batuk pilek, nafas terdengar grok-grok dan dahak tidak bisa keluar sedangkan klien 2 batuk berdahak dan pilek sudah 1 minggu.

Klien 1 memiliki riwayat sakit kuning setelah 3 hari dilahirkan sedangkan klien 2 pernah mengalami meningitis, epilepsy dan juga asma. Klien 1 riwayat lingkungan rumah Lingkungan rumah tampak kumuh, lembab, jendela tidak banyak dibuka, bagian lantai Nampak kotor, dan terdapat 2 kandang burung dan ayah pasien tidak merokok sedangkan klien 2 ayah dari pasien merokok disekitaran rumah. Ayah pasien merokok kurang lebih sekitar 8 tahun.

Pada klien 1 Setelah 3 hari dilahirkan bayi nampak kuning sedangkan pada klien 2 tidak terdapat masalah. Klien 1 belum mendapatkan imunisasi campak sedangkan klien 2 imunisasi lengkap. Klien 1 dan klien 2 tidak memiliki riwayat penyakit keturunan, tidak pernah operasi dan tidak mempunyai alergi baik obat maupun makanan.

Kebutuhan dasar pada klien 1 saat di rumah sehari-hari mengkonsumsi bubur, ASI dan buah sejak usia 6 bulan. Diawal usia bulan ini sudah latihan makan dengan nasi dan selama di rumah sakit mendapatkan diet bubur 3x sehari dan masih diberikan ASI. Di rumah pasien BAB 1-2x/hari dengan konsistensi sedang, warna coklat, dan berbau khas. BAK lancer, warna kuning dan berbau khas sedangkan di rumah sakit Ibu An. A mengatakan saat pertama kali masuk, pada tanggal 28 Juli 2018 langsung BAB 2 kali dalam sehari, konsistensi lunak, warna coklat, dan berbau khas. Namun hingga sekarang belum BAB lagi. BAK lancer, tidak ada gangguan. Sehari ganti pampers 4-5 kali. Di rumah tidur siang 1-2 kali tidur pukul 14.00, jam 18.00 dan jam 22.00. Di rumah sakit

Ibu mengatakan tidur siang jadi lebih banyak. Bisa sampai 3 kali. Malam lebih sering bangun karena kondisi ruangan yang panas dan merasa asing dengan lingkungan. Dalam sehari biasanya tidur selama 10-12 jam. Ibu An. A mengatakan An. A sudah mengikuti PAUD bayi sejak usia 2 bulan. Ibu mengatakan tidak ada gangguan nafas saat beraktivitas. Di rumah sakit Ibu An. A mengatakan anak bermain seperti biasa merambat, melangkah, menggunakan mainan. Ibu juga mengatakan suara nafas anak terdengar grok-grok serta anak mengalami batuk pilek sedangkan pada klien 2 pasien makan 3x sehari dengan porsi nasi lauk sayur dan terkadang dengan buah. Pasien mengurangi makanan yang mengandung coklat dan tepung terigu. Pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, bau khas feses. BAK pasien 5-7x / hari berwarna kuning, bau khas urin. Ibu pasien mengatakan pasien tidur \pm 10 jam, 2 jam disiang hari dan 8 jam dimalam hari. Untuk istirahat, biasanya pasien menonton TV dan bermain dengan keluarganya. Pada saat di rumah sakit pasien sedikit susah tidur dan terkadang menangis. Dirumah biasanya bermain dengan kakanya. Pasien paling suka permainan yang berhubungan dengan bola. Pasien juga sering bermain dengan teman sebayanya jika ada waktu luang.

b. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| Pemeriksaan Umum | Klien 1 | Klien 2 |
|-------------------------|---|---|
| Keadaan Umum | - | - |
| Kesadaran | Kes: - (GCS: E4M6V5) | Kes: Composmentis (GCS:-) |
| Tanda-tanda vital | Nadi 120x/m, suhu tubuh 36,6°C, pernafasan: 32 x/m. | Nadi : 100x/ menit, suhu tubuh : 36,5 °C, pernapasan : 42x/ menit |

| | | |
|--------------------|--|---|
| Status Gizi | - | - |
| Pemeriksaan Fisik | | |
| a. Inspeksi | | |
| 1) Kepala | Bentuk kepala normal, kulit kepala bersih tidak ada lesi, konjungtiva tidak anemis, telinga bersih tidak ada serumen, mulut tidak ada sariawan, lidah bersih | Bentuk kepala normal, rambut berwarna hitam, konjungtiva tidak anemis, telinga tidak dapat mendengar dengan baik, hidung terdapat pernapasan cuping hidung, mulut tidak ada sariawan mukosa baik, |
| 2) Leher | - | Tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid |
| 3) Dada | Terdapat retraksi dada, normochest, tidak ada lesi | Terdapat penggunaan otot-otot bantu nafas |
| 4) Punggung | - | - |
| 5) Perut | Tidak ada distensi dan luka | Bentuk tidak simetris |
| 6) Genetalia | - | Penis bersih tidak ada lesi |
| 7) Anus dan Rektum | - | Anus bersih |
| 8) Tulang Belakang | - | |
| 9) Ekstermitas | - | Terpasang infus ditangan kiri |
| b. Palpasi | | |
| 1) Leher | - | - |
| 2) Dada | Ekspansi dada simetris | Tidak terdapat massa dan nyeri tekan |
| 3) Perut | Tidak ada nyeri tekan | Tidak ada nyeri tekan |
| c. Auskultasi | | |
| 1) Paru-paru | Muncul suara ronchi dan wheezing | Terdengar suara ronchi dan wheezing |
| 2) Jantung | Suara Irama jantung regular | - |
| 3) Perut | Bising usus 7x/ menit | Bising usus 2x/ menit |
| d. d. Perkusi | | |
| 1) Dada | Suara redup | - |
| 2) Perut | Suara timpani | - |
| 3) Ekstermitas | Ekstremitas baik berespon saat di perkusi | - |

Sumber : Kustini (2018) & Mulyani (2018)

Berdasarkan tabel diatas didapatkan data hasil pemeriksaan fisik pada klien 1 suhu: 36,6 °C, pernafasan 32 x/menit teratur, nadi 120 x/menit, terdapat retraksi dada, bentuk dada normochest, suara nafas

tambahan ronki, suara paru redup. Sedangkan pada klien 2 suhu 36,5°C, pernafasan 42 x/menit, nadi 100 x/menit, terdapat penggunaan otot-otot nafas tambahan, suara nafas tambahan ronki.

c. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| No | Pemeriksaan Penunjang | Klien 1 Pemeriksaan tgl 08-02-2017 | Klien 2 Pemeriksaan tgl 08-02-2017 |
|----|-----------------------|---|---------------------------------------|
| 1 | Laboratorium | 28 Juli 2018 Pemeriksaan darah lengkap Hemoglobin : 10,3 gr/Dl N : 11,8-15 Leukosit : 15,1/mm N : 5-11 Eritrosit : 4,36/ul N : 4-5,3 Hematokrit : 31,7% N : 35-45 Trombosit : 377 N : 150-450 | Tidak ada data |
| 2 | Rontgen Thorax | 9 Juni 2018 <ul style="list-style-type: none"> • Tampak corakan bronkovaskular meningkat, perselubungan inhomogen dengan air bronchogram (+). Diperihiler paracardial • Kedua diafragma licin • Pleura space mebeval (-) • COR, CTR < 0.56 • Kesan : Bronkopneumonia | Tidak ada data |

Sumber : Kustini (2018) & Mulyani (2018)

Berdasarkan tabel diatas hasil pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap terdapat penurunan hasil pada klien 1 hemoglobin :10,3 gr/dl, peningkatan leukosit: 15,1 , Eritrosit : 4,36 (normal), hematokrit:

31,7%. Hasil rontgen klien 1 yaitu kesan Bronkopneumonia. Sedangkan klien 2 tidak terdapat data hasil laboratorium maupun hasil rontgen.

d. Terapi

Tabel 4.4 Terapi Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| No | Klien 1 | Klien 2 |
|----|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Injeksi Gentamicin 40mg/24 jam | Infus KAEN 16 tpm |
| 2 | Injeksi Ampicilin 200mg/6 jam | Injeksi Ceftriaxone 1x425mg per IV |
| 3 | Ventolin 1A+ Nacl 2cc (inhalasi) | Oksigen 2 lpm |
| 4 | Salbutamol 2x1.5cc Trilac 2x2mg | Ventolin + Nacl 0,25 cc (inhalasi) |

Sumber : Kustini (2018) & Mulyani (2018)

Berdasarkan tabel diatas terapi yang diberikan pada klien 1 yaitu, Injeksi Gentamicin 40mg/24 jam, Injeksi Ampicilin 200mg/6 jam, Ventolin 1A+ Nacl 2cc (inhalasi), Salbutamol 2x1.5cc, Trilac 2x2mg. Sedangkan pada klien 2 terapi yang diberikan yaitu, Infus KAEN 16 tpm, Injeksi Ceftriaxone 1x425mg per IV, Oksigen 2 lpm, Ventolin + Nacl 0,25 cc (inhalasi).

e. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| No | Subjek 1 | | Subjek 2 | |
|----|-------------------|---|-------------------|---|
| | Tanggal ditemukan | Diagnosa keperawatan | Tanggal ditemukan | Diagnosa keperawatan |
| 1 | - | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi Data Subyektif : <ul style="list-style-type: none"> Keluarga mengeluhkan An. A kerap Nampak sesak Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> RR : 32x/menit Suara nafas ronchi Terdapat retraksi dada | - | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret Data Subyektif : <ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan pasien batuk berdahak dan pilek selama 1 minggu Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> Terdengan suara ronchi RR : 42x/menit Terdapat penggunaan otot-otot bantu pernapasan |
| 2 | - | Resiko infeksi berhubungan dengan | - | Resiko infeksi berhubungan dengan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | <p>prosedur invasif</p> <p>Data Subyektif : -</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang IV plug sejak 28 Juni 2018 • Suhu tubuh 36.6 °C • AL 15.1×10^3 /ul | | <p>prosedur invasive</p> <p>Data subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang infus KAEN 16 tpm di tangan sebelah kiri |
| 3 | - | <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai dirawat di RS. Ibu dan An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga nampak lemas dan lesu <p>Rambut berantakan</p> | - | <p>Cemas berhubungan dengan hospitalisasi</p> <p>Data subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien sedikit susah tidur dan terkadang menangis <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat gelisah |
| 4 | - | <p>Resiko jatuh berhubungan dengan penyakit bronkopneumonia</p> <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan An. A kerap terjaga di malam hari <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usia An. A masih 9 bulan <p>Nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi)</p> | | |
| 5 | - | <p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang dialami anaknya. Tidak memahami tentang | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | bronkopneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini Data Objektif : - | | |
|--|--|---|--|--|

Sumber : Kustini (2018) & Mulyani (2018)

Berdasarkan hasil tabel diatas maka pada klien 1 ditegakkan 5 diagnosa sedangkan klien 2 ditegakkan 3 diagnosa. Adapun diagnosa yang ditegakkan sama pada klien 1 dan 2 yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dan terdapat suara nafas ronki.

f. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|--|---|--|
| Klien 1 | | |
| Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam Kriteria hasil : 1. RR < atau sama dengan 20 2. Suara nafas vesikuler 3. Tidak terdapat retraksi dada | 1. Observasi suara dan pola pernapasan serta tanda-tanda vital pasien 2. Berikan nebulizer dengan ventoline 1A + 2cc Nacl 0.09 %/8 jam dan salbutamol syrup 1.5cc setiap 12 jam 3. Edukasi keluarga terkait cara perawatan pasien bronkopneumonia di rumah dan pencegahan |
| Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil : 1. tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sitemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) 2. suhu tubuh normal 36.5 – 37.5°C 3. AL normal (6 – 17.5) keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat di RS dan di rumah | 1. Observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed 2. Latih keluarga cara cuci tangan dengan 6 langkah 3. Ganti lokasi tusukan infus setiap 3 hari sekali 4. Edukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit dan di rumah. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker. Kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamicin 40 mg / 24 jam IV |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Risiko Jatuh Berhubungan dengan penyakit Bronkopneumonia</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terbebas dari cedera 2. Keluarga mampu menjelaskan bagaimana cara mencegah cedera. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien 2. Memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih 3. Gunakan gelang kuning sebagai identitas resiko jatuh 4. Edukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berbahaya di sekitar pasien 5. Berikan penerangan yang cukup 6. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan memberitahukan keluarga untuk tidak memposisikan pasien terlalu di pinggir. |
| <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini</p> | <p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat 2. vital sign dalam batas normal 3. pasien mampu menunjukkan tehnik untuk kontrol cemas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien 2. Latih keluarga melakukan tehnik relaksasi nafas dalam 3. Ajak keluarga pasien bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan yang ada. |
| <p>Defisit pengetahuan kurang terpapar informasi</p> | <p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Selama 1 x 24 jam difisiensi pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu memahami penyakit Pneumonia 2. keluarga mampu menyebutkan cara penanganan dan pencegahan penyakit Pneumonia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga tentang pneumonia 2. Berikan edukasi terkait dengan penyakit Pneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahan pneumonia. |

| Klien 2 | | |
|--|---|---|
| Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret | <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x20 menit, pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RR dalam batas normal (30-40x/ menit) 2. HR dalam batas normal 3. Tidak terdapat penggunaan otot-otot tambahan | <p>Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi respirasi rate dan heart rate 2. Latihan nafas dalam dengan cara tiup balon 3. Motivasi pasien banyak minum 4. Edukasi keluarga untuk melatih nafas dalam 5. Kelola pemberian nebulizer |
| Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resiko infeksi tidak terjadi 2. Tidak terdapat peningkatan suhu tubuh 3. Tidak terdapat kemerahan di daerah luka tusuk 4. Tidak terdapat pembengkakan do daerah luka tusuk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi luka tusukan 2. Monitor TTV 3. Lakukan dressing infuse 4. Edukasi keluarga pasien untuk mengenali tanda-tanda infeksi 5. Kelola pemberian obat antibiotic |
| Cemas berhubungan dengan hospitalisasi | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka cemas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak menangis 2. Pasien mau berinteraksi dengan orang lain | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan terapi bermain pada pasien 2. Monitor tingkat kecemasan pasien |

Sumber : Kustini (2018), Mulyani (2018)

Tabel diatas menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada klien 1 dan klien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan.

g. Implementasi

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Subjek 1 Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| Waktu pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|--------------------------------|--|----------|
| Hari ke-1 2-7-2018 09.00 | Mengobservasi suara dan pola nafas serta tanda-tanda vital | - |
| 09.00 | Mengobservasi TTV pasien setiap shift dan kebersihan bed | - |
| 09.00 | Mengobservasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien | - |
| 09.00 | Mengobservasi tanda-tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien | - |
| 09.00 | Kaji kebutuhan belajar pasien dan keluarga | - |
| 09.20 | Memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih | - |
| 09.30 | Melatih keluarga bagaimana cara mencuci tangan dengan 6 langkah | - |
| 09.45 | Mengedukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker | - |
| 10.00 | Mengedukasi keluarga terkait tatalaksana pada pasien dengan kondisi penyakit (memberikan air hangat dan posisi kepala lebih tinggi dari badan dan ekstensi) | - |
| 10.00 | Melatih melakukan teknik relaksasi nafas dalam | - |
| 10.00 | Berikan edukasi terkait dengan penyakit dan cara perawatannya di rumah serta pencegahannya | - |
| 10.15 | Mengajak keluarga bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsi pasien | - |
| 10.40 | Mengedukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang barang berbahaya di sekitar pasien | - |
| 11.00 | Memberikan nebulizer dengan ventoline 1A2+2cc NaCl 0.09% / 8jam | - |
| Hari ke-2 3-7-2018 08.00 | Mengobservasi suara dan pola nafas serta tanda-tanda vital- | - |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 08.00 | Mengobservasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed | - |
| 09.00 | Mengobservasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien serta motivasi untuk selalu menjaga keamanan An. A | - |
| 09.00 | Mengevaluasi terkait dengan cuci tangan bersih dan 6 langkah | - |
| 09.00 | Mengobservasi tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien | - |
| 11.00 | Memberikan nebulizer dengan ventoline 1A2+2cc NaCl 0.09% /12 jam | - |
| 11.00 | Memberikan obat pasien sesuai dengan program. Gentamisin 2x40mg IV | - |
| Hari ke-3 4-7-2018 08.00 | Mengobservasi suara dan pola nafas serta tanda-tanda vital | - |

Sumber : Wara Kustini (2018)

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Subjek 2 Klien Anak dengan Bronkopneumonia

| Waktu pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|------------------------------------|----------------------|----------|
| Hari ke-1 08 Juni 2018 09.30 | Melatih nafas dalam | - |
| Hari ke-2 09 Juni 2018 09.30 | Melatih nafas dalam | - |
| Hari ke-3 10 Juni 2018 | Melatih nafas dalam | - |

Sumber : Putri Mulyani (2018)

Berdasarkan tabel diatas bahwa Implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 2 hari dirumah sakit dan 1 hari dirumah klien pada tanggal 2 Juli -

| | | |
|--|---------------------|---|
| | Dx 3 : Resiko jatuh | <p>tangan, cara berperilaku hidup bersih dan sehat dan mampu merangkumnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu mempraktikkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar - Bed tempat tidur An. A Nampak bersih dan rapi - Suhu tubuh 36,9°C - Nilai AL 15.1 x 10³ <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat tanda infeksi (panas baik local, mapun sistemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) tercapai sebagian - AL normal tercapai - Keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat tercapai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed - Evaluasi terkait dengan cuci tangan bersih 6 langkah - Kelola pemeberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicillin 200mg/ 6 jam dan gentamisin 40mg/ 24 jam IV <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan selalu mengawasi dan memasang side rail - Keluarga mengatakan paham dengan apa yang disampaikan dan dapat menyimpulkan <p>O : An. A mulai tenang Keluarga Nampak membereskan dan merapikan tempat tidur</p> <p>A :</p> |
|--|---------------------|---|

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | <p>Dx 4 : Ansietas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terbebas dari cedera teratasi - Keluarga mampu menjelaskan cara pencegahan cedera <p>P :</p> <p>Observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien serta memotivasi untuk selalu menjaga keamanan An. A</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan merasa senang dan lega setelah cerita - Ibu mengatakan terasa berat dibagian leher - Ibu mengatakan merasa lebih nyaman dan enak setelah di pijat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 130/80 - N : 88x/menit - RR : 21x/menit - Keluarga mampu mempraktikkan teknik nafas dalam - Pasien tampak lebih rileks - Ekspresi wajah santai - Pasien tampak senang dan lebih ceria <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat tercapai - Vital sign dalam batas normal tercapai - Pasien mampu menunjukkan teknik untuk control cemas tercapai <p>P : Observasi TTV, kondisi dan tingkat kecemasan pasien</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan |
| | <p>Dx 5 : Defisit pengetahuan</p> | |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| | | <p>sudah paham dengan materi dan informasi yang sudah diberikan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu mengulangi dan menyimpulkan informasi yang di dapat - Keluarga mengatakan akan menjaga sebaik mungkin setelah pulang nanti <p>A : Defisit pengetahuan teratasi P : Pertahankan intervensi</p> |
| <p>Hari 2 3-7-2018 14.00</p> | <p>Dx 1 : Bersihan jalan nafas tidak efektif</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. A masih sering terlihat sesak - Keluarga mengatakan pasien nampak lebih lega <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. A batuk-batuk sputum bening dan sedikit - RR : 24x/ menit - Retraksi dada minimal - Suara nafas ronchi dan wheezing masih ada <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas < atau sama dengan 20 tercapai sebagian - Suara nafas vesikuler belum tercapai - Tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien/ 8 jam - Pasien boleh pulang - Lakukan kunjungan |

| | | |
|--|------------------------------|--|
| | <p>Dx 2 : Resiko infeksi</p> | <p>rumah untuk evaluasi kondisi pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan penyakit di lingkungan rumah - Evaluasi pemahaman keluarga tentang penyakit - Evaluasi konsumsi obat pada An. A <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan tidak ada keluhan demam - Keluarga mengatakan masih ingat dengan cara mencuci tangan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu mengulangi dengan baik dan benar - Suhu tubuh 36,2°C - Nadi 98x/ menit - Kondisi bed bersih dan rapi - Nilai AL 15.1 x 10³ <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sistemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) tercapai sebagian - AL normal tercapai - Keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat tercapai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed - Lepas IV plug. Pasien boleh pulang |
| | <p>Dx 3 : Resiko jatuh</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan selalu mengawasi dan |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | Dx 4 : Ansietas | <p>memasang side rail</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan akan lebih waspada lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. A mulai tenang - Keluarga Nampak membereskan dan merapikan tempat tidur <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terbebas dari cedera teratasi - Keluarga mampu menjelaskan cara pencegahan cedera <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien BLPL <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan hari ini terasa lebih ringan - Ibu mengatakan merasa nyaman dan enak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/90 - N : 88x/menit - RR : 21x/menit - Kecemasan ringan - Pasien tampak lebih rileks - Ekspresi wajah santai <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat tercapai - Vital sign dalam batas norml tercapai - Pasien mampu menunjukkan teknik untuk control cemas tercapai <p>P : Pertahankan intervensi</p> |
| Hari 3 4-7-2018 12.00 | Dx 1 : Bersihan jalan nafas tidak efektif | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. A masih sering terlihat sesak |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien Nampak lebih lega <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. A batuk-batuk sputum bening dan sedikit - RR : 22x/ menit - Retraksi dada minimal - Suara nafas ronchi dan wheezing masih ada <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas < atau sama dengan 20 tercapai sebagian - Suara nafas vesikuler belum tercapai - Tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien/ 8 jam |
|--|--|--|

Sumber : Kustini (2018)

Tabel 4.10 Evaluasi Asuhan Keperawatan subjek 2 dengan Bronkopneumonia

| Hari ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------------------|------------------------------------|--|
| Hari 1 8 Juni 2018 09.30 | Bersihan jalan nafas tidak efektif | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 41x/menit - Terdapat penggunaan otot-otot tambahan - Belum ada reflek batuk - Dahak tidak keluar - Terdengar suara ronkhi - Dapat melakukan tiup balon sebanyak 23x selama 30 menit - Pasien kurang focus dalam meniup balon <p>A : Bersihan jalan nafas belum teratasi</p> |

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|
| | | P : latihan nafas dalam dengan cara meniup balon |
| Hari 2 9 Juni 2018 09.30 | Bersihan jalan nafas tidak efektif | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 40x/menit - Terdapat penggunaan otot-otot bantu nafas - Tidak ada reflek batuk - Dahak tidak keluar - Terdengar suara ronkhi - Dapat melakukan tiup balon sebanyak 24x/menit - Pasien kurang focus dalam meniup balon <p>A : Bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih nafas dalam dengan meniup balon pada pasien - Ajarkan kepada keluarga cara meniup balon untuk anak |
| Hari 3 10 Juni 2018 09.30 | Bersihan jalan nafas tidak efektif | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 38x/menit - Terdapat penggunaan otot-otot tambahan pernapasan - Tidak ada reflek batuk - Dahak tidak keluar - Terdengar suara ronkhi - Dapat melakukan tiup balon sebanyak 26x/menit <p>A : Bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan nafas dalam dengan meniup balon pada pasien - Ajarkan kepada keluarga cara meniup balon untuk anak |

Sumber : Mulyani (2018)

Tabel di atas menjelaskan bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari di rumah sakit dan 1 hari di rumah klien, evaluasi pada klien 1 menunjukkan 4 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu resiko infeksi dihari ke 2, resiko jatuh dihari ke 2, ansietas teratasi dihari ke 2 dan defisit pengetahuan teratasi di hari ke 1. Sedangkan pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, evaluasi pada klien 2 menunjukkan 3 diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif selama 3 hari perawatan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil studi literature asuhan keperawatan pada anak klien 1 dan 2 dengan bronkopneumonia di ruang rawat anggrek RSUD Kota Yogyakarta dan ruang dahlia RSUD Wonosari. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Hasil dari pengkajian didapatkan beberapa data yang ada pada kedua klien. Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada hari senin, 2 Juli 2018 sedangkan pada klien 2 tidak ada tanggal kapan dilakukan pengkajian, klien 1 berusia 9 bulan dan klien 2 berusia 5 tahun, terdapat

keluhan utama klien 1 yaitu batuk, pilek dan dahak tidak bisa keluar. Sedangkan pada klien 2 hanya batuk berdahak dan pilek.

Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua klien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. Didapatkan hasil pada klien 1 yaitu nadi 120 x/menit, respirasi 32 x/menit, suhu 36,6°C. Sedangkan klien 2 : nadi 100 x/menit, respirasi 42 x/menit, suhu 36,5 °C. Pada data hasil pemeriksaan fisik pada klien 1 didapatkan pernafasan ronki dan suara paru redup sedangkan data pada klien 2 didapatkan pernafasan ronki. menurut Wijayaningsih (2013) Hal ini dapat terjadi karena gejala klinis terjadinya bronkopneumonia ditandai dengan batuk dan suara ronchi. Sesuai dengan teori menurut Wijayaningsih (2013) pasien bronkopneumonia biasanya terjadi adanya peningkatan suhu tubuh dikarenakan terdapat peradangan pada bronkus, pernapasan cuping hidung, anoreksia, dan intoleransi aktivitas dikarenakan kelelahan. Tetapi pada klien 1 dan 2 tidak ditemukan data tersebut hal ini dikarenakan data kurang lengkap.

Pengkajian pada klien 1 ibu mengatakan merasa khawatir dengan kondisi anaknya karena merasa awalnya hanya batuk dan pilek saja tetapi tetapi dirawat di RS. Ibu hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya. Sedangkan pada klien 2 mengalami hospitalisasi dan ibu klien mengatakan selama dirumah sakit klien sedikit susah tidur dan terkadang menangis disertai gelisah. Sesuai dengan teori Mandiri & Prayogi (2016) Hospitalisasi merupakan keadaan yang mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan karena suatu alasan

yang berencana maupun kondisi darurat. Tinggal dirumah sakit dapat menimbulkan stress bagi anak-anak. Tinggal di rumah sakit bisa sulit bagi anak pada usia berapapun. Penyakit dan rumah sakit berpotensi besar membuat anak mengalami stress. Proses hospitalisasi dapat dikatakan mengganggu kehidupan anak dan dapat mengganggu perkembangan normal. Ketika anak-anak menjalani perawatan di rumah sakit, mereka mungkin kehilangan teman-teman dan keluarga. Mereka mungkin bosan atau takut.

Pengkajian pada klien 1 ditemukan pasien terpasang IV plug sejak tanggal 28 Juni 2018 dan pada klien 2 terpasang infus ditangan kiri. Pada pemeriksaan penunjang pada klien 1 telah dilakukan pemeriksaan laboratorium dan didapatkan hasil leukosit 15,1 dan pemeriksaan rontgen thorax dengan kesan : Bronchopneumonia. Sedangkan pada klien 2 tidak ada data hasil laboratorium dan juga rontgen thorax.

Pengkajian pada klien 1 ditemukan data yaitu ibu mengatakan An. A kerap terjaga di malam hari, usia An. A masih 9 bulan dan terdapat nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi). Sedangkan pada klien 2 tidak ada penilaian resiko jatuh. Dan ditemukan data pada klien 1 yaitu ibu An. A mengatakan hanya mengetahui tentang batu pilek yang dialami anaknya. Tetapi tidak memahami tentang bronkopneumonia yang sedang diderita anaknya saat ini.

Menurut asumsi peneliti terdapat kesamaan dan kesenjangan antara teori dan kasus bahwa klien 1 dan 2 memiliki keluhan utama yang sama

yaitu batuk dan pilek dan dari hasil pemeriksaan fisik klien 1 dan 2 terdapat bunyi napas ronchi. Adapun kedua klien terdapat kesenjangan antara kasus dan teori yaitu baik klien 1 maupun klien 2 saat pengkajian tidak di temukan adanya peningkatan suhu tubuh, kelemahan, pernapasan cuping hidung dan anoreksia. Hal ini terjadi karena data kurang lengkap.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan Diagnosa keperawatan menurut Nurarif dan Kusuma (2016) dan standar diagnose keperawatan PPNI (2017) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Bronckopneumonia terdapat 7 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu, Bersihan jalan nafas tidak efektif, Gangguan pertukaran gas, Defisit nutrisi, Resiko ketidakseimbangan elektrolit, Intoleransi aktivitas, Hipetermi dan ansietas.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, resiko jatuh berhubungan dengan penyakit

bronkopneumonia, ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Sedangkan pada klien 2 terdapat 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive, ansietas berhubungan dengan hospitalisasi. Sedangkan bila dilihat dari SDKI ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori dalam penegakkan diagnosa keperawatan, pada klien 1 ditemukan 3 diagnosa yang tidak sesuai dengan teori : resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, resiko jatuh berhubungan dengan penyakit bronkopneumonia, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Sedangkan pada klien ditemukan 1 diagnosa yang tidak sesuai dengan teori : resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive.

Berdasarkan penegakan diagnosa sesuai dengan standar diagnosis keperawatan Indonesia terdapat tanda/gejala mayor ditemukan sekitar 80-100% untuk validasi diagnosa sedangkan tanda/gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

Berikut ini pembahasan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori pada kasus klien 1 dan 2 yaitu :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi, penumpukan secret.

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan pada klien 1 bersihan jalan nafas tidak efektif

berhubungan dengan hipersekresi dan pada klien 2 bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret. Diagnosa yang tepat menurut PPNI (2017) yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas (D.0001). Mikroorganisme yang masuk ke saluran pernapasan memicu peradangan yang menimbulkan secret yang semakin lama semakin menumpuk di bronkus sehingga aliran bronkus menjadi sempit dan pasien menjadi sesak (Nurarif&Kusuma, 2016). Pada klien 1 dari hasil pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor objektif : yaitu suara nafas ronkhi dan tanda dan gejala minor subjektif : dyspnea dan pada klien 2 ditemukan tanda dan gejala mayor objektif : yaitu suara napas ronkhi dan hasil pengukuran tanda-tanda vital klien 1 nadi : 120 x/menit, suhu : 36,6°C dan pernafasan : 32x/menit. Dari data tersebut tanda/gejala mayor dan minor yang ditemukan tidak terdapat 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (PPNI, 2017). Sedangkan pada klien dan hasil pengukuran tanda-tanda vital klien 2 nadi : 100 x/menit , suhu : 36,5°C dan pernafasan : 42x/menit Dari data tersebut tanda/gejala mayor dan minor yang ditemukan tidak terdapat 80% - 100% untuk Validasi diagnosis keperawatan (PPNI, 2017).

Menurut asumsi peneliti data pada klien 1 dan klien 2 diagnosa yang ditegakkan tidak terdapat 80-100% tanda mayor sebagai syarat penegakan diagnosa keperawatan.

b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive. Berdasarkan data pengkajian didapatkan data pada klien 1 yaitu pasien terpasang IV plug sejak 28 Juni 2018 suhu tubuh 36,6°C dan angka leukosit 15.1×10^3 /ul. Data ini menunjukkan pada klien 1 tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Sedangkan pada klien 2 tidak ada data suhu tubuh dan juga angka leukosit. Diagnosa tersebut tidak tepat untuk di tegakkan karena diagnosa yg di angkat hanya resiko bukan diagnosa aktual. Diagnosa yang tepat menurut PPNI (2017) yaitu Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142).

Menurut asumsi peneliti diagnosa yang diangkat pada klien 1 dan 2 memiliki kesejangan dengan teori karena diagnosa resiko infeksi tidak ditegakkan didalam teori (nurarif & Kusuma, 2016).

c. Resiko jatuh berhubungan dengan penyakit bronkopneumonia

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan Resiko jatuh berhubungan dengan penyakit bronkopneumonia. Di dapatkan data penilaian resiko jatuh dengan nilai 15 (resiko tinggi) dan klien 1 masih berusia 9 bulan. Diagnosa tersebut tidak tepat untuk di tegakkan karena diagnosa yg di angkat hanya resiko bukan diagnosa aktual. Diagnosa yang tepat menurut PPNI (2017) yaitu yaitu resiko jatuh dibuktikan dengan usia < 2 tahun (D.0143).

Menurut asumsi peneliti didapatkan data pada klien 1 berusia 9 bulan. Diagnosa ini ditegakkan untuk klien 1 sedangkan klien 2 tidak ditegakkan diagnosa resiko jatuh.

d. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini, hospitalisasi

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini pada klien 1 dan ansietas berhubungan dengan hospitalisasi pada klien 2. Pada klien 1 diagnosa yang ditegakkan kurang tepat. Diagnosa yang tepat menurut PPNI (2017) yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080). Pada klien 1 dari hasil pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor subjektif : merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi dan tanda objektif : tampak gelisah . Dari data tersebut tanda/gejala yang ditemukan tidak terdapat 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (PPNI, 2017). Pada klien 2 diagnosa yg ditegakkan adalah ansietas berhubungan dengan hospitalisasi kurang tepat karena hospitalisasi merupakan kondisi klinis terkait yang terjadi pada klien dengan ansietas. Diagnosa yang tepat adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Pada klien 2 dari hasil pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor objektif : susah tidur dan tampak gelisah .Dari data tersebut tanda/gejala mayor tidak terdapat 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (PPNI, 2017).

Kecemasan merupakan perasaan yang paling umum dialami oleh pasien anak yang mengalami hospitalisasi. Kecemasan yang sering dialami seperti menangis, dan takut pada orang baru. Banyaknya stressor yang alami anak ketika menjalani hospitalisasi menimbulkan dampak negative yang mengganggu perkembangan anak. Lingkungan rumah sakit dapat merupakan penyebab stress dan kecemasan pada anak (Utami, 2014)

Menurut asumsi peneliti data pada klien 1 dan klien 2 diagnosa yang ditegakkan tidak terdapat 80-100% tanda mayor sebagai syarat penegakan diagnosa keperawatan

e. Defisit pengetahuan dengan kurang terpapar informasi

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111). Pada klien 1 sedangkan pada klien 2 tidak ditegakkan diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pada klien 1 dari hasil pengkajian ditemukan data yaitu ibu An. A mengatakan hanya mengetahui tentang batu pilek yang dialami anaknya. Tidak memahami tentang bronkopneumonia yang sedang diderita anaknya saat ini. Pada klien 1 dari hasil pengkajian tidak ditemukan tanda dan gejala mayor dan minor.

Menurut peneliti data pada klien 1 dan klien diagnosa yang ditegakkan tidak terdapat 80-100% tanda mayor sebagai syarat penegakan diagnosa keperawatan .

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kriteria hasil meliputi: RR < / sama dengan 20, suara nafas vesikuler, tidak terdapat retraksi dada. Rencana tindakan dalam diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif meliputi : Observasi suara dan pola pernapasan serta tanda-tanda vital pasien, Berikan nebulizer dengan ventoline 1A + 2cc Nacl 0.09 %/8 jam dan salbutamol syrup 1.5cc setiap 12 jam, Edukasi keluarga terkait cara perawatan pasien bronkopneumonia di rumah dan pencegahan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x20 menit, pasien dapat : RR dalam batas normal

(30-40x/ menit), HR dalam batas normal, Tidak terdapat penggunaan otot-otot tambahan. Rencana tindakan dalam diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif meliputi : Observasi respirasi rate dan heart rate, Latihan nafas dalam dengan cara tiup balon, Motivasi pasien banyak minum, Edukasi keluarga untuk melatih nafas dalam, Kelola pemberian nebulizer.

Perencanaan menurut SIKI yang tepat yang sesuai dengan diagnosa bersihan jalan nafas sebagai berikut : (PPNI, 2018) , (PPNI, 2019). Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka bersihan jalan napas meningkat (L.01001) dengan Kriteria hasil: Batuk efektif, Produksi sputum menurun, *Wheezing* menurun, Dispnea menurun, Sianosis menurun, Gelisah menurun. Frekuensi napas membaik, Pola napas membaik. Rencana tindakan dalam diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif meliputi : Observasi yaitu Identifikasi kemampuan batuk, Monitor adanya retensi sputum, Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas, Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Auskultasi bunyi napas .Terapeutik yaitu Atur posisi semi fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Berikan oksigen, jika perlu. Edukasi yaitu Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, Ajarkan teknik batuk efektif, Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3. Kolaborasi yaitu Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

Menurut asumsi peneliti rencana keperawatan yang terdapat di literature review pada klien 1 tidak ada intervensi observasi seperti identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, monitor tanda dan gejala infeksi saluran pernapasan dan intervensi terapeutik seperti Atur posisi semi fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Berikan oksigen, jika perlu. Sedangkan pada klien 2 tidak ada beberapa intervensi observasi yang dilakukan seperti identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, monitor tanda dan gejala infeksi pernapasan dan auskultasi bunyi napas dan ada beberapa intervensi terapeutik yang tidak ada seperti atur posisi semi fowler dan fowler dan pemberian oksigen jika perlu.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan dengan masalah keperawatan resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasive yaitu Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil : Tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sistemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah), suhu tubuh normal $36.5 - 37.5^{\circ}\text{C}$, AL normal (6 – 17.5), keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat di RS dan di rumah. Rencana tindakan dalam diagnosa resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasive: Observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed, Latih keluarga cara cuci tangan dengan 6 langkah, Ganti lokasi tusukan infus setiap 3 hari sekali, Edukasi keluarga terkait

dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit dan di rumah. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker, Kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamicin 40 mg / 24 jam IV.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : Resiko infeksi tidak terjadi, Tidak terdapat peningkatan suhu tubuh, Tidak terdapat kemerahan di daerah luka tusuk, Tidak terdapat pembengkakan do daerah luka tusuk. Rencana tindakan dalam diagnosa resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasive: Observasi luka tusukan, Monitor TTV, Lakukan dressing infuse, Edukasi keluarga pasien untuk mengenali tanda-tanda infeksi, Kelola pemberian obat antibiotic.

Perencanaan yang tepat yang sesuai dengan diagnosa resiko infeksi sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan Kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, demam menurun, kadar sel darah putih membaik. Rencana tindakan dalam diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif meliputi : Observasi yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Terapeutik yaitu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan

teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi. Edukasi yaitu Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Menurut asumsi peneliti rencana keperawatan yang terdapat di literature review pada klien 1 tidak ada intervensi edukasi seperti jelaskan tanda dan gejala infeksi dan intervensi terapeutik seperti pertahankan teknik aseptic pada pasien. Sedangkan pada klien 2 tidak ada beberapa intervensi terapeutik seperti cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptic pada pasien dan intervensi edukasi seperti mengajarkan cara mencuci tangan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dan 2 dengan dengan masalah keperawatan ansietas memiliki perbedaan. Pada klien 1 yang mengalami ansietas adalah orang tua dan pada klien 2 yang mengalami ansietas adalah klien. Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan dengan masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil : postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat, vital sign dalam batas normal, pasien mampu menunjukkan tehnik untuk kontrol cemas. Rencana tindakan dalam diagnosa resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasive: Observasi tanda-tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien , Latih keluarga

melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, Ajak keluarga pasien bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan yang ada.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 2 dengan dengan masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka cemas teratasi dengan kriteria hasil : Pasien tidak menangis, Pasien mau berinteraksi dengan orang lain. Rencana tindakan dalam diagnosa resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasive : Lakukan terapi bermain pada pasien, Monitor tingkat kecemasan pasien.

Perencanaan yang tepat yang sesuai dengan diagnosa ansietas sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan Kriteria hasil : verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang, keluhan pusing menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, pucat menurun, pola tidur membaik. Rencana tindakan dalam diagnosa ansietas meliputi : Observasi yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor), monitor tanda- tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Terapeutik yaitu ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang

tenang dan meyakinkan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang. Edukasi yaitu jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan untuk mengurangi ketegangan, latih teknik relaksasi.

Menurut asumsi peneliti rencana keperawatan yang terdapat di literature review pada klien 1 tidak ada intervensi observasi yaitu monitor tanda- tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Terapeutik yaitu ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang. Edukasi yaitu jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. Sedangkan pada klien 2 tidak ada beberapa intervensi monitor tanda- tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Terapeutik yaitu ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang. Edukasi yaitu jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, anjurkan mengungkapkan

perasaan dan persepsi, latih kegiatan untuk mengurangi ketegangan, latih teknik relaksasi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan resiko jatuh. Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan resiko jatuh dibuktikan dengan usia < 2 tahun yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil: Pasien terbebas dari cedera, keluarga mampu menjelaskan bagaimana cara mencegah cedera. Rencana tindakan dalam diagnosa resiko jatuh dibuktikan dengan usia < 2 tahun, yaitu : Observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien, memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih, gunakan gelang kuning sebagai identitas resiko jatuh, edukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berbahaya di sekitar pasien, berikan penerangan yang cukup, ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan memberitahukan keluarga untuk tidak memposisikan pasien terlalu di pinggir. Perencanaan yang tepat yang sesuai dengan diagnosa resiko jatuh sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan Kriteria hasil : jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat duduk menurun. Rencana tindakan dalam diagnosa resiko jatuh meliputi : Observasi yaitu identifikasi factor resiko jatuh,

identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya..
Terapeutik yaitu, orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, pasang *handrall* tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada kondisi terendah, tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari *nurse station*, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien. Edukasi yaitu anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

Menurut asumsi peneliti rencana keperawatan yang terdapat di literature review pada klien 1 tidak ada intervensi observasi yaitu identifikasi factor resiko jatuh, identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Terapeutik yaitu, orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah. Edukasi yaitu anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan. Perencanaan

asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Selama 1 x 24 jam difisiensi pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil : Keluarga mampu memahami penyakit bronkopneumonia, keluarga mampu menyebutkan cara penanganan dan pencegahan penyakit bronkopneumonia. Rencana tindakan dalam diagnosa defisit pengetahuan : Observasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga tentang bronkopneumonia, berikan edukasi terkait dengan penyakit Pneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahan bronkopneumonia. Perencanaan yang tepat yang sesuai dengan diagnosa defisit pengetahuan sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat pengetahuan membaik (L.12111) dengan Kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. Rencana tindakan dalam diagnosa defisit pengetahuan meliputi : Observasi yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik yaitu, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai

kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi yaitu jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Menurut asumsi peneliti rencana keperawatan yang terdapat di literature review pada klien 1 tidak ada intervensi observasi yaitu, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup. Edukasi yaitu, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan(Zaidin Ali,2014).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan 2 dilakukan diwaktu yang berbeda yaitu pada klien 1 dilakukan pada tanggal 2 Juli s/d 4 Juli 2018. Pada klien 2 pada tanggal 8 Juni s/d 10 Juni 2018 Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi

masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu Observasi suara dan pola pernapasan serta tanda-tanda vital pasien, Berikan nebulizer dengan ventoline 1A + 2cc NaCl 0.09 %/8 jam dan salbutamol syrup 1.5cc setiap 12 jam, Edukasi keluarga terkait cara perawatan pasien bronkopneumonia di rumah dan pencegahan. Sedangkan tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 2 yaitu melatih nafas dalam saja sedangkan perencanaan seperti Observasi respirasi rate dan heart rate, Motivasi pasien banyak minum, Edukasi keluarga untuk melatih nafas dalam, dan kelola pemberian nebulizer tidak dilakukan

Tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah keperawatan resiko infeksi pada kedua klien yaitu di sesuaikan dengan intervensi yang telah di buat oleh Peneliti. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu Observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed, Latih keluarga cara cuci tangan dengan 6 langkah, Ganti lokasi tusukan infus setiap 3 hari sekali, Edukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit dan di rumah. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker, Kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamicin 40 mg / 24 jam IV. Sedangkan pada klien 2 tidak ada data tindakan keperawatan diagnosa resiko infeksi yang dilakukan.

Tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas pada kedua klien yaitu di sesuaikan dengan intervensi yang telah di buat oleh Peneliti. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu Observasi tanda-tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien , Latih keluarga melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, Ajak keluarga pasien bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan yang ada. Sedangkan pada klien 2 tidak ada data tindakan keperawatan diagnosa ansietas yang dilakukan. Anak pada usia ini juga paling sensitif terhadap lingkungan mereka seperti nada suara, sentuhan dan gerakan tiba-tiba. Ketakutan terbesar bagi anak usia ini adalah terpisah dari orangtua mereka. Kehadiran dan ikatan waktu orangtua menjadi bagian paling penting dari rumah sakit untuk proses hospitalisasi anak. Menurut peneliti tindakan yang sesuai pada anak yang mengalami ansietas karena hospitalisasi adalah permainan keterampilan sensorimotorik seperti “cilukba”, tepuk tangan, pengulangan verbal dan imitasi gestur sederhana.

Tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah keperawatan resiko jatuh yaitu di sesuaikan dengan intervensi yang telah di buat oleh Peneliti. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu Observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien, Memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih, Gunakan gelang kuning sebagai identitas resiko jatuh, Edukasi kepada keluarga untuk

selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berbahaya di sekitar pasien, Berikan penerangan yang cukup, Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan memberitahukan keluarga untuk tidak memosisikan pasien terlalu di pinggir. Sedangkan pada klien 2 tidak ditegakkan diagnosa resiko jatuh.

Tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah keperawatan defisit pengetahuan yaitu di sesuaikan dengan intervensi yang telah di buat oleh Peneliti. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu Observasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga tentang bronkopneumonia, Berikan edukasi terkait dengan penyakit bronkopneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahan pneumonia. Sedangkan pada klien 2 tidak ditegakkan diagnosa defisit pengetahuan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 tidak ada hasil data subyektif dan obyektif setelah dilakukannya tindakan keperawatan tersebut. Hal ini dikarenakan data terdapat pada kasus tidak lengkap

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subyektif (S) data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses.

Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, & Chairani, 2013).

Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama 3 hari pada klien 1 dan selama 3 hari pada klien 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi pada klien 1 belum teratasi sampai hari ke 3 pada tanggal 4 Juli 2018 dengan hasil evaluasi yaitu, keluarga mengatakan pasien masih sering terlihat sesak dan suara napas masih ronchi sedangkan pada klien 2 juga belum teratasi sampai hari ke 3 pada tanggal 10 Juni 2018 dengan hasil evaluasi yaitu, dahak tidak keluar, RR 38x/ menit, tidak terdapat reflek batuk, dan masih terdengar suara ronchi. Pada evaluasi diagnosa keperawatan klien 1 resiko infeksi teratasi pada hari ke 2 dengan hasil evaluasi yaitu, suhu tubuh normal (36,2 °C), keluarga mengerti cara mencuci tangan, tidak terdapat tanda-tanda infeksi dan keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat. Sedangkan pada klien 2 tidak ada data implementasi resiko infeksi dan tidak ada evaluasi keperawatan. Pada evaluasi diagnosa keperawatan klien 1 resiko jatuh teratasi pada hari ke 2 dengan hasil evaluasi yaitu, keluarga selalu memasang side rail dan pasien terbebas dari cedera dan keluarga mampu menjelaskan pencegahan cedera. Sedangkan pada klien 2 tidak diangkat diagnosa keperawatan resiko jatuh. Pada evaluasi diagnosa keperawatan klien 1 ansietas teratasi pada hari ke 2 dengan hasil evaluasi yaitu, ibu pasien mengatakan nyaman, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD :

120/80mmHg, nadi : 88x/menit, RR : 21x/menit) dan ibu klien tampak rileks. Sedangkan pada klien 2 tidak ada data implementasi resiko infeksi dan tidak ada evaluasi keperawatan. Pada evaluasi diagnosa keperawatan klien 1 defisit pengetahuan teratasi pada hari ke 1 dengan hasil evaluasi yaitu, keluarga paham dengan materi dan informasi yang sudah diberikan dan dapat menyimpulkan informasi yang didapat. Sedangkan pada klien 2 tidak diangkat diagnosa keperawatan defisit pengetahuan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien anak dengan bronkopneumonia pada klien 1 di ruang rawat anggrek RSUD Kota Yogyakarta dan klien 2 di ruang dahlia RSUD Wonosari, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian didapatkan dari hasil studi review kasus pada klien 1 dan klien 2. Terdapat perbedaan dalam pengkajian yaitu pada klien 1 ditemukan pengkajian masa prenatal, natal, dan post natal, sedangkan pada klien 2 tidak ada data pengkajian masa natal dan data. Pada pengkajian ditemukan pada pasien 1 perkusi dada redup sedangkan pada klien 2 tidak ditemukan data pengkajian perkusi dada. Adapun pengkajian serupa yang didapatkan pada klien 1 dan klien 2 meliputi meliputi adanya suara nafas ronchi dan wheezing

2. Diagnosa keperawatan

Pada teori yang dikemukakan peneliti pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien anak dengan bronkopneumonia sebanyak 7 diagnosa yaitu Bersihan jalan napas tidak efektif, Gangguan pertukaran gas, Defisit nutrisi, Intoleransi aktivitas , Hipertermia dan ansietas.

Namun pada klien 1 hanya menemukan 2 diagnosa yang sama dengan teori dan pasien 2 peneliti hanya menemukan 1 diagnosa yang sama dengan teori.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang digunakan dalam kasus pada klien 1 dan klien 2 disusun sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan disesuaikan dengan teori yang ada. Intervensi disusun sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan kebutuhan klien dengan bronkopneumonia. Dalam implementasi pada klien 1 dilakukan semua rencana tindakan yang telah dibuat sedangkan pada klien 2 ditemukan rencana tindakan yang tidak dilakukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan pada klien 1 selama 3 hari dan pada klien 2 selama 3 hari perawatan dan dibuat dalam bentuk SOAP. Pada klien 1 didapatkan 1 diagnosa yang belum teratasi dan 4 diagnosa yang sudah teratasi, sedangkan pada klien 2 diagnosa tidak teratasi.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan bronkopneumonia. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan perawat mampu melakukan kerjasama yang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional dan komperhensif. Disarankan agar peneliti selanjutnya dapat menjelaskan gambaran lokasi dan keadaan tempat penelitian dilakukan.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan bronkopneumonia secara komperhensif dan mengikuti perkembangan literature-literatur keperawatan yang terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, Dicky & Angraeni, Wulan. (2017). *Tatalaksana Terkini Bronkopneumonia pada Anak di Rumah Sakit Abdul Moeloek The Current Management of Bronchopneumonia In Infant at Abdul Moeloek ' s Hospital.*
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di tingkat Pelayanan Dasar.* Jakarta: Dirjen Binkesmas.
- Deswita et.al. (2019). *STUDI KASUS : ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN BRONKOPNEUMONIA YANG MENGALAMI MASALAH OKSIGENASI.*
- Dinarti, Aryani, Nurhaeni, & Chairani. (2013). *Dokumentasi Keperawatan.* Jakarta: Trans Info Media.
- Kemendes RI. (2018). *Health Statistics.* Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Info Datin.* Jakarta.
- Kustini, Wara. (2018) Asuhan Keperawatan Bronkopneumonia Pada An. "A".
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2082>
- Mendiri, N. K., & Prayogi, A. S. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak & Bayi Resiko Tinggi.* Yogyakarta: PT Pustaka Baru.
- Mulyani, Putri. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia di RSUD Wonosari.
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2038/4/KTI%20PDF.pdf>
- Nurarif, Amin Huda, & Hardhi Kusuma. 2016. *NANDA NIC-NOC.*
- Pearce Evelyn, C.(2016). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis.* Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Rahajoe, Nastiti. 2010. *Buku Ajar Respirologi Anak.* Edisi 1. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Samuel, A. (2015). *BRONKOPNEUMONIA ON PEDIATRIC PATIENT.*
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan teori dan praktik.*Jakarata: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*

Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta : EGC.

Soediono. (2014). *Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak di Indonesia* . Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Soetjningsih. (2012). *Tumbuh Kembang Anak*. EGC.

Supartini. (2004). *Buku Ajar Konsep Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

Torwoto, & Ayani. (2009). *Anatomi dan Fisiologis untuk Para Medis*. Jakarta: FKUI.

Wijayaningsih .(2013). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta : CV. Trans Info Media.

Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

WHO. (2019). *Pneumonia*. Geneva : World Health Organization.

Wong. (2008). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Volume 2. Jakarta: EGC.

Yuliastati & Nining. (2016). *Keperawatan Anak*. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan.

LAMPIRAN

KASUS KE- 1

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

| | |
|--------------|---|
| Hari/Tanggal | : Senin, 02 Juli 2018 |
| Jam | : 07.30 WIB |
| Tempat | : Bangsal Anggrek RSUD Kota Yogyakarta |
| Oleh | : Wara Kusri |
| Sumber Data | : Keluarga pasien, rekam medis, dan tim kesehatan |
| Metode | : Anamnesis, Observasi, Pemeriksaan medis dan studi Dokumentasi |

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Pasien

Nama : An. A
Tempat tgl lahir : Yogyakarta, 08-09-2017
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : -
Pekerjaan : -
Status Perkawinan : -
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Alamat : Cantel Wetan, Yogyakarta
Diagnosa Medis : Bronchopneumonia
No RM : 71 28 xx
Tanggal Masuk RS : 28 Juni 2018

2) Penanggung Jawab / Keluarga

Nama : Tn. S
Umur : 40 tahun
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Wirausaha
Alamat : Cantel Wetan, Yogyakarta
Hubungan : Bapak
Status perkawinan : Kawin

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan An. A batuk, pilek nafas terdengar grok-grok dahak tidak bisa keluar.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Sebelum pasien masuk rumah sakit, Ibu mengatakan An. A batuk sejak 2 minggu yang lalu, demam saat awal sakit, demam turun sejak tanggal 19 juni 2018. An. A pilek sejak sakit sampai sekarang tetapi hilang timbul.

Periksa ke puskesmas pada tanggal 8 juni 2018, dapat obat antibiotic. Kemudian karena tidak ada perkembangan yang bagus, keluarga memerikasakan kembali An. A ke puskesmas pada tanggal 25 juni 2018 kemudian mendapatkan Cefadroxil 2 x 1, salbutamol 2 x 1.5, Trilac 2 x 2 mg.

Kemudian pada tanggal 28 Juni 2018 An. A control di puskesmas dan karena kondisi An. A yang semakin buruk, puskesmas memberikank An. A rujukan ke RS Kota Yogyakarta.

Pada saat pengakjian , tanggal 2 Juli 2018, An. A nampak demam. Selain itu keluarga mengeluhkan An. A masih batuk pilek selama 2 minggu lebih tanpa ada perubahan serta terdengar suara nafas yang grok-grok.

3) Riwayat kesehatan dahulu

a) Prenatal

Kehamilan ibu 9 bulan / 39 minggu dengan HPL 2 – 9 2017. Kemudian bayi lahir pada tanggal 8 – 9 – 2017.

b) Perinatal

Bayi lahir tanggal 8 – 9 – 2018 jenis kelamin perempuan. Dengan BBL 2870 gr, PB 43 cm, LK 33 cm, LD 33 cm dan LLA 10 cm. Setelah 3 hari, kemudian bayi namapk kuning dan menjalani foto terapi selama 24 jam.

c) Penyakit yang pernah di derita

An. A pernah kuning setelah 3 hari dilahirkan.

d) Hospitalisasi / tindakan Operasi

An. A demam 2 hari, kemudian di rawat di RSUD Kota untuk menstabilkan kondisi bayi, dengan foto terapi selama 24 jam. Belum pernah menjalan operasi.

e) Injury / kecelakaan

An. A tidak pernah mendapatkan luka atau mengalami kecelakaan.

f) Alergi

An. A tidak ada alergi obat, makanan atau suatu kondisi lingkungan khusus.

g) Imunisasi

Tabel 3.1

| No | Jenis | Usia | Pelaksanaan |
|----|---------|----------------|-------------|
| 1 | HB | 0 bulan | 8-9-2017 |
| 2 | BCG | 16 hari | 24-10-2017 |
| 3 | IPV I | 2 bulan 6 hari | 14-11-2017 |
| 4 | DPT-HB- | 2 bulan 6 hari | 14-11-2017 |
| 5 | IPV II | 3 bulan 4 hari | 12-12-2017 |
| 6 | DPT-HB | 3 bulan 4 hari | 12-12-2017 |
| 7 | IPV III | 7 bulan 1 hari | 9-5-2017 |
| 8 | DPT-HB | 7 bulan 1 hari | 9-5-2017 |
| 9 | Camapk | | belum |

h) Pengobatan

Menjalani fototerapi selama 24 jam.

4) Riwayat Pertumbuhan

a) Motorik Kasar

- (1) Tangan mengepal : 1 bulan
- (2) Miring : 2 bulan
- (3) Tengkurap : 3.5 bulan
- (4) Merangkak : 6 bulan
- (5) Duduk : 8 bulan
- (6) Rambatan : 9 bulan

b) Motoric Halus

- (1) Melihat : 1 bulan
- (2) Menggenggam : 1 bulan
- (3) Menggapai benda : 6 bulan
- (4) Menoleh : 2 bulan

c) Social

- (1) Melihat orang : 3 bulan
- (2) Senyum : 3 bulan
- (3) Berbicara : 8 bulan (kata masih patah-patah)

d) Bahasa

- (1) Jumlah kata : 3-4 kata
- (2) Intonasi masih belum jelas

5) Riwayat Keluarga

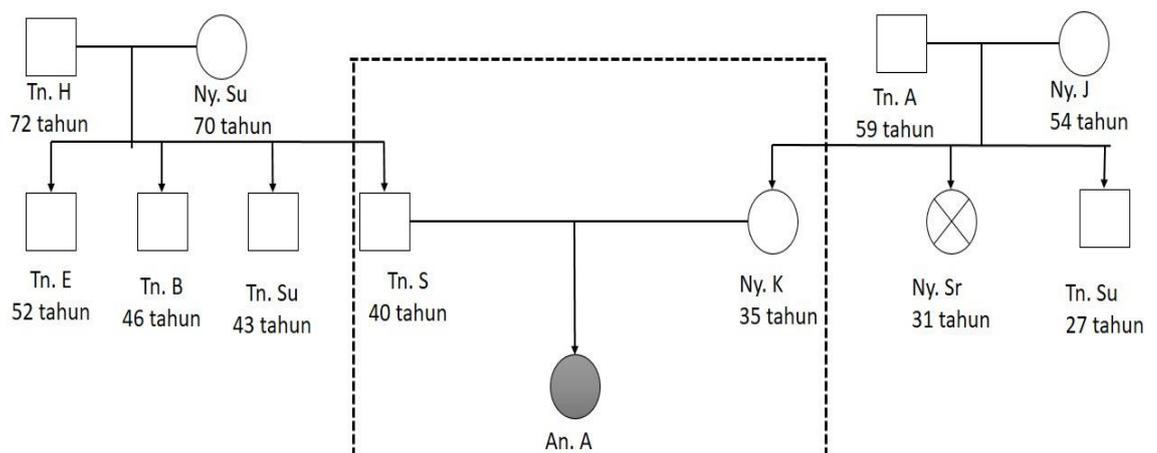
a) Lingkungan Rumah

Lingkungan rumah nampak kumuh, lembab, jendela tidak banyak di buka, bagian lantai nampak kotor, dan terdapat 2 kandang burung.

b) Penyakit keluarga

Tidak ada penyakit keturunan atau kronis dari keluarga. Bapak An. A tidak merokok.

c) Genogram



Gambar 3.1. Struktur Keluarga Pasien



c. Kesehatan Fungsional

1) Aspek fisik-biologis

a) Nutrisi

(1) Sebelum sakit

An. A sehari-hari mengkonsumsi bubur, ASI dan buah sejak usia 6 bulan. Di awal usia 9 bulan ini sudah latihan makan dengan nasi.

(2) Selama Sakit

An. A selama di rumah sakit mendapatkan diet bubur 3 x sehari. Serta masih di berikan ASI.

b) Pola Eliminasi

(3) Sebelum sakit

Ibu mengatakan An. A BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi sedang, warna coklat, dan berbau khas. BAK lancar, warna kuning dan berbau khas.

(4) Selama Sakit

Ibu An. A mengatakan saat pertama kali masuk, pada tanggal 28 Juli 2018 langsung BAB 2 kali dalam sehari. Konsistensi lunak, warna coklat, dan berbau khas. Namun hingga sekarang belum BAB lagi. BAK lancar , tidak ada gangguan. Sehari ganti pampers 4-5 kali.

c) Pola Aktivitas

(1) Sebelum Sakit

Ibu An. A mengatakan, An. A sudah mengikuti PAUD bayi sejak usia 2 bulan. Ibu mengatakan tidak ada gangguan nafas saat beraktifitas.

(2) Selama Sakit

Ibu An. A mengatakan anak bermain seperti anak biasa. Merambat, melangkah, menggunakan mainan. Ibu juga mengatakan suara nafas anak terdengar grok-grok serta anak mengalami batuk pilek.

d) Kebutuhan Istirahat Tidur

(1) Sebelum sakit

Ibu mengatakan An. A tidur siang 1 – 2 kali. Jam biasanya An. A tidur pukul 14.00, jam 18.00 dan jam 22.00.

(2) Selama sakit

Ibu mengatakan tidur siang jadi lebih banyak. Bisa sampai 3 kali. Malam lebih sering bangun karena kondisi ruangan yang panas dan merasa asing dengan lingkungan. Dalam sehari biasanya tidur Selama 10-12 jam.

2) Aspek Psiko-Sosio-Spiritual

a) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Ibu An. A mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita anaknya. Bagaimana penyebabnya hingga proses penyakitnya berlangsung.

b) Pola Hubungan

Ibu An. A mengatakan hubungannya dengan anak selama ini baik-baik saja. Begitu juga antara anak dengan lingkungan dan tetangganya.

c) Koping

Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya.

d) Kognitif

Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

- a) KU : cukup
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Tanda Vital
 - (1) TD :-
 - (2) Nadi : 120 kali/menit
 - (3) Suhu : 36.6°C
 - (4) RR : 32 kali/menit

2) Status Gizi

- e) TB : 67 cm
- f) BB : 6.8 kg

3) Kepala

- Bentuk : Oval
- Kulit : Bersih, tidak ada lesi atau luka
- Rambut: Lurus, bersih

4) Muka

- a) Mata
 - Konjungitva : Tidak anemis
 - Pupil : Isokor
 - Reflek terhadap cahaya : Positif
- b) Hidung :
- c) Mulut : Bersih tidak ada sariawan,
- d) Lidah : Bersih
- e) Gigi : Bersih
- f) Telinga : Bersih tidak ada serumen

5) Dada

- a) Paru
 - Inspeksi: Terdapat retraksi dada, normochest, tidak ada lesi
 - Palpasi : Ekspansi dada simetris.
 - Perkusi : Suara batas paru dan hati normal, suara sonor.

Auskultasi : Muncul suara ronchi dan whezing

b) Jantung

Inspeksi: Ictus cordis dalam batas normal

Palpasi : Ictus cordis teraba di ruang ICS 2 line dextra sinistra

Perkusi : Suara batas jantung dan paru normal, ICS 3 dan ICS 5

Auskultasi : Irama jantung regular, muncul suara whezing

6) Abdomen

Inspeksi: Tidak ada distensi dan luka ataupun lesi

Auskultasi : BU 7 kali permenit

Perkusi : Suara timpani

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

7) Ekstermitas

1) Atas

(1) ROM kanan dan kiri baik

(2) Tangan kiri terpasang IV plug sejak 28-06-2018.

(3) Respon rangsang : nyeri + dan tusuk +

2) Bawah

(1) ROM kanan dan kiri baik

(2) Respon rangsang nyeri + dan tusuk +

3) Kekuatan otot

| | |
|----|----|
| Ka | Ki |
| 5 | 5 |
| 5 | 5 |

e. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Ruang Anggrek

An. A

28 Juli 2018

Tabel 3.2

| Jenis pemeriksaan | Hasil | Satuann | Nilai rujukan |
|-----------------------------|-------|---------|---------------|
| Hematologi rutin | | | |
| Hemoglobin | 10.3 | Gr/dl | 10.5 – 12.9 |
| Hematokrit | 31.7 | | 35.0 – 47 |
| Lekosit | 15.1 | Ribu/ul | 6-17.5 |
| Eritrosit | 4.36 | Ribu/ul | 4.1 – 5.1 |
| Trombosit | 377 | Ribu/ul | 150-450 |
| MPV | 9.3 | fl | 7.2-11.1 |
| PDW | 10.1 | fl | 9-13 |
| Hitung jenis lekosit | | | |

| | | | |
|-----------|------|---|-------|
| Basofil | 0.1 | % | 0-1 |
| Monosit | 11.2 | % | 4-8 |
| Eosinofil | 0.0 | % | 1-6 |
| Limfosit | 12.7 | % | 22-40 |
| neutrofil | 76.0 | % | 25-49 |

2) Rontgen Thorax

Ruang Anggrek

An. A tanggal 29 Juni 2018

- Tampak corakan bronkovaskular meningkat, perselubungan inhomogen dengan air bronchogram (+). Diperihiler dan paracardial
- Kedua diafragma licin
- Pleura space mebeval (-)
- COR, CTR < 0.56
- Kesan :

Bronchopneumoni

f. Terapi Pengobatan

Nama : An. A Diagnosa Medis: Bronchopneumoni
Ruang : Anggrek Alamat : Yogyakarta

Tabel 3.3

| No | Nama obat | Dosis | Farmakoterapi |
|----|------------|-----------------------------|--|
| 1 | Gentamicin | 40 mg / 24 jam (Intra Vena) | Gentamisin (gentamicin) adalah antibiotik golongan aminoglikosida yang digunakan untuk mengobati infeksi-infeksi yang disebabkan terutama oleh bakteri gram negatif |
| 2 | Ventolin | 1 A + NaCl 0.09% 2 cc | Ventolin adalah obat yang digunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernafasan (vasodilator) seperti asma dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). |
| 3 | Ampicilin | 200 mg / 6 jam (Intra Vena) | Ampicillin adalah obat yang dapat digunakan untuk mengatasi infeksi akibat bakteri, seperti infeksi saluran pernapasan, saluran pencernaan, jantung (endokarditis), saluran kemih, kelamin (<u>gonore</u>), dan telinga. |
| 4 | Salbutamol | 2 x 1.5 cc | Obat ini sering disebut sebagai bronkodilator karena |

| | | | |
|---|--------|----------|---|
| | | | dapat melebarkan saluran udara pada paru-paru. Obat ini berkeja dengan cara melemaskan otot – otot disekitar saluran pernapasan yang menyempit sehingga udara dapat mengalir lebih lancar menuju paru-paru. |
| 5 | Trilac | 2 x 2 mg | Bekerja dengan mengurangi respon sistem kekebalan tubuh terhadap berbagai penyakit, sehingga dapat mengurangi gejala seperti pembengkakan, nyeri dan reaksi alergi |

2. Analisa Data

Nama : An.A

Dx Medis : Bronchopneumonia

Usia : 9 bulan

No RM : 71 28 xx

Tabel 3.4

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|----|--|------------------------------------|------------------------------|
| 1 | DS: -Ibu mengatakan An. A kerap terjaga di malam hari DO : -Usia An. A masih 9 bulan -nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi) -RR 32 kali/menit -suara nafas whezing | Resiko Jatuh | Penyakit Bronchopneumonia |
| 2 | DS : -keluarga mengeluhkan An.A kerap nampak sesak DO : -RR 32 kali/menit -terdapat retraksi dada -Suara nafas Ronchi dan Whezing | Bersihan jalan nafas tidak efektif | Hipersekresi |
| 3 | DS : - DO : -pasien terpasang IV plug | Resiko infeksi | Prosedur invasif |

| | | | |
|---|---|---------------------|----------------------------|
| | sejak 28 juni 2018 -suhu tubuh 36.6°C -AL 15.1 x 10 ³ /ul | | |
| 4 | DS : -Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya DO : -keluarga nampak lemas dan lesu -rambut berantakan | Ansietas | Ancaman pada satus terkini |
| 5 | DS : -Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini. DO : - | Defisit Pengetahuan | Kurang terpapar Informasi |

3. Prioritas Diagnosa Keperawatan

- a. Besihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi di tandai dengan keluarga mengeluhkan An.A kerap nampak sesak, RR 32 kali/menit, terdapat retraksi dada, dan Suara afas Ronchi dan Whezing.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive di tandai dengan pasien terpasang IV plug sejak 28 juni 2018, suhu tubuh 36.6°C dan AL 15.1 x 10³ /ul.
- c. Resiko jatuh berhubungan dengan penyakit bronchopneumoni di tandai dengan Ibu mengatakan An. A kerap terjaga di malam hari, Usia An. A masih 9 bulan, RR 32 kali / menit, suara nafas wheezing dan nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi)
- d. Ansietas berhubungan dengan status kesehatan terkini di tandai dengan Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya, keluarga nampak lemas dan lesu, dan rambut berantakan.
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini.

4. Rencana Keperawatan

Nama : An.A

Usia : 9 bulan

Tabel 3.5

Dx Medis : Bronchopneumonia

No RM : 71 28 xx

| No | Diagnosa | Kriteria hasil | Rencana keperawatan | Rasional |
|----|-------------------------------------|--|--|---|
| 1 | Bersihkan jalan nafas tidak efektif | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil : -RR < atau sama dengan 20 -suara nafas vesikuler -tidak terdapat retraksi dada | Senin, 2 juli 2018 09.00 WIB a. Observasi suara dan pola nafas serta tanda-tanda vital pasien b. Berikan nebulizer dengan ventoline 1 A + 2 cc NaCl 0.09 % perdelapan jam dan Salbutamol syrup 1.5 cc setiap 12 jam c. Edukasi keluarga terkait cara perawatan pasien pneumonia di rumah dan pencegahan pneumonia <i>Wara</i> | a. Menentukan tindakan selanjutnya yang akan diberikan b. Memberikan efek mukolitik untuk membersihkan jalan nafas dari hipersekresi c. Meningkatkan progres menuju kesehatan dengan kemampuan mandiri pasien |
| 2 | Resiko infeksi | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil : -tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sitemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) - suhu tubuh normal 36.5 – | Senin, 2 juli 2018 09.00 WIB a. Observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed b. Latih keluarga cara cuci tangan dengan 6 langkah | a. Menentukan tindakan selanjutnya yang akan diberikan b. Memutus mata rantai infeksi c. Memutus mata rantai infeksi |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | | <p>37.5°C</p> <p>-AL normal (6 – 17.5)</p> <p>-keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat di RS dan di rumah</p> | <p>c. Ganti lokasi tusukan infus setiap 3 hari sekali</p> <p>d. Edukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit dan di rumah. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker.</p> <p>e. Kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamicin 40 mg / 24 jam IV</p> | <p>d. Dengan pahamnya keluarga cara perilaku hidup bersih dan sehat, keluarga akan mampu mencegah terjadinya pneumonia di rumah</p> <p style="text-align: right;"><i>Wara</i></p> |
| 3 | Risiko Jatuh berhubungan dengan hipoventilasi | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terbebas dari cedera - Keluarga mampu menjelaskan bagaimana cara mencegah cedera. | <p>Senin, 2 juli 2018 09.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien b. Memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih c. Gunakan gelang kuning sebagai identitas resiko jatuh d. Edukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berbahaya di sekitar pasien | <ul style="list-style-type: none"> a. Menentukan tindakan apa yang akan di berikan selanjutnya b. Memastikan keamanan anak selagi tanpapengawasan dan meminimalisir resiko jatuh c. Memastikan keamanan anak selagi tanpapengawasan dan meminimalisir resiko jatuh d. Memotivasi pasien untuk ikut serta menjaga dan mengawasi keamanan anak e. Penerangan yang cukup dapat |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| | | | <p>e. Berikan penerangan yang cukup</p> <p>f. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan memberitahukan keluarga untuk tidak memposisikan pasien terlalu di pinggir.</p> <p style="text-align: right;"><i>Wara</i></p> | <p>meminimalkan resiko jatuh</p> <p>f. Mencegah pasien jatuh</p> |
| 4 | Ansietas | <p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat -vital sign dalam batas normal -pasien mampu menunjukkan tehnik untuk kontrol cemas | <p>Senin, 2 juli 2018 11.00</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Observasi tanda-tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien b. Latih keluarga melakukan tehnik relaksasi nafas dalam c. Ajak keluarga pasien bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan yang ada. <p style="text-align: right;"><i>Wara</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> a. Menentukan tindakan selanjutnya yang akan diberikan b. Meningkatkan kenyamanan pasien dengan mengelola nafas c. Pasien merasa di dengarkan dan ada yang berempati dengan masalahnya saat ini |
| 5 | Defisiensi pengetahuan b.d kurang terpapar informasi | <p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Selma 1 x 24 jam difisiensi pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -keluarga mampu | <p>Senin, 2 juli 2018 09.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Observasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga tentang pneumonia | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga sehingga dalam pemberian edukasi lebih tepat sasaran, |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | memahami penyakit Pneumonia -keluarga mampu menyebutkan cara penanganan dan pencegahan Pneumonia | tidak terjadi overlapping maupun ketidakjelasan materi |
| | | mampu cara dan penyakit | b. Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal |
| | | b. Berikan edukasi terkait dengan penyakit Pneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahan pneumonia. | |
| | | | <i>Wara</i> |

5. Implementasi dan Catatan Perkembangan

Nama : An. A

Dx medis : Bronchopneumonia

Usia : 9 Bulan

No RM : 71 28 xx

Tabel 2.6

| Diagnosa Keperawatan : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hipersekresi | | | |
|---|-----------------------|--|--|
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | 2-7-2018 09.00 wib | mengobservasi suara dan pola nafas serta tanda-tanda vital pasien | 2-7-2018, 14.00 wib S : - Keluarga mengatakan pasien nampak lebih lega |
| 2 | 2-7-2018 10.00 wib | mengedukasi keluarga terkait tatalaksana pada pasien dengan kondisi pneumonia (memberikan air hangat dan | - Keluarga mengatakan paham dengan materi yang diberikan dan mampu menyimpulkan materi . O : -An.A batuk-batuk sputum bening dan sedikit |

| | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| | | posisi posisi kepala lebih tinggi dari badan dan ekstensi) | -RR 38 x/menit -retraksi dada minimal |
| 3 | 2-7-2018 11.00 wib | memberikan nebulizer dengan ventoline 1 A + 2 cc NaCl 0.09 % perdelapan jam | -suara nafas ronchi dan whezing masih ada A : -RR < atau sama dengan 20 tercapai sebagian -suara nafas vesikuler belum tercapai -tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagian P : - observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien perdelapan jam (3-7-2018, 19.00) - berikan nebulizer dengan ventoline 1 + 2 cc NaCl 0.09 % perdelapan jam (3-7-2018, 19.00) <i>Wara</i> |
| 4 | 3-7-2017 08.00 wib | Mengobservasi suara dan pola nafas serta TTV pasien | 3-7-2017, 14.00 S : |
| 5 | 3-7-2017 11.00 | memberikan nebulizer dengan ventoline 1 A + 2 cc NaCl 0.09 % perduabelas jam | -Keluarga mengatakan An.A masih sering terlihat sesak - Keluarga mengatakan pasien nampak lebih lega O : -An. A batuk-batuk sputum bening dan sedikit -frekuensi nafas 24 x/menit -retraksi dada minimal -suara nafas ronchi dan whezing masih ada A : -frekuensi nafas < atau sama dengan 20 tercapai sebagian -suara nafas vesikuler belum tercapai -tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagian P : - observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien perdelapan jam (4-10-2017, 04.00) |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">- Pasien boleh pulang- lakukan kunjungan rumah untuk evaluasi kondisi pasien- berikan pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan pneumonia di lingkungan rumah- evaluasi pemahaman keluarga tentang pneumonia- evaluasi konsumsi obat pada An. A <p style="text-align: right;"><i>Wara</i></p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|-------------------|--|--|
| 6 | 4-7-2018 08.00 | mengobservasi suara dan pola nafas serta Tanda vital pasien perdelapan jam | <p>4-10-2017 12.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keluarga mengatakan An.A masih sering terlihat sesak - Keluarga mengatakan pasien nampak lebih lega <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -An. A batuk-batuk sputum bening dan sedikit -frekuensi nafas 22 x/menit -retraksi dada minimal -suara nafas ronchi dan whezing masih ada <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> -RR < atau sama dengan 20 tercapai sebagian -suara nafas vesikuler belum tercapai -tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien perdelapan jam (4-10-2017, 12.00) <p style="text-align: right;"><i>Wara</i></p> |
|---|-------------------|--|--|

Diagnosa Keperawatan : resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
|----|-----------------------|--|--|
| 1 | 2-7-2018 09.00 wib | Mengobservasi TTV pasien setiap shift dan kebersihan bed | 2-7-2017 , 14.00 wib S : |
| 2 | 2-7-2018 09.30 | Melatih keluarga bagaimana cara mencuci tangan dengan 6 langkah | -keluarga mengatakan sudah mengerti cara mencuci tangan, cara berperilaku hidup bersih dan sehat dan mampu merangkumnya |
| 3 | 2-7-2018 09.45 wib | Mengedukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker | O : -keluarga mampu mempraktikan cara mencuci tangan dengan baik dan benar - bed tempat tidur An. A nampak bersih dan rapi - suhu tubuh 36.9°C - Nilai AL 15.1 x 10 ³ A : -tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sitemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) tercapai sebagian -AL normal tercapai -keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat tercapai P : -observasi tanda vital pasien setiap shift dan |

kebersihan bed (3-7-2018, 08.00)
 -Evaluasi terkait dengan cuci tangan bersih 6 langkah (3-7-2018, 09.00)
 - kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program.
 Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamisin 40 mg / 24 jam IV

Wara

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| 4 | 3-7-2018, 08.00 | mengobservasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed | 3-7-2018, 14.00 WIB S : |
| 5 | 3-7-2018, 09.00 wib | mengevaluasi terkait dengan cuci tangan bersih dan 6 langkah | -keluarga mengatakan tidak ada keluhan demam -keluarga mengatakan masih ingat dengan cara memcuci tangan. |
| 6 | 3-10-2017 11.00 | memberikan obat pasien sesuai dengan program. gentamisin 2x40 mg IV. | O : -keluarga mampu mengulangi dengan baik dan benar -suhu 36.2°C -RR 24 x/menit -nadi 98 x/menit -kondisi bed bersih dan rapi -AL 15.1 x 10 ³ A : |

-tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sitemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) tercapai

-angka leukosit normal tercapai

-keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat tercapai

P :

-observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed

- lepas IV plug. Pasien boleh pulang

Wara

| Diagnosa Keperawatan : resiko Jatuh berhubungan dengan Kurang pengawasan | | | |
|--|-------|--------------|----------|
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |

| | | | |
|---|------------------------|---|--|
| 1 | 2-7-2018, 09.00 | Mengobservasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien | 2-7-2108, 14.00 wib S : - keluarga mengatakan selalu mengawasi dan memasan side rail -keluarga mengatakan paham dengan apa yang disampaikan dan dapat menyimpulkan O : -An.A mulai tenang |
| 2 | 2-7-2018, 09.20 | Memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih | -keluarga nampak membereskan dan merapikan tempat tidur An.A A : -Pasien terbebas dari cedera teratasi |
| 3 | 2-7-2018, 10.40 | Mengedukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berbahaya di sekitar pasien | -Keluarga mampu menjelaskan cara pencegahan cedera P : - observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien serta motivasi untuk selalu menjaga keamanan An.A (3-7-2018, 14.00) |
| | | | <i>Wara</i> |
| 5 | 3-7-2018, 09.00 wib | mengobservasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien serta motivasi untuk selalu menjaga keamanan An. A | 3-7-2108, 14.00 wib S : - keluarga mengatakan selalu mengawasi dan memasan side rail - keluarga mengatakan akan lebih waspada lagi O : -An.A lebih tenang -keluarga nampak membereskan dan merapikan tempat tidur An.A A : -Pasien terbebas dari cedera teratasi |

| | | | | |
|--|--|--|--|-------------|
| | | | -Keluarga mampu menjelaskan cara pencegahan cedera P : - Pasien BLPL | <i>Wara</i> |
|--|--|--|--|-------------|

| | | | |
|--|-------|--------------|----------|
| Diagnosa Keperawatan : ansietas berhubungan dengan status kesehatan saat ini | | | |
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |

| | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| 1 | 2-7-2018 09.00 wib | Mengobservasi tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien | 2-7-2018, 19.45 wib S : -ibu mengatakan merasa senang dan lega setelah cerita |
| 2 | 2-7-2018 10.00 wib | Melatih pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam | -ibu mengatakan terasa berat di bagian leher -ibu mengatakan merasa lebih nyaman dan enak setelah di pijat O : -TD 130/80 -nadi 88x/menit -RR 21x/menit |
| 4 | 2-7-2018 10.15 wib | Mengajak keluarga bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsi pasien serta. | -suhu 36.5°C -keluarga mampu mempraktikan tehnik nafas dalam -pasien nampak lebih rileks -ekspresi wajah santai -pasien nampak senang -lebih ceria A : -postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat tercapai -vital sign dalam batas normal tercapai -pasien mampu menunjukkan tehnik untuk kontrol cemas tercapai P : -observasi TTV, kondisi dan tingkat kecemasan pasien 3-7-2018, 09.00 wib |

Wara

| | | | |
|---|------------------------|---|--|
| 5 | 3-7-2018, 09.00 wib | Mengobservasi tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien | <p>4-7-2018, 14.00 wib</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien mengatakan hari ini terasa lebih ringan -ibu mengatakan merasa lebih nyaman dan enak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -TD 120/90 -nadi 88x/menit -suhu 36.4°C -kecemasan ringan -pasien nampak lebih rileks -ekspresi wajah santai <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> -postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat tercapai -vital sign dalam batas normal tercapai -pasien mampu menunjukan tehnik untuk kontrol cemas tercapai <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi. Tujuan tercapai seluruhnya</p> <p style="text-align: right;"><i>Wara</i></p> |
|---|------------------------|---|--|

| Diagnosa Keperawatan : deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi | | | |
|---|-----------------------|---|---|
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | 2-7-2018 09.00 wib | Kaji kebutuhan belajar pasien dan keluarga | 2 – 7 – 2018 14.00 S : - Keluarga mengatakan sudah paham dengan materi dan informasi yang sudah diberikan O : - Keluarga mampu mengulangi dan menyimpulkan informasi yang di dapat - Keluarga mengatakan akan menjaga kesehatan An. A sebaik mungkin setelah pulang nanti A : Defisit pengetahuan teratasi P : pertahankan intervensi <i>Wara</i> |
| 2 | 2-7-2018 10.00 wib | Berikan edukasi terkait dengan penyakit Pneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahannya. | |

KASUS KE- 2

Pengkajian

a. Identitas klien

No Rekam Medis 0042066
Nama Klien : An. F
Tempat/tgl lahir : Gunungkidul, 15 Juni 2013 Umur : 5 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Suku : Jawa
Nama ayah/ibu/wali : Harianti Pekerjaan ayah/ibu/wali : Ibu rumah
tangga Pendidikan : SMA
Alamat ayah/ibu/wali : Karangmojo, Gunungkidul

b. Keluhan utama

Ibu pasien mengatakan batuk berdahak pilek sudah 1 minggu

c. Riwayat keluhan saat ini

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk berdahak dan pilek disertai ingusan selama 1 minggu.

d. Riwayat kesehatan masa lalu

a) Prenatal

Tidak ada masalah pre natal

b) Perinatal dan post natal

Tidak mengalami permasalahan ketika melahirkan

c) Penyakit yang pernah diderita

Ibu pasien mengatakan jika pasien pernah mengalami meningitis, epilepsi. Pasien juga mengalami asma.

d) Hospitalisasi/tindakan operasi

Pernah dirawat di RS Sardjito selama 1 bulan karena meningitis

e) Alergi

Tidak memiliki alergi terhadap makanan, obat maupun lingkungan.

f) Imunisasi dan tes laboratorium
Imunisasi lengkap

e. Riwayat pertumbuhan

Tidak mengalami hambatan pertumbuhan

f. Riwayat sosial

1. Yang mengasuh

Ibu pasien mengatakan bahwa yang mengasuh adalah orang tua dan kakek nenek

2. Hubungan dengan anggota keluarga

Ibu pasien mengatakan bahwa hubungan dengan anggota keluarga yang lain baik, antara pasien dan keluarga sering berinteraksi

3. Hubungan dengan teman sebaya

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien dengan teman sebaya yang ada di lingkungan rumah sering bermain bersama ketika ada waktu luang.

g. Riwayat keluarga

1. Sosial ekonomi

Ibu pasien mengatakan ayah sebagai pencari nafkah, status ekonomi menengah

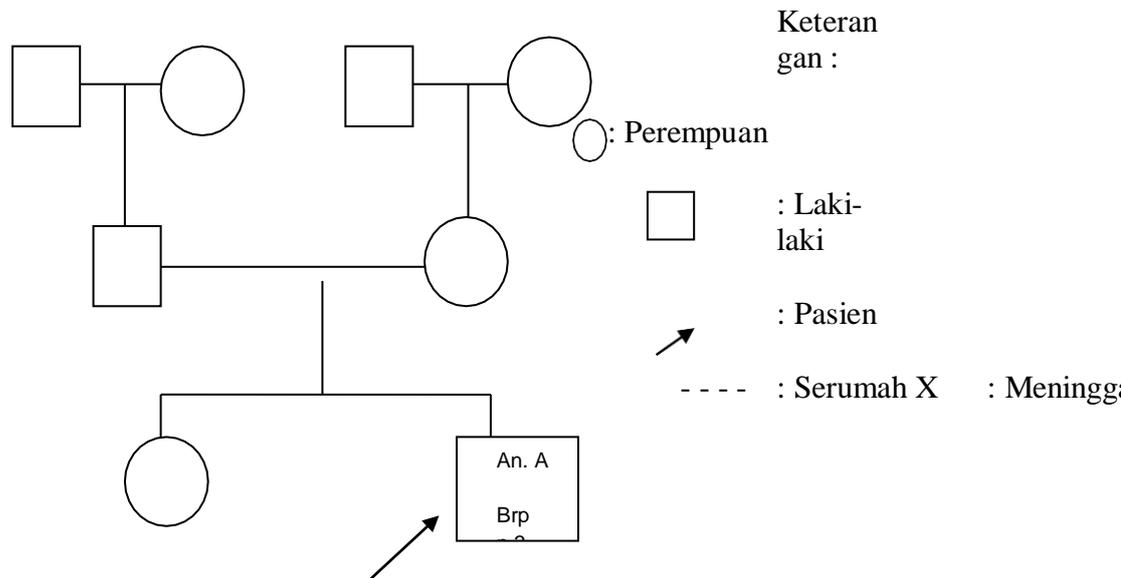
2. Lingkungan rumah

Ibu pasien mengatakan lingkungan rumah baik. Dulu ayah pasien merokok, namun sekarang sudah tidak merokok semenjak pasien sakit meningitis.

3. Penyakit keluarga

Ibu pasien mengatakan kakek pasien mengalami bronkhitis sejak ± 6 tahun yang lalu.

4. Genogram :



h. Pengkajian tingkat perkembangan saat ini (gunakan format DDST):

1. Personal sosial

Pasien dapat memakai kaos, berpakaian tanpa bantuan, gosok gigi tanpa bantuan dan mengambil makanan, namun pasien belum bisa bermain ular tangga/kartu

2. Adaptasi motorik halus

Pasien dapat menggambar orang 3 bagian, mencontoh +, namun

- pasien belum bisa memilih garis yang lebih panjang, mencontoh yang ditunjukkan, menggambar orang 6 bagian

3. Bahasa

Pasien dapat mengerti 4 kata depan, menyebut 4 warna, mengartikan 5 kata, mengetahui 3 kata sifat, menghitung 5 kubus, berlawanan 2, mengartikan 7 kata.

4. Motorik kasar

Berdiri 1 kaki 4 detik, Berdiri 1 kaki 5 detik, berjalan tumit ke jari

kaki, Berdiri 1 kaki 6 detik

i. Pengkajian pola kesehatan klien saat ini

1. Pemeliharaan kesehatan

Ibu pasien mengatakan pasien mandi 2x sehari masih dibantu oleh ibunya.

2. Nutrisi

Ibu pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi lauk sayur dan terkadang dengan buah. Pasien mengurangi makanan yang mengandung coklat, tepung terigu.

3. Cairan

Ibu pasien mengatakan setiap hari pasien selalu minum susu putih satu gelas. Untuk minum air putih \pm 4 gelas per hari (@400 cc)

4. Aktivitas

Ibu pasien mengatakan pasien dirumah biasanya bermain dengan kakaknya. Pasien paling suka permainan yang berhubungan dengan bola. Pasien juga sering bermain dengan teman sebayanya jika ada waktu luang.

5. Tidur dan istirahat

Ibu pasien mengatakan pasien tidur \pm 10 jam, 2 jam di siang hari dan 8 jam di malam hari. Untuk istirahat, biasanya pasien menonton tv dan bermain dengan keluarganya. Ibu pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien sedikit susah tidur dan terkadang menangis.

6. Eliminasi

Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari konsistensi lunak, berwarna kuning, bau khas feses. BAK pasien 5-7x/hari berwarna kuning, bau khas urin.

7. Pola hubungan

Ibu pasien mengatakan pasien dapat berinteraksi dengan baik pada teman sebaya maupun dengan keluarga yang mengasuhnya. Ketika akan dilakukan pengkajian pasien malu-malu dan sedikit menolak ketika diajak bicara

j. Peme
riksaa
n Fisik
:

a. Keadaan umum

- Tingkat kesadaran : Compos menthis
- Nadi : 100x/menit
- Suhu : 36,5^o C
- RR : 42x/menit
- Respon nyeri : tidak terdapat nyeri yang diradkan oleh pasien.

- BB : 12 Kg
- TB : 110 cm
- a. Kulit : kulit sawo matang, tidak terdapat lesi, turgor kulit baik, tidak terdapat udem
- b. Kepala : kepala lonjong, rambut hitam
- c. Mata : tidak terdapat konjungtiva anemis
- d. Telinga : tidak dapat mendengar dengan baik.
- e. Hidung : terdapat pernafasan cuping hidung.
- f. Mulut : mukosa mulut baik, tidak terdapat lesi, dan tidak ada pernafasan mulut, tidak dapat berbicara
- g. Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
- h. Dada :
 - Auskultasi : terdengar suara ronkhi dan grok-grok
 - Inspeksi : terdapat penggunaan otot-otot tambahan, tidak ada ketertinggalan gerak dada
 - Perkusi : tidak terdapat pembesaran jantung
 - Palpasi : tidak terdapat massa dan tidak terdapat nyeri tekan
- i. Jantung : tidak terdapat kelainan
- j. Abdomen : bising usus 2x/ menit, terdapat massa di perut bagian kiri bawah , tidak terdapat nyeri tekan.
- k. Genetalia : penis bersih tidak terdapat lesi.
- l. Anus dan rektum : anus bersih
- m. Ekstermitas : terpasang infus di tangan kiri infus Nacl 20 tpm

n.Muskuleskeletal : tidak terdapat
kelemahan otot o.Neurologi : tidak
terdapat gangguan persyarafan

k. Pemeriksaan

diagnostik

penunjang Hasil

Pemeriksaan LAB:

Tidak ada pemeriksaan lab

l. Terapi/Obat

1. Oksigen 2 lpm
2. Infuse KAEN 16 tpm
3. Ceftriaxone 1x425 mg per IV
4. Ventolin + Nacl 2,5 cc (inhalasi)

Analisa data

| DATA | MASALAH | PENYEBAB |
|---|------------------------------------|-------------------|
| <p>DS: Ibu pasien mengatakan pasien batuk berdahak dan pilek selama 1 minggu</p> <p>DO: - Terdengar suara ronkhi - RR : 42x/menit - Terdapat penggunaan otot-otot pernafasan Tambahan</p> | Bersihan jalan nafas tidak efektif | Penumpukan sekret |
| <p>DS: DO: Terpasang infuse KAEN 16 tpm di tangan sebelah kiri</p> | Resiko infeksi | Tindakan infasif |
| <p>DS: Ibu pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien sedikit susah tidur dan terkadang menangis DO : Pasien terlihat gelisah</p> | Cemas | Hospitalisasi |

Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret
2. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif
3. Cemas berhubungan

dengan hospitalisasi

Perencanaan

| No. | Diagnosa | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|-----|----------|--------|------------|----------|
|-----|----------|--------|------------|----------|

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 1 | Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpuk | Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x30 menit, pasien dapat : | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <i>respirasi rate</i> dan <i>heart rate</i> 2. Latih nafas dalam dengan cara tiup balon 3. Motivasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perubahan pada tubuh pasien 2. Membantu pengeluaran dahak |
|---|---|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | an sekret | <ol style="list-style-type: none"> 1. RR dalam batas normal (30-40x/menit) 2. HR dalam batas normal (90-120x/menit) 3. Tidak terdapat penggunaan penggunaan otot-otot tambahan | <p>pasien banyak minum</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Edukasi keluarga untuk melatih nafas dalam 5. Kelola pemberian nebulizer | <ol style="list-style-type: none"> 3. Minum dapat membantu pengeluaran dahak 4. Meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat anak 5. Membantu pernafasan lebih baik <p style="text-align: right;">Putri</p> |
| 2 | Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif | <p>Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x 24 jam, resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resiko infeksi tidak terjadi 2. Tidak terdapat peningkatan suhu tubuh 3. Tidak terdapat kemerahan di daerah luka tusuk 4. Tidak | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi luka tusukan 2. Monitor TTV 3. Lakukan dressing infuse 4. Edukasi keluarga pasien untuk mengenali tanda- tanda infeksi 5. Kelola pemberian obat antibiotik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perubahan pada tubuh pasien 2. Mengetahui terjadinya infeksi 3. Mencegah infeksi 4. Meningkatkan pengetahuan keluarga 5. Mencegah terjadinya infeksi |

| | | | | |
|---|----------------|--|-------------------|-------------------|
| | | terdapat pembengkakan di daerah luka tusuk | | Putri |
| 3 | Cemas berhubun | Setelah dilakukan | 1. Lakukan terapi | 4. Terapi bermain |

| | | | | |
|--|--------------------------|---|--|--|
| | gan dengan hospitalisasi | tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka cemas teratasi dengan kriteria hasil : 1. Pasien tidak menangis 2. Pasien mau berinteraksi dengan orang lain | bermain pada pasien 2. Monitor tingkat kecemasan pasien | dapat mengurangi kecemasan pasien 5. Mengetahui tingkat kecemasan pasien Putri |
|--|--------------------------|---|--|--|

Implementasi

| No | Hari tanggal | Tindakan | Evaluasi |
|----|---|---------------------|--|
| 1 | Jumat, 8 Juni 2018 Pukul : 09.30 WIB | Melatih nafas dalam | S : - O: <ul style="list-style-type: none"> - RR : 41x/menit - Terdapat penggunaan otot-otot tambahan pernafasan - Belum ada reflek batuk - Dahak tidak keluar - Terdengar suara ronkhi - Dapat melakukan tiup balon sebanyak 23x selama 30 menit - Pasien kurang fokus dalam meniup balon A: bersihan jalan nafas belum teratasi P: Latih nafas dalam dengan cara meniup balon Putri |

| | | | |
|---|---|---------------------|--|
| 2 | Sabtu, 9 Juni 2018 Pukul : 09.30 WIB | Melatih nafas dalam | S : O: – RR : 40x/menit – Terdapat penggunaan otot-otot tambahan pernafasan – Tidak ada reflek batuk – Dahak tidak keluar |
|---|---|---------------------|--|

| | | | |
|---|---|---------------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Terdengar suara ronkhi - Dapat melakukan tiup balon sebanyak 24x/menit - Pasien kurang fokus dalam meniup balon <p>A: bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih nafas dalam dengan meniup balon pada pasien - Ajarkan kepada keluarga cara meniup balon untuk anak <p style="text-align: right;">Putri</p> |
| 3 | Minggu, 10 Juni 2018 Pukul : 09.30 WIB | Melatih nafas dalam | <p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR :38x/menit - Terdapat penggunaan otot-otot tambahan pernafasan - Tidak ada reflek batuk - Dahak tidak keluar - Terdengar suara ronkhi - Dapat melakukan tiup balon sebanyak 26x/menit <p>A: bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih nafas dalam dengan meniup balon pada pasien - Ajarkan kepada keluarga cara meniup balon untuk anak <p style="text-align: right;">Putri</p> |

4. Pembahasan

Setelah dilakukan tindakan meniup balon ada kedua pasien didapatkan hasil bahwa ada beberapa kesamaan maupun perbedaan. Persamaan yang dimiliki oleh kedua pasien yaitu dapat meniup balon dengan baik, mengalami kecemasan, dan diberikan nebulizer. Kedua pasien mengalami kecemasan yang ditandai dengan mereka susah tidur dan terkadang menangis.

Ketika dilakukan pemeriksaan fisik, di kedua pasien terdengar suara ronkhi dan terdapat penggunaan otot-otot tambahan. Sesuai dengan (Guyton & Hall 2007 dalam Widiyani, 2015) metabolisme anaerob akan memproduksi asam laktat yang dapat menyebabkan kelelahan pada otot-otot pernafasan sehingga proses pernafasan menurun. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi penurunan pada FEV (Volume ekspirasi Paksa) dengan peningkatan RV (volume), FRC (Kapasitas Residu Fungsional) dan menurunkan APE. Penelitian (PDPI dalam) latihan pernafasan *pursed lip breathing* berguna memperbaiki ventilasi dan meningkatkan kerja otot abdomen dan thoraks. Latihankhusus otot pernafasan akan mengakibatkan bertambahnya kemampuan ventilasi maksimum, memperbaiki kualitas hidup dan mengurangi sesak nafas. Apabila ditemukan kelelahan pada otot pernafasan, maka porsi latihan otot pernafasan diperbesar

Respirasi Rate mengalami penurunan di kedua pasien sesuai dengan penelitian dari (Sulisnadewi, 2015) menunjukkan bahwa RR sebelum dilakukan intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan sesudah diberikan kegiatan bermain tiupan. *Respirasi Rate* pasien 1 turun dari 42x/menit menjadi

36x/menit. *Respirasi Rate* pasien 2 turun dari 42x/menit menjadi 38x/menit. Selain itu menurut penelitian (Sutini, 2011 dalam Isnaini, 2015) menunjukkan bahwa pemberian aktivitas bermain meniup terhadap status oksigenasi, yaitu menurunkan frekuensi RR dan meningkatkan frekuensi HR serta meningkatkan SaO₂. Penelitian (Niels, 2007 dalam Widiyani, 2015) menunjukkan hasil bahwa latihan *pursed lip breathing* lebih efektif menurunkan dyspnea dari kelompok intervensi yang diberikan latihan dengan *expiratory muscle training*.

(Smeltzer 2008 dalam Lestari, 2016) menyatakan bahwa bernafas *Pursed Lip Breathing* melibatkan proses ekspirasi secara panjang. Inspirasi dalam dan ekspirasi panjang tentunya akan meningkatkan kekuatan kontraksi otot *Intra Abdomen* sehingga tekanan intra abdomen meningkat melebihi pada saat ekspirasi pasif. Tekanan intra abdomen yang meningkat lebih kuat lagi tentunya akan meningkatkan pergerakan diafragma ke atas membuat rongga thorak semakin mengecil. Rongga thorak yang semakin mengecil ini menyebabkan tekanan intra alveolus semakin meningkat sehingga melebihi tekanan udara atmosfer. Kondisi tersebut akan menyebabkan udara mengalir keluar dari paru ke atmosfer. Ekspirasi panjang saat bernafas *pursed lip breathing exercise* juga akan menyebabkan obstruksi jalan nafas dihilangkan sehingga resistensi pernafasan menurun. Penurunan resistensi pernafasan akan memperlancar udara yang dihirup dan dihembuskan sehingga akan mengurangi sesak nafas.

Pada pasien 1 mengalami respon batuk pada hari kedua, sedangkan pada pasien 2 tidak mengalami batuk sampai hari ketiga. Keduanya tidak dapat mengeluarkan dahak. Pasien 1 dapat melakukan meniup balon sebanyak 88x, sedangkan pasien 2 dapat melakukan 80x selama 15 menit. Pada penelitian (Sulisnadewi, 2015) pasien melakukan 30 tiupan dalam 15 menit. Keduanya dapat meniup balon dengan baik. Diameter balon pada pasien 2 lebih lebar yaitu 6 cm daripada pasien 1 yang hanya 4,5 cm. Dalam proses tiup meniup balon, pasien 1 lebih kooperatif dari pasien 2. Pasien 2 lebih banyak berhenti dan meminta bermain yang lain.

Setelah dilakukan meniup balon pada pasien 1 menimbulkan reflek batuk sedangkan pada pasien 2 tidak. Sesuai dengan (Sutini 2011 dalam Isnaini, 2015) menyatakan bahwa dengan teknik *Pursed Lip Breathing* maka ekspansi alveolus pada semua lobus dapat meningkat, dan tekanan di dalamnya pun meningkat. Tekanan yang tinggi dalam alveolus dan lobus dapat mengaktifkan silia pada saluran nafas untuk mengevakuasi sekret keluar dari jalan nafas, sehingga jalan nafas menjadi lebih efektif. Membersihkan sekret dari jalan nafas berarti akan menurunkan tahanan jalan nafas dan meningkatkan ventilasi yang pada akhirnya memberikan dampak terhadap proses perfusi dan difusi oksigen jaringan.

5. Implikasi pasca Hospitalisasi

Setelah dilakukan tindakan meniup balon untuk anak bronkopneumonia selama 3 hari di RS diharapkan orang tua dapat mengajarkan juga teknik

meniup balon di rumah untuk membantu pengeluaran sekret dan untuk menurunkan tingkat respirasi rate.

6. Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan studi kasus ini yaitu tidak dapat mengetahui tingkat keefektifan meniup balon jika dilakukan pada siang atau malam hari karena peneliti hanya menerapkan pada pagi hari saja.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kegiatan nafas dalam dengan cara meniup balon efektif untuk menurunkan tingkat respirasi rate pada anak dengan bronkopneumonia. Penurunan *Respirasi Rate* dipengaruhi oleh banyaknya tiupan yang dapat di tiup oleh pasien. Reflek batuk dapat muncul dipengaruhi oleh banyaknya pasien dalam meniup balon. Teknik *pursed lip breathing* berguna untuk alternatif lain sebagai tindakan keperawatan.

B. Saran

1. Masyarakat

Ibu pasien dapat melatih anak untuk melakukan teknik nafas dirumah dengan cara meniup balon agar anak tidak sesak nafas.

2. Bagi pengembang ilmu keperawatan

a. RSUD Wonosari

1) Direktur RSUD Wonosari

Menerbitkan SOP melakukan teknik nafas dalam dengan cara meniup balon.

2) Perawat RSUD Wonosari

Sebaiknya perawat dapat menerapkan teknik nafas dalam dengan meniup balon pada anak bronkopneumonia sebagai pengobatan non farmakologi. Selain itu perawat diharapkan membuat SOP untuk melakukan teknik nafas dalam dengan meniup balon.

3. Bagi Kampus Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Kegiatan meniup balon dapat diajarkan kepada mahasiswa jurusan keperawatan lain agar dapat diterapkan sebagai terapi non farmakologi dalam mengatasi sesak nafas.

4. Penulis yang Lain

Dapat menambah jurnal dan buku lain untuk menambah referensi. Selain itu peneliti yang lain dapat mencoba melakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih banyak lagi.

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Febriana Indah Sari
 NIM : P07220117049
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Bronkopneumonia Di
 RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020
 Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd (Pembimbing I)

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|----------------------------|-----------------------------------|--|-------------------|
| 1. | Selasa, 21 Januari 2020 | BAB I (Latar Belakang Masalah) | <ul style="list-style-type: none"> - Sumber dari jurnal maksimal 5 tahun yang lalu - Sumber dari buku maksimal 10 tahun yang lalu - Jika menuliskan kutipan jika ada penulisan halaman maka kutipan yang lain harus ada halaman juga - latar belakang masalah ditulis dari umum ke khusus - LM → deduktif → umum → khusus - Masalah, definisi masalah, kronologi dan gejala dari umum ke khusus - Judul (peran perawat) lebih ditunjukkan pada penyakit Bronkopneumonia | St |
| 2. | Rabu, 26 Januari 2020 | BAB I (Latar Belakang Masalah) | <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penulisan kutipan - Sumber harus jelas - LM (Pernyataan umum ke khusus) - LM harus deduktif (tidak hanya data saja tetapi pernyataan yang lain juga). - lebih di tonjolkan data BP (BP merupakan bagian dari Pneumonia). - Hubungan antar paragraf harus jelas | St |

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|-----------------------|---|---|--|
| 3. | Kamis / 06-02-2020 | BAB I, II | <ul style="list-style-type: none"> - Teknik penulisan tipografi angka huruf - penempatan diagnose keperawatan → penyebab / fokus sesuaikan dengan hasil |  |
| 4. | Sabtu. 12-02-2020 | BAB I, II, III lengkapi cap proposal | <ul style="list-style-type: none"> - perbaiki kecap penulisan - Masukkan nomor diagnose di pathway - Definisi operasional lebih dijabarkan - perbaiki pengetikan BAB III tcc u/ ujin proposal |   |

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Febriana Indah Sari
 NIM : P07220117049
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Bronkopneumonia Di
 RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020
 Nama Pembimbing : Rus Andraini, A.Kp, M.P.H (Pembimbing 2)

| NO | HARI/TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|---------------------------|--------------------------------------|---|--|
| 1. | Senin, 27 Januari 2020 | BAB I (ATAR BELAKANG MAJALAH) | - Cover menggunakan SpH 15/1 - Perbedaan gejala bronko- pneumonia dan pneumonia - Masukkan di LBM batasan usia anak - Masukkan di LBM angka keseluruhan - Masukkan kasus penyakit tersebut - Faktor penyebab terjadinya bronkopneumonia - Penurunan singkatan pada proposisi - Pengaruh timbul kembung anak dengan penyakit Bronkopneumonia |  Rus A |
| 2. | Kamis, 6 Februari 2020 | BAB I. II. III | - Perbaiki cover - Margin (left 4, bottom 4, top 3, right 3) - Lebih di perjelas data di LBM dari WHO Indonesia Kediri → Balikpapan - Pada bagian pustula sudah SpH tidak boleh terlewat sudah - Pada bab 3 nama penyakit tidak menggunakan huruf kecil |  |

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|---------------------|----------------------------|--|---|
| 1. | 29 Februari 2020 | BAB I, II, III | Tambahkan keterangan gambar anatomi filologi pemakanan |  |

Nama Mahasiswa : Febriana Indah Sari
 NIM : P07220117049
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Bronkopneumonia Di
 RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020
 Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd (Pembimbing I)

| NO | HARI/TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------|-------------------------|-------------------------------|---|
| | Senin 9/3 '20 | Revisi proposal kti | - format penulisan kefipar |  |
| | 30/3 '20 | Revisi proposal kti | - bcc |  |

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Febriana Indah Sari
NIM : P07220117049
Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Bronkopneumonia
Nama Pembimbing : Rus Andraini., A.Kp. MPh (Pembimbing 2)

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------|----------------------------|--|-------------------|
| 1. | 22/03/2020 | Revisi proposal KTI | Perbaiki penulisan kutipan dan sumber | |
| 2. | 30/03/2020 | Revisi proposal KTI | Acc | |

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Febriana Indah Sari
 NIM : P07220117049
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Bronkopneumonia
 Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd (Pembimbing 1)

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------|--|---|-------------------|
| 1. | 24/ 04/2020 | BAB IV (menggunakan aplikasi jitsi meet) | <ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan pada bab IV dikaitkan dengan SDKI, SIKI dan SLKI - Jika data tidak ada bisa di beri tanda strip (-) - Format asuhan mengikuti buku panduan - Judul pada tabel tidak menggunakan tempat dan tahun - Gambaran lokasi disesuaikan dengan kasus yang diambil | |
| 2. | 30/04/2020 | Mengirim bab IV via email | | |
| 3. | 02/05/2020 | BAB IV (menggunakan aplikasi jitsi meet) | <ul style="list-style-type: none"> - Memasukkan URL/ link di daftar pustaka - Penulisan sumber di bawah tabel - interpretasi data disetiap tabel dalam bentuk narasi | |
| 4. | 06/05/2020 | Mengirim bab IV via email | | |
| 5. | 09/05/2020 | Persiapan ujian karya tulis ilmiah | <ul style="list-style-type: none"> - Membaca buku panduan - File dan video presentasi harus dikirim ke dosen2 hari sebelum ujian | |

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Febriana Indah Sari
NIM : P07220117049
Judul Asuhan : Asuhan Kepeawatan Pada Pasien Anak Dengan Bronkopneumonia
Nama Pembimbing : Rus Andraini., A.Kp. MPH (Pembimbing 2)

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------|---|--|-------------------|
| 1. | 30/04/2020 | Mengirim bab IV via email | | |
| 2. | 05/05/2020 | BAB IV (menggunakan aplikasi jitsi meet) | Tambahkan interpretasi data dibawah tabel | |
| 3. | 07/05/2020 | BAB III metodologi penelitian (subyek penelitian) menggunakan aplikasi jitsi meet | Disesuaikan dengan literature yang diambil, setelah selesai bab IV dan V lanjutkan membuat abstrak | |
| 4. | 09/05/2020 | Mengirim bab 1-5 via email | | |

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Febriana Indah Sari
NIM : P07220117049
Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Bronkopneumonia
Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd (Pembimbing 1)

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------|----------------------------|--|-------------------|
| 1. | 22/06/2020 | Revisi KTI | <ul style="list-style-type: none">- Acc- KTI dilengkapi sesuai buku panduan | |

Dokumentasi

