

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN  
BRONKOPNEUMONIA DISERTAI HIPERTERMI DI RUANG  
BAITUN NISA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Siti Masitah**

NIM. 40902000084

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN  
BRONKOPNEUMONIA DISERTAI HIPERTERMI DI RUANG  
BAITUN NISA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Siti Masitah**

NIM. 40902000084

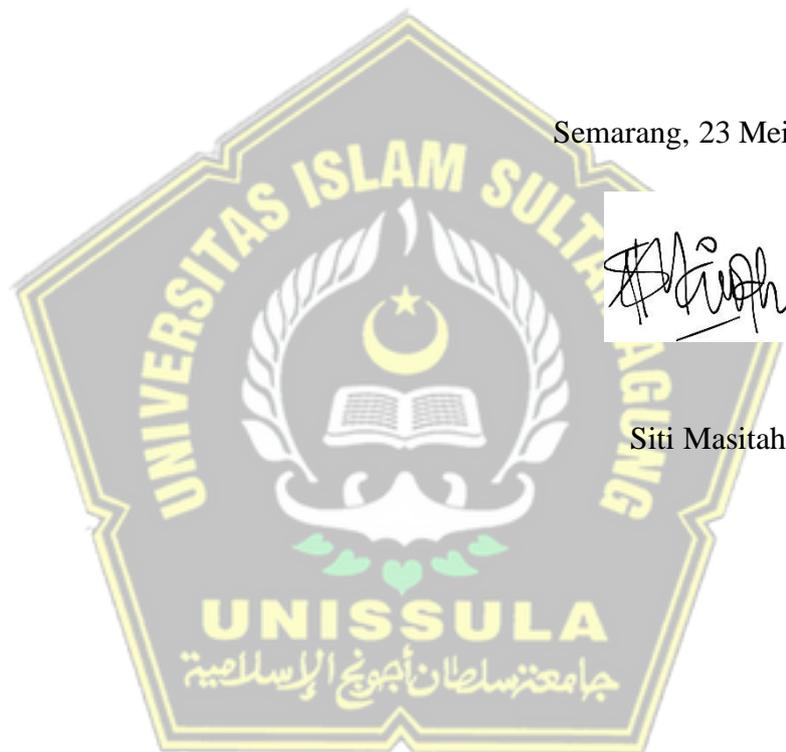
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 23 Mei 2023



Siti Masitah

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN  
BRONKOPNEUMONIA DISERTAI HIPERTERMI DI RUANG  
BAITUN NISA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Siti Masitah

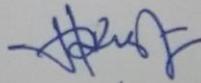
NIM. 40902000084

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya  
Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 23 Mei 2023

Pembimbing



Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An.

NIDN. 06-1809-7805

## HALAMAN PENGESAHAN

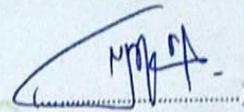
Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Selasa Tanggal 23 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 11 Juli 2023

Penguji I

Ns. Nopi Nur Khasanah, M.Kep. Sp.Kep.An

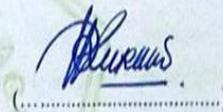
NIDN. 06-3011-8701



Penguji II

Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

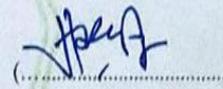
NIDN. 06-2802-8603



Penguji III

Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep. Sp.Kep.An

NIDN. 06-1809-7805



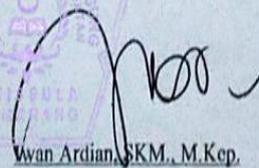
Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Wyan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 062.208.7403



## HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang mana atas izin-Nya jualah saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, Atas Rahmat-Nya menganugerahkan saya badan yang sehat, pikiran yang menerima setiap masukan dan saran, hati yang lapang dengan apapun yang terjadi, Atas kasih sayang-Nya yang membuat segala urusan yang sulit menjadi mudah, atas kemurahan-Nya yang selalu mengijabah doa-doa saya sebagai hamba yang penuh dengan dosa dan kesalahan, Terimakasih Ya Allah Alhamdulillah atas segala yang terjadi dalam hidup saya hingga saat ini, jika bukan kepada-Mu maka kemanakan Hamba yang Hina ini meminta pertolongan?.
2. Orang tua Tercinta, yang sudah kebersamai saya sejak saya dilahirkan ke dunia hingga detik ini, yang sudah memberikan sepenuhnya dukungan dan cinta kasihnya untuk saya, yang menemani saya dikala suka maupun duka serta menjadi orang terdepan sebagai benteng bagi saya disaat saya sedang mengalami kesusahan dan sebagainya, bahkan kalimat terindah di dunia pun tak dapat mengungkapkan bagaimana besarnya dan dalamnya rasa cinta serta kasih saya terhadap kalian. Terimakasih yang tak terhingga untuk segalanya, apapun itu bahkan untuk airmata yang kalian teteskan atas dasar rasa khawatir, rindu yang memang sudah tak tertahan lagi serta rasa cinta kasih yang tulus terhadap saya, saya rasa jika saya harus menggambarkan ataupun menuliskan semuanya tentang kalian satu halaman persembahan ini bahkan beribu ataupun berjuta halaman tak akan pernah cukup karena memang semuanya tak dapat dituliskan dengan kata sebab tak ada kata ataupun kalimat yang dapat mewakilinya. Saya berharap karya tulis ilmiah ini sedikit banyaknya dapat memberikan setitik rasa bangga serta Bahagia pada kalian berdua.
3. Kakak dan ketiga adik saya yang sudah memberikan kehangatan dalam bersaudara, serta memberikan dukungan dan semangat kepada saya hingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, meski terkadang satu hal

kecil saja dapat membuat kita bertengkar hingga mungkin salah satu dari kita akan menangis, namun itulah salah satu bumbu yang memberikan rasa serta warna dalam tali persaudaraan kita, semoga tali tersebut tak akan pernah putus meski pada akhirnya nanti kita akan terpisah dengan kehidupan kita masing-masing, namun saya selalu berdoa bagaimanapun keadaannya kita tetaplah saudara yang dilahirkan oleh orang tua yang hebat, till Jannah kakak dan adik-adikku.

4. Seluruh keluarga besar yang selalu memberikan dorongan serta dukungan untuk saya, terimakasih atas harapan dan doa yang selalu tercurah dari kalian semua, semoga karya tulis ini dapat menjadi wujud dari harapan tersebut.
5. Sahabat tercinta Cindy dan Irma, terimakasih sudah mampu menahan rindu untuk tidak bertemu beberapa bulan, terimakasih sudah selalu memberikan dukungan, doa serta harapan-harapan yang indah, semoga kalian sehat selalu, salam manis dari anak yang manis ini.
6. Teman-teman seperjuangan Alifia, Nisa, Rahma, Muna, Ira, Azmi dan Marisa. Pertemuan kita dirangkai oleh Tuhan dengan sebegitu indahnya, banyak hal yang saya dapatkan dari awal bertemu dengan kalian hingga detik ini, terimakasih sudah menemani sejak dimulainya cerita ini, terimakasih sudah mau berbagi kisah sedih, bahagia, tangis, tawa, suka maupun duka, semoga kedepannya kita semua selalu bersama bagaimanapun keadaannya.

## MOTTO

“Janganlah bersedih, sesungguhnya Allah bersama kita”  
(Q.S. At Taubah : 40 )

“Dan aku belum pernah kecewa dalam berdoa kepadamu, wahai tuhanku”  
(Q.S. Maryam : 4)

“ sesungguhnya setelah kesulitan itu ada kemudahan”  
(Q.S. Al Insyirah : 6)

“Allah tak akan memberikan sesuatu ujian atau musibah diluar kemampuan kita, sebab itu yakinkanlah dirimu bahwa apapun yang terjadi saat ini sudah menjadi suratan takdir dari tuhan, sertailah setiap keluhanmu dengan ungkapan syukur, dengan begitu keluhan yang awalnya membuatmu merasa lemah dan Lelah hilang begitu saja sebab syukur yang kau ucapkan membangkitkan semangat jiwamu untuk terus maju dan melawan titik kejenuhan itu”

“Allah tak akan membiarkanmu untuk berjuang sendirian, maka dengan itu Allah memerintahkan kita untuk bersabar dan mendirikan shalat, lalu berdoalah kepada Allah disertai dengan keyakinan bahwa Allah-lah Sebagai Penolong terbaik”

“Setelah berikhtiar dengan doa dan usaha maka serahkanlah semuanya pada Allah, apapun hasil akhirnya maka itulah yang terbaik untukmu”

## KATA PENGANTAR

*Assalamu 'alaikum warahmatullah wabarakatuh*

*Alhamdulillah rabbil 'alamin*, segala puji bagi Allah yang telah melimpahkan rahmat taufik serta hidayah-Nya kepada penulis hingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik, serta tak lupa pula sholawat serta salam yang selalu tercurah kepada Junjungan kita Baginda Rasulullah Muhammad SAW beserta keluarga, kerabat serta sahabat beliau hingga hari akhir nanti.

Karya tulis Ilmiah ini berhasil diselesaikan oleh penulis dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Bronkopneumonia Disertai Hipertermi Di Ruang Baitun Nisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini tentunya tidak luput dari kesulitan dan kendala, namun berkat bimbingan, dukungan, saran dan kerja sama dari berbagai pihak, Alhamdulillah karya tulis ilmiah ini dapat selesai dengan baik dan tepat waktu. Penulis mengucapkan Terimakasih sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M. Hum selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM., M. Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
3. Ns. Muh. Abdurrouf., M. Kep selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indra Tri Astuti, M. Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang begitu sabar dalam membimbing saya, yang sudah dengan ikhlas memberikan ilmu pengetahuannya, yang sudah memberikan waktunya, dukungan, semangat, doa, nasehat dan kepercayaan kepada saya dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh dosen, pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah mendidik dan memberikan ilmu

pengetahuan dengan tulus dan ikhlas selama masa perkuliahan ini hingga penulisan karya tulis ilmiah ini selesai.

6. Kepada Rumah Sakit Islam Sultan Agung yang sudah menjadi lahan praktek bagi saya dalam pengambilan kasus untuk karya tulis ilmiah ini.
7. Kepada LAZIS Sultan Agung beserta seluruh staff yang sudah memberikan Beasiswa sehingga saya mendapatkan kesempatan berkuliah di Fakultas Tercinta Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
8. Kepada kedua orang tua tercinta Bapak Abd. Basit dan Ibu Zainah Sagirah, terimakasih yang tak terhingga atas kesabaran dan keikhlasannya selama ini yang telah memberikan segenap kasih sayang, kerja keras, jerih payah, doa, dukungan, semangat dan harapan untuk penulis.
9. Kepada kakak dan adik-adik saya serta seluruh keluarga besar yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada saya.
10. Kepada Teman-teman terdekat serta teman satu bimbingan dengan saya, dan seluruh teman-teman D-III Keperawatan 2020 yang sudah memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah memberikan balasan yang tak terhingga kepada seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat banyak kesalahan yang belum penulis ketahui, maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari para dosen, pengajar serta teman-teman sekalian agar dapat menyempurnakan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi yang memerlukannya. Demikian yang dapat penulis sampaikan, Terima kasih.

*Wassalamualaikum warahmatullah wabarakatuh*

Semarang, 23 Mei 2023  
Penulis

Siti Masitah

## DAFTAR ISI

### Contents

<b>ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN BRONKOPNEUMONIA DISERTAI HIPERTERMI DI RUANG BAITUN NISA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG</b> .....	i
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	v
<b>MOTTO</b> .....	vii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	xiv
<b>BAB I</b> .....	1
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Tujuan</b> .....	3
<b>C. Manfaat</b> .....	4
<b>BAB II</b> .....	6
<b>KONSEP DASAR</b> .....	6
<b>A. Konsep Tumbuh Kembang</b> .....	6
1. Pengertian .....	6
2. Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan .....	7
3. Periode Tumbuh Kembang .....	8
4. Tahapan Perkembangan anak berdasarkan usia ( 12- 60 Bulan) .....	9
5. Gangguan yang ditemukan saat Tumbuh Kembang .....	9
<b>B. Konsep Dasar Penyakit</b> .....	10
1. Pengertian .....	10
2. Etiologi .....	11
3. Klasifikasi .....	11
4. Faktor Resiko .....	12
5. Manifetasi Klinis .....	12

6. Patofisiologi .....	13
7. Pemeriksaan penunjang.....	14
8. Penatalaksanaan.....	15
9. Pathways .....	16
<b>C. Konsep Hipertermi .....</b>	<b>17</b>
1. Pengertian.....	17
2. Etiologi.....	18
3. Manifestasi Klinis.....	18
4. Patofisiologi .....	19
5. Pemeriksaan Penunjang .....	20
6. Penatalaksanaan.....	20
<b>A. Konsep Kompres Hangat .....</b>	<b>20</b>
1. Pengertian.....	20
2. Manfaat .....	21
3. Indikasi dan Kontraindikasi.....	21
4. Cara pemberian Kompres Hangat.....	22
<b>A. Konsep Dasar Keperawatan.....</b>	<b>23</b>
1. Pengkajian Keperawatan .....	23
2. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi.....	25
<b>BAB III.....</b>	<b>35</b>
<b>LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>35</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>35</b>
<b>B. Analisa Data.....</b>	<b>43</b>
<b>C. Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>43</b>
<b>D. <i>Planning</i> atau Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>44</b>
<b>E. Implementasi Keperawatan .....</b>	<b>45</b>
<b>F. Evaluasi Keperawatan.....</b>	<b>52</b>
<b>BAB IV .....</b>	<b>56</b>
<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>56</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>56</b>
<b>B. Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>57</b>
<b>C. Intervensi Keperawatan. ....</b>	<b>61</b>
<b>D. Implementasi Keperawatan .....</b>	<b>64</b>
<b>E. Evaluasi Keperawatan.....</b>	<b>66</b>
<b>BAB V.....</b>	<b>68</b>

<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	68
<b>A. Kesimpulan</b> .....	68
<b>B. Saran</b> .....	69
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	69
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b> .....	73



## DAFTAR TABEL

Tabel 3 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik.....	41
Tabel 3 2 Hasil Monitoring Suhu.....	55



## DAFTAR SKEMA

bagan 2. 1 Pathways Bronkopneumonia .....	16
---	----



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Anak tumbuh dan berkembang sesuai dengan umurnya, pada tahap perkembangan banyak ditemui permasalahan kesehatan yang harus diwaspadai oleh setiap orang tua. Sejak usia 0-5 tahun anak rentan sekali terserang masalah kesehatan salah satu yang sering terjadi pada anak adalah masalah kesehatan yang menyerang dibagian pernafasan misalnya penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), pneumonia atau bronkopneumonia yang menimbulkan beberapa hambatan pada tahap tumbuh kembang anak sehingga harus ditangani sesegera mungkin (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016)

Bronkopneumonia termasuk jenis pneumonia yang paling umum terjadi pada anak-anak, bahkan pada anak usia dibawah 5 tahun kematian terbanyak adalah disebabkan oleh infeksi yang salah satunya infeksi karena penyakit ini. Bronkopneumonia merupakan jenis pneumonia yang terjadi pada bronkus serta alveolus yaitu peradangan atau infeksi yang diakibatkan oleh virus, bakteri atau jamur. Kondisi ini bisa menyebabkan tanda-tanda ringan sampai berat serta beresiko menyebabkan komplikasi yang membahayakan jiwa. Salah satu gejala yang terlihat adalah demam sampai menggigil, bahkan demam yang terjadi pada anak jika tidak ditangani dengan cepat dapat terjadi komplikasi yaitu kejang (Kemenkes RI, 2022).

World Health Organisations (WHO) mengatakan bahwa pada tahun 2017 pneumonia menewaskan lebih dari 808.000 anak di bawah usia 5 tahun, dan 15% dari seluruh kematian anak di bawah usia 5 tahun, terdapat 18,3 juta orang dengan demam yang berujung kejang di 2019 dimana ada 154 ribu yang akhirnya mengakibatkan kematian. Proporsi demam disertai kejang di Eropa pada tahun yang sama yaitu sekitar 2-4% (Pelealu et al., 2019). Prevalensi demam (DBD/DHF) di Indonesia tahun 2018 sebanyak

68.407 kasus dengan jumlah 3 kasus meninggal sebanyak 493 orang dan Incidence Rate (IR) 26,12/100.000 penduduk. Angka ini lebih kecil dari pada angka kejadian di tahun 2017 dengan kasus sebanyak 204.171 dengan Incidence Rate (IR) 78,85/100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2022). Penyebab utama kematian yang paling banyak pada kelompok anak balita (usia 12-59 bulan) yaitu diare sebesar 10,3% dan pneumonia sebanyak 9,4%. Penyebab kematian lainnya, yaitu demam berdarah, kelainan kongenital jantung, tenggelam, cedera, kecelakaan, kelainan kongenital lainnya, *Corona Virus Disease-2019* (COVID-19), infeksi parasit, serta penyebab lainnya) (Kemenkes RI, 2022).

Berdasarkan hasil survei yang didapatkan pada data rekam medik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada tahun 2021 ditemukan sebanyak 84 anak mengalami bronkopneumonia, pada tahun 2022 mengalami kenaikan yaitu sebanyak 263 anak yang mengalami bronkopneumonia sedangkan pada tahun 2023 pada bulan januari hingga maret ditemukan kasus bronkopneumonia sebanyak 46 anak.

Demam atau hipertermia pada penderita pneumonia dapat disebabkan karena terjadi proses inflamasi atau peradangan di dalam paru sebagai respon masuknya organisme pathogen, jika suatu partikel bisa mencapai paru- paru, partikel tersebut akan berhadapan dengan makrofag alveoler, kemudian dengan mekanisme imun sistemik serta humoral. Infeksi pulmonal dapat terjadi karena terganggunya salah satu mekanisme pertahanan dan organisme dapat mencapai traktus respiratorius terbawah melewati aspirasi ataupun rute hematologi. Ketika patogen mencapai akhir bronkiolus maka akan terjadi penumpahan dari cairan edema ke alveoli, diikuti leukosit dalam jumlah banyak (Nugroho, 2013).

Hipertermi dapat ditangani dengan dua cara yaitu farmakologis (menggunakan antipiretik) dan non farmakologis. Penanganan non farmakologis hipertermi cukup banyak, salah satunya adalah dengan cara Kompres hangat. Kompres hangat dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi suhu dengan cara meningkatkan sirkulasi darah di area yang

terkena kompres hangat, sehingga dapat membuang panas dari tubuh dan dapat menurunkan suhu tubuh. Selain kompres hangat, cara menurunkan panas dapat dilakukan dengan Kompres dingin, sebuah penelitian mengatakan kompres dingin bekerja dengan cara menurunkan suhu kulit lebih cepat dari pada suhu inti tubuh, sehingga dapat merangsang vasokonstriksi dan *shivering*. *Shivering* mengakibatkan gangguan metabolisme karena dapat meningkatkan konsumsi oksigen dan volume respirasi, meningkatkan persentase karbon dioksida dalam udara ekspirasi dan meningkatkan aktifitas sistem saraf simpatis, sehingga kompres dingin tidak efektif untuk menurunkan demam karena selain kurang nyaman juga dapat merangsang produksi panas dan menghalangi pengeluaran panas (Susanti, 2020). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sumakul dan Lariwu (2022) Kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh yang tinggi, kompres air hangat memiliki pengaruh yang besar pada perubahan suhu tubuh karena terjadi perbedaan suhu tubuh saat sebelum dan setelah diberikan kompres air hangat (Sumakul & Lariwu, 2022). Berdasarkan hasil penelitian ini, suhu tubuh berkurang atau mengalami penurunan dari yang awalnya hipertermi menjadi normal. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurnia Dewi Anisa (2019) yang menyatakan bahwa ada perubahan yang sangat signifikan akibat pengaruh kompres hangat pada perubahan suhu tubuh pada pasien anak dengan hipertermia (Anisa, 2019).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat diambil kesimpulan bahwa Kompres hangat efektif untuk menurunkan suhu tubuh yang tinggi, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Bronkopneumonia Disertai Hipertermi Di Ruang Baitun Nisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Menjelaskan secara keseluruhan tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Brokopneumonia dan Masalah

Keperawatan Hipertermia Di Ruang Baitun Nisa 1 RSI Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Bronkopneumonia dan Masalah Keperawatan Hipertermia Di Ruang Baitun Nisa 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- b. Menjelaskan Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Bronkopneumonia dan Masalah Keperawatan Hipertermia Di Ruang Baitun Nisa 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- c. Menjelaskan analisis dari Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Bronkopneumonia dan Masalah Keperawatan Hipertermia Di Ruang Baitun Nisa 1 RSI Sultan Agung Semarang.

**C. Manfaat**

Karya tulis ilmiah ini disusun oleh penulis agar dapat memberi manfaat bagi pihak-pihak sebagai berikut :

1. Bagi Intitusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan dan pembelajaran yang diharapkan dapat meningkatkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan bagi mahasiswa khususnya tentang asuhan keperawatan anak dengan masalah keperawatan hipertermia pada bronkopneumonia di Fakultas Ilmu Keperawatan Program studi D-III Keperawatan

2. Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan mutu pelayanan dan sebagai acuan untuk melakukan asuhan keperawatan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan anak dengan masalah keperawatan hipertermia pada bronkopneumonia sehingga mengurangi waktu rawat pasien dan dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan.

3. Bagi Lahan Praktik

Bahan masukan dan pertimbangan bagi rumah sakit dalam pengambilan kebijakan, sumber penelitian lebih dalam khususnya

penanganan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan hipertermia pada bronkopneumonia.

4. Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan bagi masyarakat tentang pencegahan dan perawatan mandiri pada anak dengan masalah hipertermia



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Tumbuh Kembang**

##### **1. Pengertian**

Pertumbuhan adalah sebuah tahapan dimana terjadi perubahan fisik yang ditandai dengan adanya penambahan ukuran pada organ tubuh disebabkan oleh sel-sel yang bertambah dan membesar. Untuk mengetahui pertumbuhan dapat dilakukan dengan cara melakukan pengukuran pada berat badan, tinggi atau panjang badan, lingkaran lengan bagian atas dan lingkaran kepala. Sedangkan perkembangan adalah sebuah proses dimana terjadinya penambahan pada kebiasaan atau kemampuan (*skill*) pada bagian fungsi tubuh yang menyatu pada pola yang tertata dan bisa dijadikan sebagai hasil dari proses pematangan (Nurlaila et al., 2018).

Perkembangan ialah terjadinya proses penambahan pada fungsi dan struktur tubuh yang lebih kompleks meliputi motorik kasar, motorik halus, bahasa dan bicara serta kemandirian dan sosialisasi. Pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara simultan. Perkembangan berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan ialah hasil dari matangnya susunan saraf-saraf pusat yang mempengaruhi organ-organ, seperti perkembangan sistem neuromuskuler, kebiasaan bicara, emosi dan sosialisasi. Seluruh fungsi telah disebutkan memiliki peran yang sangat penting bagi kehidupan manusia. (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016).

## 2. Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan

Menurut (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016), Pola pertumbuhan dan perkembangan pada anak yang normal umumnya dipengaruhi oleh beberapa faktor. Adapun faktor-faktor tersebut diantaranya :

- a. Faktor internal yang mempengaruhi tumbuh kembang pada anak.
  - 1) Ras/etnik atau bangsa
  - 2) Keluarga
  - 3) Umur
  - 4) Jenis kelamin
  - 5) keturunan
- b. Faktor eksternal yang mempengaruhi tumbuh kembang pada anak.
  - 1) Faktor Prenatal
    - a) Gizi dan Nutrisi pada ibu hamil terutama pada trimester akhir masa kehamilan akan sangat berpengaruh pada pertumbuhan janin.
    - b) Posisi *fetus* yang tidak normal yang dapat mengakibatkan terjadinya kelainan kongenital
    - c) Toksin atau zat kimia, seperti yang terkandung dalam obat-obatan yang mampu mengakibatkan terjadinya kelainan kongenital.
    - d) Endokrin Diabetes melitus bisa mengakibatkan makrosomia, pembesaran jantung, *hiperplasia adrenal*.
    - e) Radiasi atau paparan dari sinar *Rontgen* yang dapat menyebabkan kelainan pada janin
    - f) Infeksi, di trimester 1 dan 2 oleh *Toksoplasma*, *Rubella*, *Sitomegalo virus*, *Herpes simpleks* (TORCH)
    - g) Perbedaan golongan darah antara ibu dan janin yang dapat mengakibatkan kelainan imunologi *Eritobaltosis fetalis*
    - h) *Anoksia embrio*
  - 2) Faktor Persalinan

Komplikasi persalinan yang terjadi pada bayi misalnya trauma kepala, asfiksia bisa mengakibatkan kerusakan pada jaringan serebral.

### 3) Faktor Pasca Persalinan

- a) Tumbuh kembang bayi memerlukan gizi dan zat makanan yang adekuat
  - b) Penyakit kronis atau kelainan kongenital
  - c) Lingkungan, fisik dan kimia atau toksin
  - d) Psikologis, Hubungan anak dengan orang di lingkungan sekitarnya
  - e) Endokrin Gangguan hormon, seperti pada penyakit *hipotiroid* yang dapat mengakibatkan anak terhambat pertumbuhannya.
  - f) Sosio-ekonomi
  - g) Lingkungan asuh
  - h) Obat-obatan, Pemakaian kortikosteroid dalam jangka panjang dapat mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan.
- (Direktorat Kesehatan Departemen Kesehatan Keluarga, 2016)

### 3. Periode Tumbuh Kembang

- a. Masa pranatal atau masa intra uterin) Masa pranatal dibagi menjadi 3, sebagai berikut:
  - 1) Masa zigot atau *mudgah*: sejak konsepsi hingga usia kehamilan 2 minggu
  - 2) Masa embrio: usia kehamilan 2 minggu hingga 8-12 minggu.
  - 3) Masa janin atau *fetus*: pada usia kehamilan 9-12 minggu hingga akhir masa kehamilan. Masa janin terbagi menjadi 2 periode, yaitu :
    - a) Masa janin dini, dimulai dari usia kehamilan 9 minggu hingga trimester ke dua kehamilan

- b) Masa janin lanjut, pada trimester akhir masa kehamilan.
- b. Masa bayi atau *infancy* (usia bayi 0 sampai 12 bulan), Masa bayi dibagi dalam 2 periode, yaitu:
  - 1) Masa neonatal umur 0 sampai 28 hari, dibagi lagi menjadi: Neonatal dini (*perinatal*): pada usia 0 sampai 7 hari dan Neonatal lanjut: 8 sampai 28 hari
  - 2) Masa pasca neonatal yaitu pada usia 29 hari-12 bulan.
- c. Masa balita atau prasekolah yaitu pada usia 1-6 tahun. Masa ini dibagi menjadi 2, yaitu :
  - 1) Masa balita: sejak usia 12 sampai 60 bulan
  - 2) Masa Pra sekolah: sejak usia 60 sampai 72 bulan
 (Handayani et al., 2018)

#### 4. Tahapan Perkembangan anak berdasarkan usia ( 12- 60 Bulan)

Pada tahap ini, pertumbuhan anak mengalami kemajuan yang cukup cepat pada perkembangan motorik kasar dan halus, serta pada fungsi ekskresi. Masa balita adalah tahapan yang paling penting dalam tumbuh kembang anak. Perkembangan anak pada tahap selanjutnya akan ditentukan dari tahap perkembangan ini. Setelah lahir, terutama pada 1000 hari kehidupan, merupakan waktu dimana sel-sel otak masih mengalami pertumbuhan dan perkembangan. Pada saat itu serabut saraf dan cabangnya mengalami pertumbuhan yang signifikan, sehingga membentuk jaringan otak yang kompleks. Segala kinerja otak akan dipengaruhi oleh jumlah dan hubungan-hubungan antar sel saraf, dimulai dari kemampuan untuk belajar berjalan, mengenal huruf dan bersosialisasi (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016).

#### 5. Gangguan yang ditemukan saat Tumbuh Kembang

- a. Gangguan bicara dan bahasa atau biasa disebut dengan *speed delay*.
- b. *Cerebral palsy*

- c. *Sindrom Down*
  - d. Perawakan Pendek biasa disebut *Stunting*
  - e. Gangguan Autisme
  - f. Keterbatasan Mental
  - g. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)
- (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016)

## **B. Konsep Dasar Penyakit**

### **1. Pengertian**

Bronkopneumonia atau pneumonia lobular ialah jenis pneumonia yang terjadi dan mengenai Sebagian atau seluruh lobus pada paru-paru. Bronkopneumonia ditandai dengan terjadinya konsolidasi pada Sebagian atau seluruh lobus paru-paru yang diikuti adanya infiltrate atau eksudat yang menumpuk didaerah bronkial atau bronkiolus. Gejala yang timbul pada penderita bronkopneumonia adalah kenaikan suhu tubuh ( $<38.0^{\circ}\text{C}$ ), batuk disertai dahak, nyeri dada, sesak nafas, dan kelelahan. Penyebab terjadinya bronkopneumonia sangat bervariasi mulai dari infeksi yang disebabkan bakteri ataupun virus, jamur kemudian juga dapat disebabkan terjadinya aspirasi cairan/makanan yang masuk ke dalam rongga paru (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RI, 2022).

Bronkus merupakan saluran udara yang memastikan udara masuk dengan baik dari trakea ke alveolus. Sedangkan, alveolus ialah kantong udara kecil yang berfungsi sebagai tempat pertukaran antara oksigen dan karbondioksida. Meskipun sama-sama menyerang organ paru-paru, terutama pada saluran udara atau bronkus, bronkopneumonia tidak sama dengan bronkitis atau peradangan pada bronkus. Bronkopneumonia adalah infeksi yang terjadi pada bronkus dan alveolus, sedangkan bronkitis infeksi terjadi hanya pada bronkus, orang yang mengalami jenis pneumonia yang satu ini ia akan merasa sulit bernafas dengan nyaman atau sesak nafas karena paru-paru

mereka tidak mendapatkan suplai udara yang cukup (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RI, 2022).

## 2. Etiologi

Bronkopneumonia dapat terjadi karena beberapa penyebab, diantaranya :

a. Bakteri, bakteri yang menyebabkan bronkopneumonia ialah

- 1) *Streptococcus pneumoniae*
- 2) *Haemophilus influenzae*
- 3) *Staphylococcus aureus*

b. Virus

Virus yang dapat menyebabkan bronkopneumonia adalah virus *influenza* dan virus *respiratori sincitial* (VRS),

c. Jamur

Jamur yang dapat menyebabkan terjadinya bronkopneumonia adalah *Pneumocystis jiroveci* dan *aspergillus* (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RI, 2022).

## 3. Klasifikasi

Menurut WHO (2019) bronkopneumonia dapat dibedakan berdasarkan:

- a. Bronkopneumonia sangat berat: terjadi ketika sianosis sentral dan anak tidak dapat minum, maka anak harus mendapatkan perawatan dan diberi antibiotik.
- b. Bronkopneumonia berat: jika terdapat retraksi tanpa sianosis dan masih bisa minum, maka anak harus mendapatkan perawatan dan diberi antibiotik.
- c. Bronkopneumonia: jika tidak terdapat retraksi namun ditemukan frekuensi nafas yang cepat yaitu lebih dari 60 kali /menit pada anak yang berusia kurang dari 2 bulan; lebih dari 50 kali /menit pada

anak yang berusia 2 bulan sampai 1 tahun; lebih dari 40 kali/menit pada anak yang berusia 1 sampai 5 tahun.

- d. Bukan bronkopneumonia: jika hanya batuk tanpa mengalami gejala dan tanda seperti halnya di atas, maka anak tidak perlu dirawat dan tidak perlu diberi antibiotik.

#### 4. Faktor Resiko

Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RI (2022) Beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya Bronkopneumonia. Faktor-faktor tersebut adalah :

- a. Umur  
Orang dengan umur lebih dari 65 tahun serta anak-anak yang berumur kurang dari 2 tahun akan memiliki resiko tinggi terserang penyakit bronkopneumonia dan berbagai komplikasinya.
- b. Lingkungan  
Orang yang bekerja dilingkungan pabrik ataupun industri serta orang yang sering berkunjung ke rumah sakit atau panti jompo memiliki resiko lebih tinggi terserang penyakit bronkopneumonia
- c. Gaya hidup  
Orang dengan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan meminum alkohol bisa meningkatkan resiko terserang bronkopneumonia
- d. Kondisi medis

#### 5. Manifestasi Klinis

Bronkopneumonia dapat menimbulkan tanda gejala pada penderitanya, beberapa tanda gejala bronkopneumonia diantaranya ialah, sebagai berikut :

- a. Terjadi infeksi pada traktus respiratorius atas.
- b. Demam hingga menggigil, dengan suhu  $38^{\circ}\text{C}$ - $41.1^{\circ}\text{C}$ , jika demam terlalu tinggi dapat berakibat kejang demam.

- c. Sulit bernafas atau sesak nafas, batuk yang disertai dengan dahak, kemudian anak akan gelisah karena adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk.
- d. Frekuensi napas yang cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis atau kebiruan diarea hidung dan mulut.
- e. Kadang-kadang dengan muntah dan diare disertai dengan penurunan nafsu makan.
- f. Diawali batuk kering lalu berlanjut ke batuk produktif
- g. terdengar bunyi nafas *ronchi* dan *wheezing*, pergerakan dinding dada yang tidak simetris
- h. kelelahan akibat adanya reaksi peradangan atau inflamasi dan hipoksia apabila terjadi infeksi serius dan ventilasi berkurang yang diakibatkan penumpukan mucus (Wulandari & Erawati, 2016)

## 6. Patofisiologi

Proses terjadinya bronkopneumonia dimulai dari masuknya mikroorganisme ke dalam saluran napas dan paru, melalui berbagai cara yakni secara langsung melalui udara, melalui aspirasi dari bahan yang terdapat di nasofaring dan orofaring serta adanya perluasan secara langsung dari saluran pernapasan bagian atas. Bronkopneumonia berawal dari percikan droplet yang dapat masuk menuju saluran pernapasan bagian atas lalu menimbulkan reaksi imunologis dari tubuh yang menyebabkan inflamasi atau peradangan, saat peradangan terjadi tubuh akan menyesuaikan diri, dengan menimbulkan reaksi berupa demam dan menghasilkan sekret di saluran pernapasan, sekret yang diproduksi dan sulit dikeluarkan dapat menyebabkan klien sulit bernafas sehingga menjadi sesak. Saluran cerna juga dapat diinfeksi oleh bakteri ini melalui darah yang membawanya. Bakteri ini dapat menimbulkan masalah pada sistem pencernaan dengan membuat flora normal di usus menjadi agen patogen. Mikroorganisme tidak akan tumbuh pada paru yang sehat,

mikroorganisme akan mudah masuk kedalam paru dan berkembang jika daya tahan tubuh terdapat gangguan (Fajri et al., 2020).

Ketika mikroorganisme berada di alveoli, maka akan terjadi peradangan di alveoli, peradangan ini terjadi melalui 4 proses yaitu:

- a. Stadium 1 dimulai pada (4-12 jam/ kongesti) Disebut hiperemia mengacu pada infeksi yang terjadi pada daerah peradangan yang ditandai dengan adanya aliran darah dan permeabilitas kapiler ditempat yang terinfeksi.
- b. Stadium 2 terjadi dalam (48 jam) Disebut hepatisasi merah yang terjadi saat alveolus terisi oleh sel darah merah eksudat dan fibrin merupakan hasil reaksi peradangan.
- c. Stadium 3 terjadi dalam (3 sampai 8 hari) Disebut hepatisasi kelabu karena pada saat itu sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi.
- d. Stadium 4 terjadi dalam (7 sampai 11 hari) Disebut resolusi terjadi saat respon imun dan peradangan sudah mereda, sisa fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan dapat kembali ke strukturnya semula (Fajri et al., 2020)

## 7. Pemeriksaan penunjang

### a. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pasien dengan bronkopneumonia terjadi peningkatan jumlah leukosit biasanya lebih dari 10.000/ul hingga 30.000/ul dan pada hitungan jenis leukosit terjadi pergeseran ke kiri serta terjadi peningkatan LED. Untuk menentukan penyebab dari bronkopneumonianya adalah dengan melakukan pemeriksaan darah, kultur dahak dan serologi, serta diperlukan pemeriksaan gas darah arter (*Blood Gas Arterial*) untuk menentukan keparahan bronkopneumonia. Biasanya pada penderita pneumonia ditemukan saturasi oksigen yang rendah (Dipiro, 2015).

### b. Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan radiologis dapat berupa infiltrat sampai konsolidasi dengan *Air broncogram* penyebab bronkogenik dan interstisial serta gambaran kaviti. Foto toraks dapat menjadi pemeriksaan penunjang utama untuk menentukan diagnosa, namun tidak secara khusus bisa menentukan apa yang menyebabkan terjadinya pneumonia, hanya menjadi petunjuk ke arah diagnosis etiologinya saja. Pada bronkopneumonia hasil pemeriksaan rontgen thoraks ditemukan infiltrat interstisial dan infiltrat alveolar serta gambaran bronkopneumonia (Samuel, 2014).

## 8. Penatalaksanaan

Menurut Chairunnisa (2018), Ada dua jenis penatalaksanaan pada pasien bronkopneumonia yaitu :

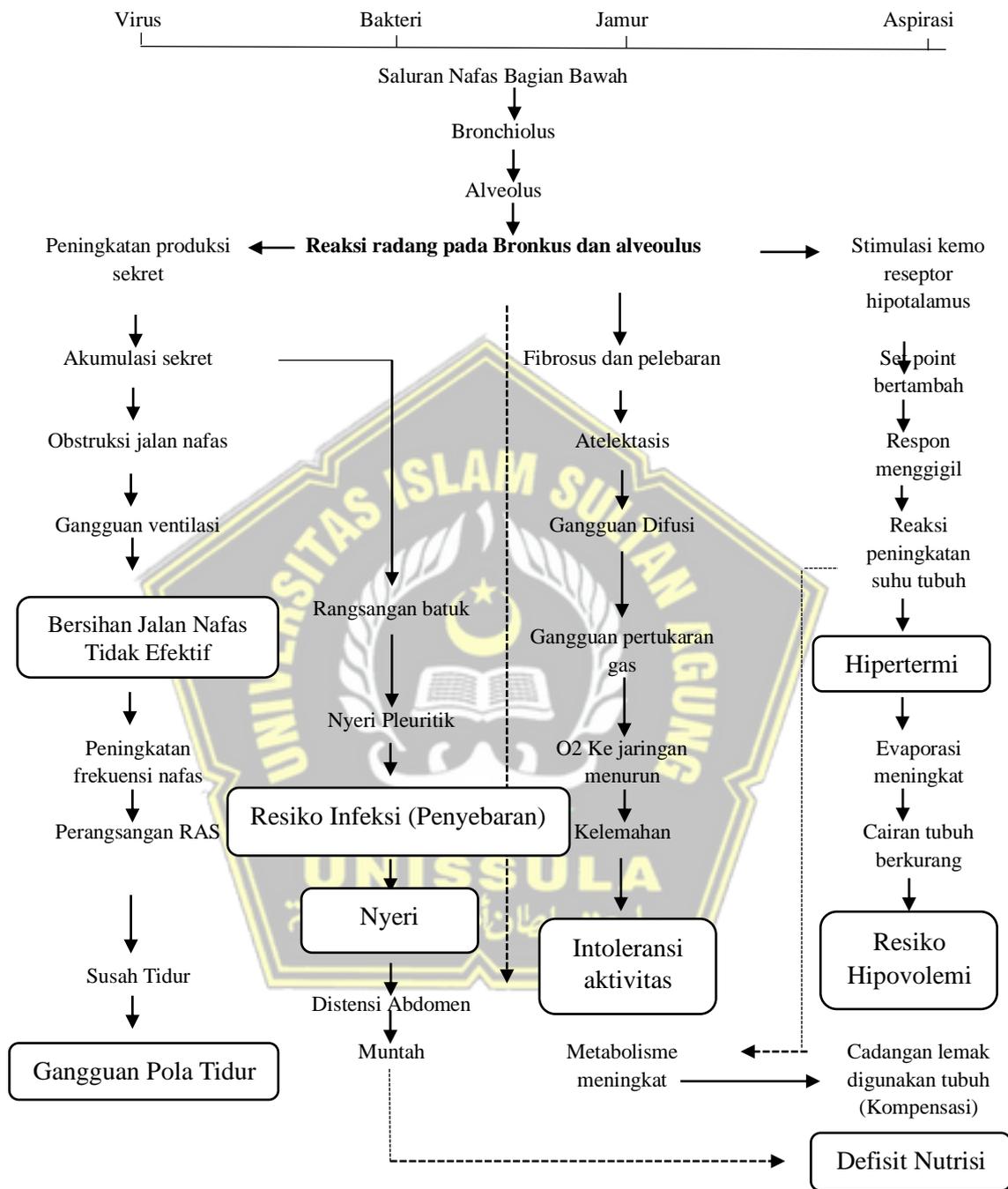
### a. Penatalaksanaan medik

Farmakologi ialah ilmu yang membahas tentang obat. Pemberian antibiotik misalnya pada penisilin G, streptomisin, ampicillin, dan gentamicin. antibiotik ini diberikan berdasarkan usia, keadaan penderita, dan kuman/bakteri penyebabnya (Chairunisa, 2018).

### b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Pada anak yang mengalami gangguan bersihan jalan nafas, dapat dilakukan fisioterapi dada atau batuk efektif
- 2) Mengatur posisi semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi
- 3) Memberikan kompres hangat untuk menurunkan demam
- 4) Memonitor intake dan output serta monitor balance cairan
- 5) Bantu pasien memenuhi kebutuhan ADLs
- 6) Monitor tanda-tanda vital
- 7) Kolaborasi pemberian O<sub>2</sub>
- 8) Memonitor status nutrisi dan berkolaborasi dengan ahli gizi (Chairunisa, 2018).

### 9. Pathways



Sumber : Nurarif & Kusuma 2015

*bagan 2. 1 Pathways Bronkopneumonia*

## C. Konsep Hipertermi

### 1. Pengertian

Hipertermi adalah suatu kondisi dimana suhu tubuh melebihi suhu normal yaitu diatas  $37,5^{\circ}\text{C}$  serta akan terjadi berbagai proses infeksi dan non infeksi berinteraksi dengan pertahanan mekanisme *hospes*. Saat mekanisme bakteri ini berlangsung pecahan jaringan akan difagositosisi oleh leukosit, makrofag, serta limfosit dalam ukuran besar yang memiliki granula. Sel ini kemudian akan mencerna hasil dari pemecahan bakteri dan melepaskan zat *interleukin* ke dalam cairan tubuh (zat pirogen leukosit atau pirogen endogen) (Alisa, 2019).

Saat hipertermi terjadi kulit akan terasa hangat karena terdapat peningkatan vasodilatasi pada pembuluh darah yang menyebabkan kulit terasa hangat ( PPNI DPP SDKI Pokja Tim, 2017). Jika hipertermi tidak segera di tangani maka dapat menyebabkan terjadinya kejang yang diakibatkan oleh kenaikan suhu tubuh lebih dari  $38,8^{\circ}\text{C}$  (Beatrik, 2017).

Hipertermi adalah keadaan tubuh seorang individu yang mengalami peningkatan suhu tubuh diatas  $37,8^{\circ}\text{C}$  peroral atau  $38,8^{\circ}\text{C}$  perrektal yang terjadi karena faktor eksternal maupun internal. Hipertermi ialah proses dimana saat suhu tubuh tinggi ia akan mendinginkannya dengan proses penguapan dan keringat. Pada kondisi tertentu (suhu udara lebih  $95^{\circ}\text{F}$  atau  $35^{\circ}\text{C}$  dan dengan kelembaban udara cukup tinggi, maka tidak terjadi penguapan dengan cepat. Lalu, jika tubuh mengalami asupan cairan yang kurang, kemudian kehilangan cairan yang berlebihan dan terjadi ketidakseimbangan elektrolit maka hal ini bisa mengakibatkan terjadi dehidrasi. Pada kasus tersebut, suhu tubuh seseorang yang meningkat secara cepat dapat merusak sel otak dan organ vital lainnya yang disebabkan oleh suhu tubuh yang sangat tinggi (Andriani & Iswati, 2023).

## 2. Etiologi

Penyebab terjadinya hipertermi sangat bervariasi dan tergantung pada faktor-faktor individu. Hipertermi dapat terjadi karena beberapa sebab, berikut ini :

- a. Hipertermi dapat terjadi pada tubuh yang terlalu lama terpapar suhu yang tinggi, hal ini biasanya terjadi pada pekerja dan olahragawan yang berada dibawah sinar matahari yang cukup panas.
- b. Hipertermi yang terjadi akibat Infeksi, contohnya pada penyakit seperti Flu, pneumonia, Infeksi saluran kemih atau ISK dan sepsis, hipertermi menjadi salah satu gejala pada penyakit-penyakit tersebut.
- c. Pada orang dengan gangguan tiroid, seperti tirotoksikosis atau krisis tirotoksik
- d. Hipertermi dapat terjadi karena efek samping penggunaan obat, beberapa obat yang dapat mengakibatkan hipertermi seperti obat antidepresan, antipsikotik dan obat-obatan penurun panas.
- e. Hipertermi juga dapat terjadi karena adanya penyakit ganas seperti kanker, misalnya pada Limfoma, leukemia dan tumor otak. (Andriani & Iswati, 2023)

## 3. Manifestasi Klinis

Menurut Harvard Health Publishing (2021), demam atau hipertermi memiliki beberapa tanda gejala, seperti :

- a. Keringat Menggigil
- b. Sakit kepala
- c. Otot-otot terasa pegal
- d. Penurunan nafsu makan
- e. Mukosa bibir kering
- f. Gelisah dan lemas
- g. Jika demam terlalu tinggi dapat mengakibatkan kejang

#### 4. Patofisiologi

Peningkatan suhu tubuh terjadi karena peningkatan set point. Infeksi bakteri menyebabkan demam karena endotoksin bakteri merangsang sel *polymorphonuclear* (PMN) untuk membentuk pirogen endogen yaitu interleukin-1, interleukin 6 atau tumor necrosis factor (TNF). Pirogen endogen bekerja pada hipotalamus dengan bantuan enzim *siklooksigenase 2* (COX-dua) menghasilkan prostaglandin E2. Hal ini menyebabkan peningkatan level prostaglandin E2 yang berasal dari jaringan hipotalamus anterior serta ventrikel III dimana konsentrasi tertinggi berada pada daerah organ vasculosum lamina terminalis yang jaringan kapilernya meluas ke sekeliling pusat termoregulasi hipotalamus. hubungan pirogen dengan endothelium pembuluh darah circumventricular hipotalamus ialah langkah awal untuk menaikkan set point ke level demam. Sitokin pirogenik seperti IL-1, IL-6 dan TNF dilepaskan dari sel dan memasuki peredaran sistemik dan menginduksi sintesis PGE2 untuk mencetuskan demam. Sitokin pirogenik jua menginduksi pembentukan PGE2 pada jaringan perifer. PGE2 pada perifer bisa berkomunikasi dengan otak secara tak langsung dapat menaikkan set poin hipotalamus melalui beberapa cara, antara lain menggunakan menstimulasi serabut saraf otonom serta melalui rute vagal yang merupakan cara terbaik. Peningkatan PGE2 pada perifer juga mengakibatkan *myalgia* non spesifik dan *artralgia* yang sering mengakibatkan demam. Demam memiliki 3 fase klinis yaitu menggigil (*chill*), febris (*fever*) serta kemerahan (*flush*). di fase menggigil, temperatur inti tubuh naik menjangkau set poin suhu baru menggunakan vasokonstriksi perifer untuk mengurangi pengeluaran panas dan peningkatan aktivitas otot (*shivering*) untuk menaikkan produksi panas. di fase febris terjadi ekuilibrium antara produksi serta kehilangan panas di set poin yang semakin tinggi. Kulit teraba hangat, kemerahan, serta kering. ketika set poin kembali normal, tubuh mempersepsikan dirinya menjadi terlalu panas, sehingga prosedur

mengurangi panas dimulai melalui vasodilatasi perifer serta berkeringat (*diaphoresis*) (Susanti, 2020).

## 5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan fisik pada anak demam dibagi atas status generalis dan evaluasi secara detail yang berfokus pada sumber infeksi. Pemeriksaan status generalis tidak dapat diabaikan karena hal inilah yang menentukan apakah pasien tertolong toksis atau tidak toksis. Skala penilaian terdiri dari evaluasi berdasarkan reaksi terhadap orang tua, variasi keadaan, respon social, warna kulit, dan status hidrasi.

Pemeriksaan awal : Pemeriksaan atas indikasi, kultur darah, urin atau feses, pengembalian cairan, Serebrospinal, foto toraks, Darah urin dan feses rutin, morfologi darah tepi, hitung jenis leukosit (Juanda, 2021).

## 6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita demam dapat dilakukan secara mandiri oleh keluarga atau dengan tenaga kesehatan, yaitu dengan cara pemberian kompres hangat pada pasien yang mengalami demam, banyak istirahat dan dibutuhkan kerjasama yang baik antara keluarga dengan tim kesehatan selama pemberian terapi, terapi yang diberikan adalah terapi farmakologis yaitu pemberian antipiretik sebagai upaya untuk menurunkan suhu tubuh penderita demam untuk mencegah terjadinya komplikasi (Nurarif, 2015).

Salah satu tindakan non-farmakologis sebagai cara untuk menurunkan suhu tubuh penderita demam yaitu dengan cara mengompres, dengan menggunakan tepid sponge atau kompres air hangat (Dewi, 2016).

### A. Konsep Kompres Hangat

#### 1. Pengertian

Kompres hangat adalah sebuah cara untuk menurunkan suhu tubuh dengan penggunaan kain basah, yang kemudian diletakkan pada

bagian tubuh tertentu, sehingga dapat memberikan rasa nyaman (Wardiah, 2016).

Kompres hangat adalah sebuah tindakan melapisi permukaan kulit dengan handuk yang sudah dibasahi dengan air hangat, temperatur maksimal 43°C. Lokasi kulit tempat mengompres biasanya pada area wajah, leher, dan tangan. Kompres hangat pada kulit dapat menghambat *shivering* dan dampak metabolik yang ditimbulkannya. Selain itu, kompres hangat juga menginduksi vasodilatasi perifer, sehingga meningkatkan pengeluaran panas tubuh (Susanti, 2020).

## 2. Manfaat

Kompres hangat memiliki beberapa manfaat, diantaranya adalah :

- a. Memberikan rasa nyaman dan tenang pada pasien.
- b. Menurunkan suhu tubuh anak yang demam, karena tubuh dapat melepaskan panas melalui empat cara yaitu radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi.
- c. Merileksasikan otot-otot yang tegang
- d. Mengurangi rasa nyeri

(Sorena et al., 2019)

## 3. Indikasi dan Kontraindikasi

- a. Indikasi pemberian kompres hangat adalah pada pasien dengan keluhan sebagai berikut:

- 1) Demam atau hipertermi, pada pasien hipertermi kompres hangat dapat menurunkan suhu dengan cara memberikan rangsangan di area preoptik hipotalamus untuk menurunkan suhu tubuh. Sinyal hangat yang dibawa oleh darah ini menuju hipotalamus akan merangsang area preoptik lalu menyebabkan pengeluaran sinyal oleh sistem efektor. Sinyal ini akan mengakibatkan terjadi keluarnya panas tubuh yang lebih banyak melalui dua cara yaitu dengan dilatasi pembuluh darah perifer dan berkeringat (Sorena et al., 2019).

- 2) Nyeri, pemberian kompres hangat pada pasien yang mengalami nyeri dapat mengakibatkan pembuluh-pembuluh darah akan terjadi pelebaran sehingga dapat memperbaiki peredaran darah pada jaringan tersebut. Melalui cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat sisa yang dibuang akan diperbaiki. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa nyeri sehingga akan menunjang proses penyembuhan (Steve, 2014).
  - 3) Kram pada saat menstruasi dengan pemberian kompres hangat akan mengakibatkan kram saat menstruasi menurun karena adanya relaksasi yang ditimbulkan dari proses kompres hangat.
  - 4) Pasien dengan keluhan perut kembung
  - 5) Spasme otot atau disebut dengan kram otot atau nyeri otot dengan pemberian kompres hangat akan menimbulkan sensasi hangat yang akan melebarkan pembuluh darah sehingga tidak terjadi penumpukan asam laktat. Selain itu kompres hangat juga mampu membuat otot lebih rileks.  
(Sari, 2022)
- b. Kontraindikasi
- 1) Gangguan sensibilitas misalnya kelemahan otot, refleks menurun.
  - 2) *Buerger diseases* atau *Tromboangitis Obliterans Buerger diseases* ialah penyakit pembuluh darah mengenai arteri dan vena berupa peradangan dan penyumbatan oleh trombus, khususnya dipembuluh darah kecil dan sedang di kaki serta tangan menimbulkan kesemutan (Sari, 2022).

#### 4. Cara pemberian Kompres Hangat

Hal yang pertama dilakukan sebelum memberikan kompres hangat adalah melakukan pengkajian terhadap pasien yang ingin diberikan kompres hangat, melakukan pengukuran suhu dan catat hasilnya,

setelah itu siapkan sebuah baskom kecil berisi air hangat, maksimal suhu 43 derajat selsius, siapkan sebuah washlap dan handuk kecil. Setelah itu lepaskan pakaian pasien, basahi washlap dengan air hangat yang telah disiapkan, setelah itu letakkan kompres pada 5 titik yaitu leher, ketiak, serta pangkal paha kanan-kiri diamkan selama 5-10 menit pada setiap area. Jika sudah selesai melakukan kompres hangat dibeberapa bagian tersebut selanjutnya ukur kembali suhu anak, dan lihat apakah ada kemerahan akibat kompres hangat. Lakukankompres hangat ini sebanyak 2 kali/hari selama 5-10 menit (Faridah & Soesanto, 2021).

## **A. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dalam proses keperawatan adalah tahap awal dari seluruh proses keperawatan yang memiliki tujuan untuk mengumpulkan seluruh informasi data pasien di rumah sakit yang berkaitan dengan kesehatan, mengukur data, memvalidasi data, dan yang terakhir mendokumentasikan data yang diperoleh. Pengkajian dapat dilakukan dengan dua cara yaitu melalui anamnesa dan alloanamnesa (Kozier dalam Jannah, 2020).

#### **a. Identitas Pasien**

Identitas pasien berisi nama pasien, Tempat/tanggal Lahir, Usia, Pendidikan, Alamat, Agama, Tanggal dan jam saat Masuk ke rumas sakit, serta nomor CM atau nomor rekam medis.

#### **b. Identitas penanggung jawab**

Identitas penanggung jawab terdiri dari nama Ayah dan Ibu, pekerjaan ayah dan ibu, pendidikan ayah dan ibu, agama, alamat dan suku bangsa.

#### **c. Riwayat kesehatan**

Riwayat kesehatan adalah suatu proses pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui alasan pasien datang ke rumah sakit, dengan menanyakan riwayat kesehatan pada masa dahulu dan

sekarang serta riwayat kesehatan dari keluarga pasien, guna menemukan gangguan kesehatan yang dialami oleh pasien dan sebagai bahan untuk menentukan diagnosa keperawatan yang akan ditegakkan pada pasien serta tindakan apa yang sesuai dengan diagnosa pasien (Nursalam, 2013).

- 1) Riwayat kesehatan sekarang, berisi informasi tentang keluhan pasien yang terjadi sejak pasien mengalami keluhan hingga pasien datang ke rumah sakit.
  - 2) Riwayat kesehatan dahulu, berisi informasi tentang riwayat pasien sejak pasien dalam kandungan/sebelum lahir (prenatal), saat kelahiran pasien (natal), pasaca kelahiran (post natal), sakit yang dialami saat kecil, pernah dirawat di rumahsakit atau tidak, dan ada alergi atau tidak, serta kelengkapan imunisasi pasien.
  - 3) Riwayat kesehatan keluarga, berisi tentang informasi kesehatan anggota keluarga yang berkaitan dengan kesehatan pasien.
- d. Pemeriksaan fisik dan fungsional
- 1) Pengkajian Fungsional  
 Pada pengkajian ini biasanya yang bermasalah adalah pada bagian nutrisi dan metabolik anak, apakah nafsu makan ada penurunan, porsi makan yang berkurang, ada mual atau muntah, ada penurunan berat badan. Kemudian pada eliminasi, apakah apakah anak mengalami diare atau tidak, frekuensi, kemudian apakah ada kesulitan dari BAB/BAK, warna dan konsistensinya.
  - 2) Pemeriksaan Fisik  
 Pemeriksaan fisik pada anak, biasanya ditemukan permasalahan pada hidung terdapat secret, pada pengukuran suhu ditemukan ada peningkatan suhu yang menyebabkan hipertermi, kemudian pemeriksaan pada bagian thorak untuk memeriksa paru-paru dan jantung serta pemeriksaan pada

abdomen menggunakan 4 cara yaitu inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi. Pada paru-paru didapatkan anak mengalami sesak nafas, ada suara nafas tambahan *ronchi* atau *wheezing*, pola dan frekuensi nafas yang tidak efektif, suara perkusi pekak, terdapat pernafasan cuping hidung, ada retraksi dada. Pada abdomen jika anak mengalami diare makan akan terjadi peningkatan peristaltik usus.

## 2. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi

### a. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ialah sebuah penilaian klinis yang meliputi respon klien terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan yang dilaluinya baik secara aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan memiliki tujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara individu, keluarga maupun komunitas terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesehatan (PPNI, 2018). Diagnosa yang mungkin muncul pada masalah bronkoneumonia adalah :

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)
- 2) Defisit nutrisi (D.0019)
- 3) Resiko Hipovolemi (D.0034)
- 4) Intoleransi aktivitas (D.0056)
- 5) Nyeri akut (D.0077)
- 6) Ansietas (D.0080)
- 7) Hipertermi (D.0130)
- 8) Resiko Infeksi (D.0142)

### b. Fokus intervensi

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

Luaran : Bersihan jalan nafas membaik (L.1001)

Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Produksi sputum menurun
- b) *Mengi* menurun
- c) *Wheezing* menurun

- d) *Dispnea* menurun
- e) Frekuensi nafas membaik
- f) Pola nafas membaik

Intervensi : Manajemen jalan nafas (I.01011)

#### **Observasi**

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: *gurgling*, *mengi*, *wheezing*, *ronchi* kering)
- c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

#### **Terapeutik**

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw thrust* jika curiga trauma fraktur servikal)
- b) Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*
- c) Berikan minum hangat
- d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- f) Lakukan *hiperoksigenasi* sebelum penghisapan *endotracheal*
- g) Keluarkan sumbatan benda padat dengan *forsep McGill*
- h) Berikan oksigen, jika perlu

#### **Edukasi**

- a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi
- b) Ajarkan Teknik batuk efektif

#### **Kolaborasi**

- a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

#### 2) Defisit Nutrisi (D.0019)

Luaran : Status nutrisi membaik (L.03030)

- a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat

- b) Berat badan membaik
- c) Indeks massa tubuh (IMT) membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi (I.01339)

#### **Observasi**

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- f) Monitor asupan makanan
- g) Monitor berat badan
- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

#### **Terapeutik**

- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
- c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- g) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

#### **Edukasi**

- a) Ajarkan posisi duduk, jika mampu
- b) Ajarkan diet yang diprogramkan

#### **Kolaborasi**

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

3) Resiko Hipovolemi (D.0034)

Luaran : Statu cairan membaik (L.03028)

Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Kekuatan nadi meningkat
- b) Output urin meningkat
- c) Membran mukosa lembab meningkat
- d) Ortopnea menurun
- e) Dispnea menurun
- f) Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun
- g) Edema anasarka menurun
- h) Edema perifer menurun
- i) Frekuensi nadi membaik
- j) Tekanan darah membaik
- k) Turgor kulit membaik
- l) Jugular venous pressure membaik
- m) Hemoglobin membaik
- n) Hematokrit membaik

Intervensi : Manajemen Hipovolemia

#### **Observasi**

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- b) Monitor intake dan output cairan

#### **Terapeutik**

- a) Hitung kebutuhan cairan
- b) Berikan posisi modified Trendelenburg
- c) Berikan asupan cairan oral

#### **Edukasi**

- a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

**Kolaborasi**

- a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)
  - b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
  - c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)
  - d) Kolaborasi pemberian produk darah
- 4) Intoleransi aktivitas (D.0056)

Luaran : Toleransi aktivitas meningkat(L.05047)

Tujuan dan Kriteria hasil

- a) Keluhan Lelah menurun
- b) Dispnea saat aktivitas menurun
- c) Dispnea setelah aktivitas menurun
- d) Frekuensi nadi membaik

Intervensi : manajemen energi (I.05178).

**Observasi**

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c) Monitor pola dan jam tidur
- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

**Terapeutik**

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

**Edukasi**

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

- c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

**Kolaborasi**

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

5) Nyeri akut (D.0077)

Luaran : Tingkat nyeri menurun (L.08066)

Tujuan dan Kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Gelisah menurun
- e) Kesulitan tidur menurun
- f) Frekuensi nadi membaik

Intervensi : manajemen nyeri (I.08238).

**Observasi**

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetic

**Terapeutik**

- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

#### **Edukasi**

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

#### **Kolaborasi**

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

#### **6) Ansietas (D.0080)**

Luaran : Tingkat ansietas menurun(L.09093)

Tujuan dan Kriteria hasil :

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Perilaku tegang menurun
- e) Konsentrasi membaik
- f) Pola tidur membaik

Intervensi : terapi relaksasi (I.09326)

#### **Observasi**

- a) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b) Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- c) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya
- d) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan
- e) Monitor respons terhadap terapi relaksasi

#### **Terapeutik**

- a) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- b) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- c) Gunakan pakaian longgar
- d) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- e) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai

#### **Edukasi**

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- b) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
- c) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- d) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- e) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
- f) Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

7) Hipertermi (D.0130)

Luaran : Termoregulasi membaik (L.14134)

Tujuan dan Kriteria hasil :

- a) Menggigil menurun
- b) Suhu tubuh membaik
- c) Suhu kulit membaik

Intervensi : manajemen hipertermia (I.15506).

**Observasi**

- a) Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
- b) Monitor suhu tubuh
- c) Monitor kadar elektrolit
- d) Monitor haluaran urin
- e) Monitor komplikasi akibat hipertermia

**Terapeutik**

- a) Sediakan lingkungan yang dingin
- b) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- d) Berikan cairan oral
- e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
- f) Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- g) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- h) Berikan oksigen, jika perlu

**Edukasi**

- a) Anjurkan tirah baring

**Kolaborasi**

- a) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

8) Resiko Infeksi (D.0142)

Luaran : tingkat infeksi menurun (L.14137)

Tujuan dan Kriteria hasil :

- a) Demam menurun
- b) Kemerahan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Bengkak menurun
- e) Kadar sel darah putih membaik

Intervensi : pencegahan infeksi (I.14539)

**Observasi**

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik**

- a) Batasi jumlah pengunjung
- b) Berikan perawatan kulit pada area edema
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

**Edukasi**

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- c) Ajarkan etika batuk
- d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

**Kolaborasi**

- a) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 14 Februari 2023 pada pukul 08.30 WIB. Penulis mengelola kasus pada An. A dengan diagnose medis Bronkopneumonia dan masalah keperawatan hipertermia di ruang Baitun Nisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Dan didapatkan hasil pengkajian sebagai berikut :

##### 1. Identitas

###### a. Identitas pasien

Pasien bernama An. A lahir di Semarang pada 25 Oktober 2021. Pasien berusia 1 tahun 3 bulan. Pasien beralamat di Jalan Telogosari, Pedurungan, Semarang. Pasien beragama islam. Pasien masuk ke rumah sakit pada hari jumat tanggal 10 Februari 2023 dengan diagnosa medis kejang demam sementara.

###### b. Penanggung jawab

Selama pasien dirawat di rumah sakit yang bertanggung jawab atas An. A adalah bapak dan ibu kandungnya yang bernama Tn. Y dan Ny. N, keduanya beragama islam, pendidikan keduanya adalah SMK, keduanya bekerja sebagai karyawan swasta, keduanya beralamat di Jalan Telogosari, Pedurungan, Semarang. Keduanya adalah suku Jawa dan bangsa Indonesia.

##### 2. Keluhan Utama

Pasien dirawat karena mengalami panas yang tinggi yaitu 38°C dan mengalami kejang kurang lebih selama 5 menit.

##### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengalami batuk pilek selama kurang lebih 3 hari dan pada hari ke 3 pasien tiba-tiba mengalami panas yang tinggi yaitu 38.5°C dan BAB cair sebanyak 4 kali dengan

konsistensi cair dengan warna kecokelatan, lalu dibawa ke klinik terdekat saat diklinik tiba-tiba pasien mengalami kejang sehingga dari klinik langsung dirujuk ke IGD RSI Sultan Agung. Setelah berada di IGD dan mendapatkan perawatan selama kurang lebih 1 jam pasien sempat BAB sebanyak 2 kali dengan konsistensi cair dengan warna kecokelatan dan perut sempat kembung, selanjutnya pasien dipindahkan ke ruang Baitun Nisa 1 untuk rawat inap, selama mendapatkan perawatan di Ruang Baitun Nisa 1 (selama 4 hari) hingga saat dilakukan pengkajian pasien suhu tubuh anaknya naik dan sering panas, namun selama itu pasien tidak mengalami kejang lagi, batuk pilek yang dialami dari hari pertama perawatan sampai hari ke- 4 saat dilakukan pengkajian sudah membaik tetapi masih terdengar suara *ronchi* pada pasien namun suara yang terdengar cukup halus.

4. Riwayat Kesehatan Masa lampau

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien merupakan anak yang pertama, selama kehamilan tidak pernah mengalami keluhan apapun, nutrisi selama hamil tercukupi, ibu pasien mengkonsumsi susu kehamilan dan obat serta vitamin yang disarankan oleh dokter seperti vitamin A, asam folat dan tablet tambah darah. Kehamilan fullterm dan melahirkan secara spontan atau normal di Rumah Sakit Pelita Anugerah. Imunisasi pasien lengkap, hanya saja belum melakukan imunisasi DPT yang ketiga, setiap setelah diberikan imunisasi keluhan yang dialami oleh pasien adalah sering demam.

5. Riwayat Keluarga

Ibu pasien mengatakan ia adalah anak tunggal dan saat ini ayah dan ibunya masih hidup, suaminya juga merupakan anak tunggal serta ayah dan ibunya juga masih hidup. Ibu pasien mengatakan pasien merupakan anak pertama ia dan suaminya. Ibu dan ayah pasien, serta pasien tinggal serumah. Ibu pasien mengatakan memiliki riwayat darah rendah, dan bapak pasien tidak memiliki riwayat sakit apapun. Dari

seluruh keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

#### 6. Riwayat Sosial

Saat ini ibu pasien berstatus karyawan swasta, sehingga selama ia bekerja Pasien dititipkan kepada orang tuanya. Lingkungan sekitar rumah pasien bersih dan rapi, ventilasi udara dalam rumah cukup dan sirkulasi udara di dalam rumah juga baik.

#### 7. Pengkajian Pola Fungsional

##### a. Persepsi Kesehatan/Penanganan Kesehatan

Orang tua pasien selalu berusaha menjaga kesehatan pasien dengan cara selalu mencukupi nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien, dan selalu periksa kesehatan secara rutin ke pusyandu untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan anaknya.

##### b. Nutrisi/Metabolik

Pasien minum ASI sejak lahir hingga usia 3 bulan saja, setelah itu pasien diberi susu formula hingga usia 8 bulan, setelah itu pasien rutin diberi MPASI yaitu nasi tim dengan porsi satu mangkuk kecil dengan frekuensi makan 3 kali sehari dan pasien dapat menghabiskan 8 botol susu sehari dengan volume perbotolnya 240 ml. Selama sakit pasien mengalami penurunan nafsu makan, saat sakit pasien hanya minum susu 3 botol susu saja, dan saat ini pasien terpasang infus cairan Futrolit 10 tetes permenit.

##### c. Eliminasi

Pasien BAK sebanyak 5-8 kali dalam sehari. BAB sebanyak 1-2 kali, namun saat sakit pasien mengalami diare selama kurang lebih 2 hari yaitu sejak sehari sebelum dirawat dan sehari sesudah dirawat, sehingga dalam sehari pasien BAB sebanyak 5-6 kali dengan konsistensi cair dan warna kuning kecokelatan.

##### d. Aktivitas dan Latihan

Pasien menghabiskan waktu sehari-hari bersama neneknya, biasanya nenek pasien mengajak pasien untuk bermain keluar

rumah bersama anak-anak yang lain. Sedangkan, untuk keperluan sehari-hari pasien tergantung pada nenek dan orang tuanya, dalam sehari pasien biasa mandi sebanyak 2 kali, yaitu pagi dan sore. Pasien termasuk anak yang banyak gerak dan aktif.

e. Tidur dan istirahat

Sebelum sakit pasien tidur kurang lebih 4 jam yaitu pada jam (08.00-10.00 pagi dan 14.00-16.00 sore) di siang hari dan 8 jam di malam hari yaitu pada jam 20.00-04.00 subuh. Saat sakit pasien lebih banyak tidur. Kualitas tidur pasien cukup baik, setelah bangun tidur pasien cukup segar dan selama tidur pasien cukup nyenyak.

f. Kognitif/perseptual

Pasien saat ini sudah bisa mengucapkan beberapa kata seperti mama dan papa ketika memanggil kedua orangtuanya. Ketika diberi mainan pasien mengambilnya dan bermain dengan mainan tersebut. Pasien tidak mengalami nyeri.

g. Persepsi diri/konsep diri

Selama sakit pasien sering menangis dan gelisah, pasien tidak pernah merasa kesepian karena selama sakit orang tua selalu mendampingi terutama ibunya.

h. Peran dan hubungan

Hubungan antara pasien dan orang tua sangat baik, pasien memiliki respon sedih saat berpisah dengan orangtuanya. Sebelum sakit pasien memiliki pola bermain yang aktif.

i. Seksualitas dan reproduksi

Kebutuhan dicintai dan mencintai pasien terpenuhi karena orangtua dan neneknya yang selalu merawatnya.

j. Koping/toleransi stres

Saat rewel pasien dapat ditenangkan dengan dipeluk oleh orangtuanya dan digendong. Orangtua pasien memiliki keyakinan yang kuat agar anaknya sembuh dari penyakitnya.

k. Nilai/kepercayaan

Orang tua pasien beragama islam, dan menjalan yang diperintahkan dalam Islam contohnya sholat 5 waktu, orangtua pasien selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhan anaknya.

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien nampak sadar penuh atau composmentis, penampilan tampak lemah dan pucat. Saat dilakukan pengecekan tanda-tanda vital didapatkan hasil suhu tubuh pasien 38.2°C; frekuensi nafas 28 kali/menit; nadi 100 kali/menit; saturasi oksigen 100%. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan berat badan pasien 8.5 kg; tinggi badan 79 cm; lingkar kepala 46 cm; dan lingkar perut 42cm. Kepala pasien berbentuk mesocephal, tidak terdapat lesi dan benjolan, pertumbuhan rambut belum merata, rambut tipis tidak rontok. Mata pasien simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada secret. Hidung pasien Terdapat secret, tidak terdapat polip, hidung bersih. Mulut pasien tidak terdapat sariawan, mukosa bibir tampak kering dan tidak ada kesulitan berbicara. Telinga pasien tidak mengalami penurunan pendengaran atau terganggu pendengarannya, klien tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat sekret, tidak terdapat infeksi. Pada leher Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembengkakan pada kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.

b. Pemeriksaan jantung, paru-paru dan abdomen

Pemeriksaan jantung dengan cara inspeksi dada simetris, tidak ada lesi, tidak terlihat ictus cordis, Palpasi Ictus cordis teraba, Perkusi batas jantung normal, suara perkusi pekak, Auskultasi terdengar suara lupdup S1 normal S2 normal. Pemeriksaan paru-paru dengan cara Inspeksi pergerakan dinding dada kanan dan kiri simetris, tidak ada retraksi dada, nafas 28 kali/menit, Palpasi : taktil fermitus simetris, Perkusi suara perkusi sonor, Auskultasi

Terdengar suara ronchi saat ekspirasi dan inspirasi. Pada pemeriksaan abdomen dengan cara Inspeksi tidak ada lesi, tidak ada benjolan, saat Auskultasi terdengar suara bising usus 15 kali/menit, Perkusi terdengar suara tymphani, saat dilakukan Palpasi tidak ada nyeri tekan abdomen.

- c. Pemeriksaan punggung, genetalia, ekstremitas, kulit dan neorologis.

Pada pemeriksaan punggung Tidak terdapat lesi, tidak terdapat luka dan punggung simetris. Pada pemeriksaan bagian genetalia pasien tidak terdapat luka atau lesi, klien tidak terpasang kateter. Pemeriksaan ekstremitas pada kedua tangan dan kaki Inspeksi kuku tidak berwarna kehitam, warna kulit sawo matang, turgor kulit menurun, tidak terdapat luka jahitan dan edema, terpasang infus, jumlah jari lengkap. Capillary refill kurang dari 2 detik. Pasien tidak mengalami kekuatan otot yang melemah, tetapi saat ini pasien sedang dalam keadaan lemas dan pucat. Tidak ada tanda-tanda infeksi dan nyeri tekan pada bagian yang terpasang infus. Kulit pasien berwarna sawo matang, turgor kulit baik, tidak terdapat edema di ekstremitas atas dan bawah dan tidak ada luka bekas operasi. Pasien tidak ada gangguan neurologis.

9. Pemeriksaan Perkembangan

Pasien memiliki perkembangan motorik halus yang baik, pasien dapat bermain puzzle sederhana dengan menyusunnya dibantu oleh ibunya, pasien mampu mengucapkan beberapa kata seperti mama dan papa, pasien belum bisa berbicara dengan lancar. Motorik kasar pasien juga berkembang dengan baik, pasien dapat berjalan, berlari, melempar dan menangkap barang seperti bola dan dapat berdiri satu kaki.

10. Therapy

Pasien mendapatkan therapy secara oral dan injeksi melalui intravena, therapy oral yang pasien dapatkan adalah *L-Bio* 2 kali sehari sebanyak 1gr, *Zinc* 1 kali sehari sebanyak 1cc, *Puyer* 3 kali sehari dengan

kandungan *Triamcinolone* 1 mg, *Lapifed* ¼ tab (0,6/15mg), *Cetirizin* 2 mg, *Erdostein* 100mg dan *Aminophilin* 30mg. Therapy injeksi intravena yang pasien dapatkan adalah Injeksi *Glibotik* 150mg : 2 kali sehari sebanyak 100mg, Injeksi *Hyson* 30mg : 2 kali sehari sebanyak 30mg dan Injeksi *Sanmol* 125mg diberikan saat pasien mengalami kenaikan suhu atau demam, terapi tersebut diberikan selama 3 hari berturut-turut sesuai dengan dosis yang sudah diterapkan oleh dokter, namun pada hari ketiga injeksi *sanmol* sudah tidak diberikan karena demam pada anak sudah menurun..

#### 11. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang ini merupakan hasil dari pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi.

Nama : An. A

No. RM : 01466811

Umur : 1 tahun 3 bulan

##### a. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium klinik yang dilakukan pada tanggal 10 februari 2023 pukul 21.58 WIB

**Tabel 3 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah rutin 3			
Hemaglobin	11.4	10.7-13.1	g/Dl
Hematokrit	35.6	31.0-43.0	%
Leukosit	13.11	6.00-17.00	Ribu / uL
Eritrosit	4.8	3.8-5.2	Juta / uL
Trombosit	552	229-553	Ribu / uL
Hitung Jenis Leokosit			

Eofinofil %	L 0.7	1.0-5.0	%
<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Rujukan</b>	<b>Satuan</b>
Basofil%	0.1	0-1	%
Neutrofil%	L 31.9	50-70	%
Limfosit%	H 58.6	25-50	%
Monosit %	H 8.6	1-6	%
IG	0.2		
Netrofil limfosit ratio	0.5		
Absolute limfosit count	7850		
<b>INDEKS ERITROSIT</b>			
MCV	79.1	72.0-88.0	
MCH	25.8	23.0-31.0	
MCHC	H 32.5	26.0-34.0	
Golongan darah		B/Positif	
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>Elektrolit (Na, K, Cl)</b>			
Natrium (Na)	139.0	132-145	
Kalium (K)	4.70	3.1-5.1	
Clorida (Cl)	101.0	96-111	
<b>IMUNOLOGI</b>			
Salmonella IgM	Negatif	Negatif	

b. Pemeriksaan Radiologi

Hasil pemeriksaan Radiologi yang dilakukan pada tanggal 11 Februari 2023 pukul 08.50 WIB

1) Pemeriksaan Thoraks Kecil (Non Kontras)

- a) Cor : bentuk dan letak normal
- b) Pulmo : corakan Vaskuler meningkatTampak infiltrat di perihiler kanan kiri dan parakardial kanan, hilus tak tebal, diafragma dan sinus konstroprenikus kanan kiri baik.
- c) Kesan : Cor Tak Membesar Dan Pulmo Gambaran Bronkopneumonia

## **B. Analisa Data**

Pada hari selasa tanggal 14 Februari 2023 pukul 09.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu ibu pasien mengatakan bahwa tubuh anaknya terasa panas dan sempat kejang sebelum dibawa ke rumah sakit. Sedangkan data objektifnya didapatkan suhu tubuh pasien 38.2°C, frekuensi nafas pasien 28 kali/menit, frekuensi nadi pasien 125 kali/menit, saturasi oksigen pasien 100% dan saat disentuh kulit pasien dibagian dahi dan leher terasa hangat. Berdasarkan data yang telah didapatkan oleh penulis, maka penulis menegakkan diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh 38.2°C dan kulit pasien terasa hangat.

Data fokus yang kedua didapatkan hasil dengan data subjektif ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk pilek, dan data objektifnya didapatkan hasil pasien tampak batuk berdahak, terdapat suara nafas tambahan pada pasien yaitu suara ronchi yang halus saat ekspirasi dan inspirasi, terdapat sedikit secret dihidung pasien, dan hasil pemeriksaan laboratorium radiologi thorak kecil didapatkan gambaran bronkopneumonia. Berdasarkan data yang didapatkan, maka penulis menegakkan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan gambaran thorak kecil bronkopneumonia dan pasien batuk berdahak.

Data fokus yang ketiga didapatkan hasil dengan data subjektif ibu pasien mengatakan pasien mengalami diare selama kurang lebih 2 hari dan mengalami penurunan nafsu makan. Data objektif yang didapatkan adalah pasien tampak lemah dan mukosa bibir tampak kering. Berdasarkan data yang didapat, maka penulis menegakkan diagnosa resiko hipovolemia dibuktikan dengan kekurangan intake cairan.

## **C. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa utama yang ditetapkan oleh penulis adalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh pasien 38.2°C dan kulit pasien terasa hangat.

Diagnosa kedua yang ditetapkan oleh penulis adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan gambaran thorak kecil bronkopneumonia dan pasien batuk berdahak.

Diagnosa ketiga yang ditetapkan oleh penulis adalah resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan dibuktikan dengan pasien mengalami penurunan nafsu makan dan mukosa bibir pasien tampak kering.

#### **D. *Planning* atau Intervensi Keperawatan**

Pada hari selasa tanggal 14 Februari 2023 pukul 09.30 WIB, penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan.

Diagnosa pertama yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh pasien 38.2°C dan kulit pasien terasa hangat. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan ialah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam maka diharapkan termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil : Pucat menurun, dan Suhu tubuh membaik. Adapun intervensi yang akan dilakukan antara lain : identifikasi penyebab hipertermia (misal dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator), monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, berikan kompres hangat ,ajarkan kompres hangat, kolaborasi pemberian obat penurun panas (antipiretik).

Diagnosa kedua yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan gambaran thorak kecil bronkopneumonia dan pasien batuk berdahak. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan ialah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam maka diharapkan bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil : Suara ronchi menurun, frekuensi nafas membaik, dan pola nafas membaik. Adapun intervensi yang akan dilakukan adalah monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misalnya: *gurgling*, *mengi*, *wheezing*, *ronchi* kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum

hangat, lakukan fisioterapi dada, berikan oksigen, anjurkan asupan cairan sesuai dengan kebutuhan cairan anak, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

Diagnosa ketiga adalah resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan dibuktikan dengan pasien mengalami penurunan nafsu makan dan mukosa bibir pasien tampak kering. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan ialah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam maka diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : suara nafas tambahan menurun, intake cairan membaik, dan suhu tubuh membaik. Adapun intervensi yang akan dilakukan adalah periksa tanda dan gejala hipovolemia (misal frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output cairan, berikan asupan cairan oral, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral , dan kolaborasi pemberian cairan isotonis.

#### **E. Implementasi Keperawatan**

Pada hari selasa tanggal 14 Februari 2023 pukul 09.45 WIB penulis melakukan implementasi untuk diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). Respon yang didapat dari pasien adalah ibu pasien mengatakan pasien batuk pilek kurang lebih 3 hari dan respon yang tampak dari pasien adalah pasien tampak lemas dan pucat, mukosa bibir tampak kering sedangkan penyebab dari hipertermi yang dialami oleh pasien ialah karena respon tubuh dalam melawan penyakit yaitu penyakit bronkopneumonia. Pukul 09.47 WIB memonitor suhu tubuh pasien dan didapatkan respon yang tampak pada pasien secara objektif yaitu suhu tubuh pasien 38.2°C, frekuensi nafas pasien 28 kali/menit, frekuensi nadi pasien 125 kali/menit, saturasi oksigen pasien 100% dan saat disentuh kulit pasien dibagian dahi dan leher terasa hangat. Pukul 09.49 memonitor komplikasi akibat hipertermi respon yang didapatkan ialah ibu pasien

mengatakan kejang sempat terjadi sebelum dibawa ke rumah sakit namun sekarang sudah tidak ada, secara objektif pasien tampak lemas, dan tidak ada komplikasi yang terjadi, tidak ada tanda kemerahan pada kulit. Pukul 09.52 memberikan kompres hangat, respon pasien saat diberikan adalah secara objektif kulit pasien masih terasa hangat dan sebelum dilakukan kompres didapatkan suhu  $38.2^{\circ}\text{C}$  dan setelah kompres didapatkan suhu anak menurun yaitu  $38.0^{\circ}\text{C}$ . Pukul 09.52 WIB mengajarkan ibu pasien untuk melakukan kompres hangat, respon ibu adalah ibu paham dan mampu mendemonstrasikan kembali cara mengompres hangat. Pukul 09.58 WIB memberikan obat penurun panas yaitu Sanmol melalui injeksi intravena dengan dosis 125mg atau sebanyak 12,5 ml dan didapatkan respon tidak ada tanda-tanda terjadinya alergi setelah diberikan obat sanmol.

Selanjutnya, pada pukul 10.00 WIB penulis melakukan implementasi untuk diagnosa kedua yaitu implementasi pertama memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), dan respon yang didapatkan adalah pada respon subjektif dari ibu pasien bahwa pasien mengalami batuk pilek selama kurang lebih 3 hari dan respon objektifnya didapatkan suhu tubuh pasien  $38.0^{\circ}\text{C}$ , frekuensi nafas pasien 30 kali/menit, frekuensi nadi pasien 120 kali/menit, saturasi oksigen pasien 100%. kemudian implementasi yang kedua pada pukul 10.05 WIB yaitu memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: *I* kering), dan didapatkan respon objektif dari pasien adalah terdengar suara ronchi saat ekspirasi dan inspirasi tetapi tidak terlalu keras. Selanjutnya pada implementasi yang ketiga pukul 10.07 WIB yaitu memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) dan didapatkan respon subjektif yaitu ibu pasien mengatakan bahwa warna sputum hijau kekuningan dan tidak berbau, kemudian didapatkan respon objektif yaitu jumlah yang sputum tampak hanya sedikit dan susah keluar serta tidak berbau hal ini terjadi karena pada saat pemberian implementasi pasien sudah menerima perawatan selama 4 hari dirumah sakit sehingga sputum sudah berkurang. Selanjutnya implementasi ke empat pukul 10.10 WIB

adalah memposisikan semi-*fowler* atau *fowler*, dan saat diberikan posisi semi *fowler* kurang lebih 45° pasien tampak nyaman dengan posisi tersebut. Selanjutnya implementasi yang ke lima pada pukul 10.15 WIB memberikan pasien air hangat sebanyak 100cc, didapatkan respon pasien dapat meminum air hangat dengan sedikit demi sedikit dan menghabiskan sebanyak kurang lebih 70cc air hangat. Selanjutnya implementasi ke enam pada pukul 10.17 WIB yaitu menganjurkan asupan cairan sesuai dengan kebutuhan cairan anak dan memberikan pasien sebotol susu formula sebanyak 240ml didapatkan respon ibu pasien mengatakan paham dengan anjuran yang disampaikan dan pasien tampak meminum susu yang diberikan. Selanjutnya implementasi yang ke tujuh pada pukul 10.20 WIB yaitu memberikan Puyer yang didalamnya terdapat obat mukolitik (*erdosteine* 100mg) dan bronkodilator (*aminophiline* 30mg) melalui oral dengan dilarutkan bersama air putih kurang lebih 30cc, pasien tampak meminum larutan puyer tersebut sedikit demi sedikit.

Pada pukul 10.20 WIB penulis melakukan implementasi untuk diagnosa ketiga yaitu memeriksa tanda-tanda gejala terjadinya hipovolemi pada pasien dan didapatkan respon subjektif dari ibu pasien bahwa anaknya kurang minum susu biasanya sehari dapat menghabiskan 8 botol susu, saat sakit hanya menghabiskan 3-4 botol susu dan sempat mengalami diare selama 2 hari sebelum di rawat di rumah sakit secara objektif didapatkan hasil bahwa mukosa bibir tampak kering, pasien tampak lemas dan pucat, frekuensi nadi : 125 kali/menit, turgor kulit elastis, volume urin (setengah dari 1 popok ukuran L dengan warna kuning muda tanpa ditimbang). Pada pukul 10.25 WIB penulis melakukan implementasi yang kedua yaitu memonitor intake dan output cairan dengan balance cairan -156,5 pada pasien didapatkan hasil bahwa ibu pasien mengatakan pasien sejak pagi baru menghabiskan 2 botol susu dan belum ganti popok, secara objektif pasien masih tampak lemas beberapa cairan yang masuk sejak pagi ialah 2 botol susu (480ml), air hangat sekitar 70ml, dan cairan infus terpasang futrolit 10 tetes permenit (Terakhir ganti

infus jam 9.35 ), dan cairan yang keluar saat ini diukur dengan popok pasien, saat ini berisi setengah popok dengan ukuran L, warna tampak kekuningan (tanpa ditimbang). Selanjutnya implementasi ke tiga pada pukul 10.27 WIB yaitu memberikan cairan futrolit 10 tetes permenit sesuai dengan anjuran atau advice dari dokter, saat diberikan cairan tersebut pasien tampak tenang dan tidak ada tanda-tanda infeksi ditempat terpasangnya infus. Pada pukul 10.35 WIB implementasi yang dilakukan adalah menganjurkan pasien untuk memperbanyak asupan cairan oral didapatkan respon ibu pasien mengatakan paham dengan anjuran yang disampaikan, pasien tampak sedang memakan puding yang diberikan dari rumah sakit.

Pada hari kedua yaitu hari rabu tanggal 15 Februari 2023 pada pukul 09.30 penulis melakukan implementasi untuk diagnosa pertama. implementasi yang pertama ialah memonitor suhu tubuh pasien dan didapatkan respon yang tampak pada pasien yaitu suhu tubuh pasien 38.0°C, frekuensi nafas pasien 30 kali/menit, frekuensi nadi pasien 130 kali/menit, saturasi oksigen pasien 100% dan saat disentuh kulit pasien dibagian dahi dan leher masih terasa hangat. Pukul 09.32 WIB melakukan implementasi yang kedua yaitu memonitor komplikasi akibat hipertermi dan respon yang didapatkan ialah ibu pasien mengatakan sudah tidak ada kejang lagi, secara objektif pasien tampak lemas, dan tidak ada komplikasi yang terjadi, tidak ada tanda kemerahan pada kulit. Pukul 09.40 memberikan kompres hangat, respon pasien saat diberikan, secara objektif kulit pasien masih terasa hangat dan sebelum dilakukan kompres didapatkan suhu 38.0°C dan suhu setelah pengompresan adalah 37.7°C. Pada pukul 09.43 WIB melakukan implementasi yang ketiga yaitu memberikan obat penurun panas yaitu Sanmol melalui injeksi intravena dengan dosis 125mg atau sebanyak 12,5 ml dan didapatkan respon tidak ada tanda-tanda terjadinya alergi setelah diberikan obat sanmol.

Selanjutnya, pada pukul 09.45 WIB penulis melakukan implementasi untuk diagnosa kedua yaitu implementasi pertama Memonitor pola napas

(frekuensi, kedalaman, usaha napas), dan respon yang didapatkan adalah respon subjektif dari ibu pasien bahwa batuk pilek yang dialami oleh pasien sudah berkurang dan respon objektifnya didapatkan suhu tubuh pasien 37.7°C, frekuensi nafas pasien 30 kali/menit, frekuensi nadi pasien 130 kali/menit, saturasi oksigen pasien 100%. kemudian implementasi yang kedua pada pukul 09.50 WIB yaitu Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: *gurgling*, *mengi*, *wheezing*, *ronchi* kering), dan didapatkan respon objektif dari pasien adalah masih terdengar suara ronchi saat ekspirasi dan inspirasi tetapi tidak terlalu keras. Selanjutnya pada implementasi yang ketiga pukul 09.53 WIB yaitu Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) dan didapatkan respon subjektif yaitu ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak pilek lagi, kemudian didapatkan respon objektif yaitu jumlah yang sputum tampak hanya sedikit dan susah keluar serta tidak berbau. Selanjutnya implementasi ke empat pukul 09.55 WIB adalah Memosisikan semi-*fowler* atau *fowler*, dan saat diberikan posisi semi *fowler* dengan kemiringan 45° pasien tampak nyaman dengan posisi tersebut. Selanjutnya implementasi yang ke lima pada pukul 09.57 WIB memberikan pasien air hangat sebanyak 100cc, didapatkan respon pasien dapat meminum air hangat dengan sedikit demi sedikit. Selanjutnya implementasi ke enam pada pukul 10.00 WIB memberikan Puyer yang didalamnya terdapat obat mukolitik (*erdosteine* 100mg) dan bronkodilator (*aminophilin* 30mg) dan obat lainnya melalui oral dengan dilarutkan bersama air putih hangat kurang lebih 30-40cc, pasien tampak meminum larutan puyer tersebut sedikit demi sedikit.

Pada pukul 10.00 WIB penulis melakukan implementasi untuk diagnosa ketiga yaitu memeriksa tanda-tanda gejala terjadinya hipovolemi pada pasien dan didapatkan respon subjektif dari ibu pasien bahwa kemarin pasien telah menghabiskan 5 botol susu, hari ini sejak pagi sudah 3 botol susu (1 botol : 240ml) dan secara objektif didapatkan hasil bahwa mukosa bibir pasien masih tampak kering tetapi lebih baik dari kemarin, pasien tampak masih lemas dan pucat, frekuensi nadi : 130 kali/menit,

turgor kulit bagus, volume urin pada hari kemaren ganti popok sebanyak 2 kali dengan isi penuh, saat ini (lebih dari setengah dari 1 popok ukuran L dengan warna kuning muda tanpa ditimbang). Pada pukul 10.05 WIB penulis melakukan implementasi yang kedua yaitu memonitor intake dan output cairan pada pasien didapatkan balance cairan -88cc hasil bahwa ibu pasien mengatakan sejak pagi baru minum 3 botol susu dan kemaren 2 kali ganti popok, hari ini belum ganti popok, secara objektif pasien masih tampak lemas beberapa cairan yang masuk 3 botol susu (720ml), air hangat sekitar 60ml, dan cairan infus terpasang futrolit 10 tetes permenit (Terakhir ganti infus jam 08.54) dan cairan yang keluar saat ini diukur dengan popok pasien, saat ini popok pasien berisi lebih dari setengah popok ukuran L, warna tampak kekuningan (tanpa ditimbang), kemarin ganti popok 2 kali. Selanjutnya implementasi ke tiga pada pukul 10.10 WIB yaitu memberikan cairan futrolit 10 tpm sesuai dengan anjuran atau advice dari dokter, saat diberikan cairan tersebut pasien tampak tenang dan tidak ada tanda-tanda infeksi ditempat terpasangnya infus. Pada pukul 10.12 WIB implementasi yang dilakukan adalah menganjurkan pasien untuk memperbanyak asupan cairan oral didapatkan respon ibu pasien tampak melakukan sesuai anjuran, ibu pasien memberikan anaknya sedikit air hangat sekitar 20-30cc.

Pada hari ketiga yaitu hari Kamis tanggal 16 Februari 2023 pada pukul 09.30 penulis melakukan implementasi untuk diagnosa pertama. Implementasi yang pertama ialah memonitor suhu tubuh pasien dan didapatkan respon pasien yaitu suhu tubuh pasien  $37.3^{\circ}\text{C}$ , frekuensi nafas pasien 26 kali/menit, frekuensi nadi pasien 115 kali/menit, saturasi oksigen pasien 100% dan saat disentuh kulit pasien dibagian dahi dan leher masih terasa hangat. Pukul 09.35 WIB melakukan implementasi yang kedua yaitu memonitor komplikasi akibat hipertermi dan respon yang didapatkan ialah ibu pasien mengatakan sudah tidak ada kejang lagi, secara objektif pasien tampak lemas, dan tidak ada komplikasi yang terjadi, tidak ada tanda kemerahan pada kulit.

Pada pukul 09.40 WIB penulis melakukan implementasi untuk diagnosa kedua yaitu implementasi pertama memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), dan respon yang didapatkan adalah respon subjektif dari ibu pasien bahwa pasien sudah tidak mengalami batuk pilek lagi dan respon objektifnya didapatkan suhu tubuh pasien 37.3°C, frekuensi nafas pasien 26 kali/menit, frekuensi nadi pasien 115 kali/menit, saturasi oksigen pasien 100%. kemudian implementasi yang kedua pada pukul 09.45 WIB yaitu Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: *gurgling*, *mengi*, *wheezing*, *ronchi* kering), dan didapatkan respon objektif dari pasien adalah sudah tidak terdengar suara nafas tambahan. Selanjutnya pada implementasi yang ketiga pukul 09.55 WIB yaitu Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) dan didapatkan respon subjektif yaitu ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak batuk pilek lagi, dan didapatkan respon objektif yaitu sputum sudah tak tampak.. Selanjutnya implementasi yang ke empat pada pukul 10.00 WIB memberikan pasien air hangat sebanyak 100cc, didapatkan respon pasien dapat meminum air hangat dengan sedikit demi sedikit.

Pada pukul 10.05 WIB penulis melakukan implementasi untuk diagnosa ketiga yaitu memeriksa tanda-tanda gejala terjadinya hipovolemi pada pasien balance cairan dan didapatkan respon subjektif dari ibu pasien bahwa kemarin pasien menghabiskan 6 botol susu, hari ini sejak pagi sudah 3 botol susu dan secara objektif didapatkan hasil bahwa mukosa bibir tampak lembab tidak kering, pasien tampak sudah lebih bugar dari kemarin, frekuensi nadi : 115 kali/menit, turgor kulit bagus, volume urin hari kemarin ganti popok sebanyak 3 kali dengan isi penuh, saat ini (popok hampir penuh dari 1 popok ukuran L dengan warna kuning muda tanpa ditimbang). Pada pukul 10.07 WIB penulis melakukan implementasi yang kedua yaitu memonitor intake dan output cairan pada pasien didapatkan balance cairan pasien +41.5cc dan hasil bahwa ibu pasien mengatakan sejak pagi baru minum 3 botol susu dan kemarin 3 kali ganti popok, hari ini belum ganti popok (1 botol : 240ml) , secara objektif pasien masih

tampak lemas beberapa cairan yang masuk 3 botol susu dengan jumlah 720ml, air hangat sekitar 50ml, dan cairan infus terpasang futrolit 10 tetes permenit (Terakhir ganti infus jam 08.45) dan cairan yang keluar saat ini diukur dengan popok pasien saat ini isinya hampir penuh dengan ukuran L, warna tampak kekuningan (tanpa ditimbang), kemarin ganti popok 3 kali. Selanjutnya implementasi ke tiga pada pukul 10.20 WIB yaitu memberikan cairan futrolit 10 tetes permenit sesuai dengan anjuran atau advice dari dokter, saat diberikan cairan tersebut pasien tampak tenang dan tidak ada tanda-tanda infeksi ditempat terpasangnya infus.

#### **F. Evaluasi Keperawatan**

Pada hari selasa tanggal 14 Februari 2023 pukul 10.00 WIB penulis melakukan evaluasi terhadap diagnosa pertama dandidapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan badan anaknya panas dan sempat kejang sebelum dibawa ke RS, kemudian objektif (O) : Suhu tubuh pasien : 38.2°C, frekuensi nafas pasien 28 kali/menit, frekuensi Nadi 125x/menit, Saturasi Oksigen 100%, kulit terasa hangat dan Wajah tampak masih pucat, *assesment* (A) tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi dan perencanaan (P) Pertahankan Intervensi yaitu monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, memberikan kompres hangat, ajarkan kompres hangat dan kolaborasi pemberian obat penurun panas (Sanmol 125mg), Jika Perlu. Selanjutnya, pada pukul 10.10 WIB penulis melakukan evaluasi terhadap diagnosa kedua dan didapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan anaknya batuk pilek sudah kurang lebih 3 hari, onjektif (O) : terdengar suara nafas *ronchi* saat ekspirasi dan inspirasi, terdapat sedikit sputum berrwarna hijau kekuningan, Suhu tubuh pasien : 38.2°, Respirasi : 28 x/menit, Nadi : 125x/menit, SpO2 : 100%. *Assesement* (A) : tujuan beum tercapai, Masalah belum teratasi dan perencanaan (P) : Pertahankan Intervensi monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum , posisikan *semi-fowler* atau *fowler*, berikan minum hangat, dan kolaborasi pemberian obat mukolitik dan bronkodilator. Kemudian pada pukul 10.20 WIB penulis melakukan

evaluasi untuk diagnosa ketiga didapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan anaknya kurang minum susu, biasanya 8 botol sehari sekarang hanya 3-4 botol saja, objektif (O) : balance cairan -156.5cc, mukosa bibir tampak kering, dan pasien tampak lemas dan pucat, *assesment* (A) : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, perencanaan (P) : Pertahankan Intervensi periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, berikan cairan isotonis Futrolit 10 Tpm sesuai advice dokter dan anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

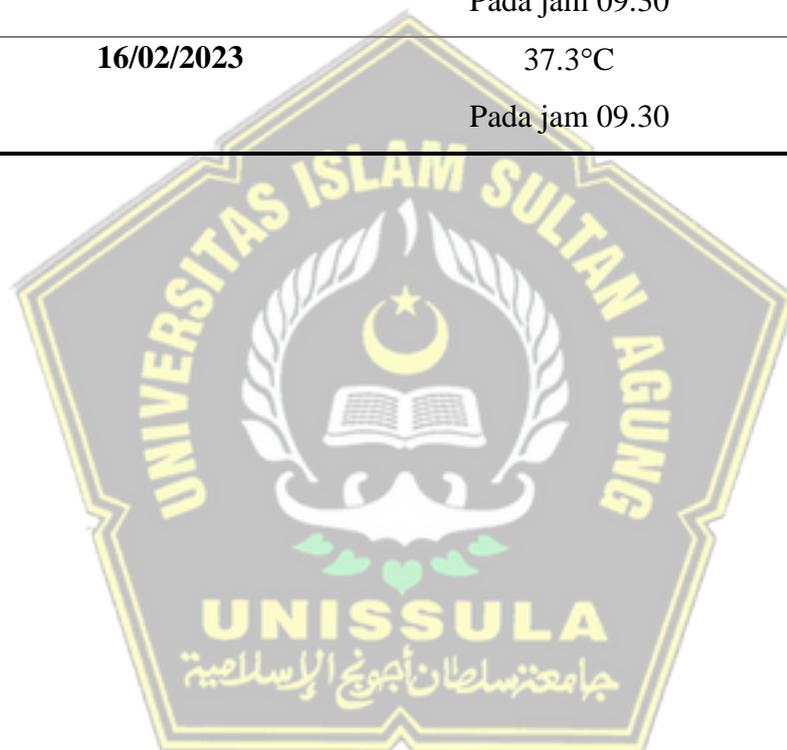
Pada hari rabu tanggal 15 Februari 2023 pukul 10.30 WIB penulis melakukan evaluasi terhadap diagnosa pertama dandidapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan badan anaknya masih panas, kemudian objektif (O) : Suhu tubuh pasien : 38.0°C, frekuensi nafas pasien 30 kali/menit, frekuensi Nadi 130x/menit, Saturasi Oksigen 100%, kulit terasa hangat dan Wajah tampak masih pucat, *assesment* (A) tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi dan perencanaan (P) Pertahankan Intervensi yaitu monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, memberikan kompres hangat, ajarkan kompres hangat dan kolaborasi pemberian obat penurun panas (Sanmol 125mg), Jika Perlu. Selanjutnya, pada pukul 10.40 WIB penulis melakukan evaluasi terhadap diagnosa kedua dan didapatkan hasil yaitu sujektif (S) : ibu pasien mengatakan batuk anaknya sudah berkurang, objektif (O) : masih terdengar suara nafas ronchi saat ekspirasi dan inspirasi tapi tidak terlalu keras, Suhu tubuh pasien : 38.0°, Respirasi : 30 x/menit, Nadi : 130x/menit, SpO2 : 100%. *Assesement* (A) : tujuan tercapai sebagian, Masalah belum teratasi dan perencanaan (P) : Pertahankan Intervensi monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi-*fowler* atau *fowler*, berikan minum hangat, dan kolaborasi pemberian obat mukolitik dan bronkodilator. Kemudian pada pukul 10.55 WIB penulis melakukan evaluasi untuk diagnosa ketiga didapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan kemaren habis 5 botol susu,

hari ini sejak pagi sudah 3 botol susu, objektif (O) : balance cairan -88cc mukosa bibir sudah lebih baik dari kemarin tetapi masih tampak kering, dan pasien tampak lemas dan pucat, *assesment* (A) : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi, perencanaan (P) : Pertahankan Intervensi periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, berikan cairan isotonis Futrolit 10 Tpm sesuai advice dokter dan anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

Pada hari kamis tanggal 16 Februari 2023 pukul 10.30 WIB penulis melakukan evaluasi terhadap diagnosa pertama dandidapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan badan anaknya sudah tidak panas, kemudian objektif (O) : Suhu tubuh pasien : 37.3°C, frekuensi nafas pasien 26 kali/menit, frekuensi Nadi 115x/menit, Saturasi Oksigen 100%, kulit terasa hangat, *assesment* (A) tujuan tercapai, masalah teratasi dan perencanaan (P) Pertahankan Intervensi yaitu hentikan intervensi. Selanjutnya, pada pukul 10.45 WIB penulis melakukan evaluasi terhadap diagnosa kedua dan didapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan anaknya sudah batuk, onjektif (O) : tidak terdengar suara nafas tambahan, tidak nampak sputum Suhu tubuh pasien : 37.3° C, Respirasi : 26 x/menit, Nadi : 115x/menit, SpO2 : 100%. *Assesement* (A) : tujuan tercapai, Masalah teratasi dan perencanaan (P) : hentikan intervensi. Kemudian pada pukul 10.55 WIB penulis melakukan evaluasi untuk diagnosa ketiga didapatkan hasil yaitu subjektif (S) : ibu pasien mengatakan kemarin habis 7 botol susu, hari ini sejak pagi sudah 3 botol susu, objektif (O) : balance cairan +41.5cc mukosa bibir tampak lembab dan pasien masih tampak sedikit lemas, *assesement* (A) : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi, perencanaan (P) : Pertahankan Intervensi periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, berikan cairan isotonis Futrolit 10 tetes permenit sesuai advice dokter dan anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

*Tabel 3 2 Hasil Monitoring Suhu*

<b>Tanggal</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<b>14/02/2023</b>	38.2°C Pada jam 09.47	38.0°C Pada jam 10.00
<b>15/02/2023</b>	38.0°C Pada jam 09.30	37.7°C Pada jam 09.45
<b>16/02/2023</b>	37.3°C Pada jam 09.30	-



## **BAB IV PEMBAHASAN**

Pada bab IV ini penulis akan memaparkan hasil analisa mengenai asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. A dengan bronkopneumonia yang disertai hipertermi kemudian disesuaikan dengan berbagai teori yang sudah penulis cantumkan pada bab II. Asuhan keperawatan pada An. A dikelola selama 3 hari dimulai pada hari selasa tanggal 14 Februari 2023 sampai hari kamis tanggal 16 Februari 2023.

Pada bab ini penulis akan menjelaskan tentang penyelesaian masalah yang ditemukan pada asuhan keperawatan dan disesuaikan dengan teori yang ada pada bab II dengan memperhatikan mekanisme asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Selanjutnya penulis akan membahas tentang diagnosa yang telah ditegakkan dengan intervensi utama yang diperkuat dengan hasil penelitian.

### **A. Pengkajian**

Pengkajian telah dilakukan penulis pada hari selasa tanggal 14 Februari 2023 pada pasien An. A dengan bronkopneumonia disertai hipertermi. Pengkajian ini telah disesuaikan dengan teori yang dipaparkan oleh penulis pada bab 2, sehingga seluruh data yang didapatkan sudah sesuai dan lengkap. Pada saat dilakukan pengkajian pasien sebelumnya sudah menerima perawatan selama 4 hari di ruang tersebut, sehingga pada saat dilakukan pengkajian pasien sedang menjalani hari perawatan yang ke lima. Selanjutnya pengertian dari bronkopneumonia itu sendiri ialah infeksi yang terjadi pada bronkus dan alveolus yang disebabkan oleh berbagai bakteri, virus dan jamur, dan mengakibatkan penderitanya akan merasa sulit bernafas dengan nyaman atau sesak nafas karena paru-paru mereka tidak mendapatkan suplai udara yang cukup (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RI, 2022). Tanda gejala yang terjadi pada penderita

bronkopneumonia adalah demam dengan suhu 38°C-41.1°C, sesak nafas, kadang-kadang muntah dan diare disertai nafsu makan yang menurun, batuk kering dan akhirnya menjadi batuk berdahak karena proses infeksi, terdapat bunyi nafas tambahan *ronchi* atau *wheezing* serta terjadinya kelelahan akibat reaksi peradangan (Wulandari & Erawati, 2016). Tanda dan gejala tersebut dialami oleh pasien yaitu demam dengan suhu lebih dari 38°C disertai mukosa bibir kering, diare, nafsu makan yang menurun, terdapat suara nafas tambahan ronchi tetapi tidak terlalu keras. Sebelum pasien dibawa ke rumah sakit pasien sudah mengalami batuk pilek selama kurang lebih 3 hari, dan pasien sempat dibawa ke klinik namun saat diklinik pasien tiba-tiba mengalami kejang. Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata suhu tubuh pasien saat itu ialah 38°C, sehingga pasien disarankan di rujuk ke rumah sakit. Adapun saat dilakukan pengkajian tanda gejala yang masih pasien alami ialah demam tinggi dengan suhu 38.2°C, batuk pilek, terdapat suara nafas tambahan *ronchi* yang tidak terlalu berat, dan kecepatan nafas 28 kali/menit. Demam yang dialami pasien merupakan respon tubuh yang terjadi karena adanya infeksi pada tubuh pasien, dan karena tidak ditangani sejak dini sehingga pasien mengalami komplikasi dari demam tersebut yaitu kejang.

#### **B. Diagnosa Keperawatan**

Penulis berhasil menegakkan beberapa diagnosa keperawatan pada pasien An. A yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, dan resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan. Berdasarkan tinjauan teori yang sudah penulis paparkan pada bab II diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus bronkopneumonia ada 8 diagnosa yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001), Defisit nutrisi (D.0019), Resiko Hipovolemi (D.0034), Intoleransi aktivitas (D.0056), Nyeri akut (D.0077), Ansietas (D.0080), Hipertermi (D.0130), Resiko Infeksi (D.0142), namun dalam kasus ini penulis hanya mengangkat 3 diagnosa dari 8 diagnosa tersebut, karena berdasarkan pengkajian yang

telah dilakukan dan penyesuaian terhadap teori yang didapat hanya 3 diagnosa yang relevan untuk diangkat yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001), Hipertermi (D.0130), dan Resiko Hipovolemi (D.0034). Walaupun dalam hal ini ada beberapa diagnosa yang dapat diangkat berdasarkan tanda gejala yang dialami pasien, tetapi hal itu tidak cukup untuk memenuhi syarat diangkatnya suatu diagnosa berdasarkan SDKI yang disusun oleh PPNI untuk menangani masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Sehingga pemaparan 3 diagnosa yang diangkat oleh penulis diantaranya ialah, sebagai berikut :

**1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh pasien 38.2°C dan kulit pasien terasa hangat (D.0077).**

Hipertermi adalah suatu kondisi dimana ini merupakan suatu akibat terjadinya berbagai proses infeksi dan non infeksi yang berinteraksi dengan pertahanan sistem hospes dan ciri khas yang ditimbulkan ialah suhu tubuh melebihi suhu normal yaitu diatas 37,5°C (Alisa, 2019). Pasien An. A sebelum dirawat di rumah sakit sempat mengalami batuk pilek selama 3 hari, selama 3 hari batuk pilek, ibu pasien tidak memberikan penanganan apapun, hingga pada hari ketiga batuk pilek, anaknya dibawa ke klinik untuk diperiksa karena menurut ibu kulit sang anak terasa panas dan saat diperiksa didapatkan suhu anak adalah 38.0°, setelah diperiksa pasien tiba-tiba mengalami kejang selama kurang lebih 5 menit. Kejang yang di alami pasien merupakan salah satu komplikasi pada demam yang tidak ditangani.

Diagnosa ini sudah ditegakkan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), dengan data pendukung yang didapatkan pada pasien ialah hasil pengukuran suhu pada pasien saat pengkajian 38.2°, dengan kulit teraba hangat, dan wajah pasien pucat serta frekuensi nafas pasien yang cepat yaitu 28 kali/menit. Diagnosa ini merupakan diagnosa utama karena hipertermi yang terjadi pada pasien An. A merupakan masalah aktual yang muncul jika tidak

ditangani secara cepat dan tepat akan menyebabkan komplikasi muncul misalnya seperti kejang demam. Pada anak jika demam tidak ditangani ialah kejang, kejang ini merupakan salah satu gangguan neurologik yang dapat mengakibatkan penurunan kesadaran jika terjadi berulang dan lebih dari 30 menit. Oleh karena itu hipertermi harus segera ditangani (Harianti et al., 2018). Saat dilakukan pengkajian, hipertermi yang dialami pasien tidak kunjung menurun, demam akan menurun setelah pemberian antipiretik namun hanya bertahan sebentar, sehingga suhu akan kembali naik, oleh karenanya pada saat itu penanganannya lebih utama dari yang lain. Beberapa komplikasi-komplikasi diantaranya dehidrasi, dehidrasi pada saat demam terjadi karena adanya proses penguapan atau evaporasi cairan tubuh anak sehingga menyebabkan anak kehilangan banyak cairan, kemudian demam juga dapat memperberat kondisi anak yang mengalami pneumonia seperti pada kasus ini.

**2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan gambaran thorak kecil bronkopneumonia dan pasien batuk berdahak (D.0001).**

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah terjadinya obstruksi jalan nafas karena ketidakmampuan membersihkan sekret dan menyebabkan gangguan pada kepatenan jalan nafas (PPNI, 2018). Pada saat pengkajian pasien An. A didapatkan hasil bahwa terdapat suara nafas tambahan saat ekspirasi dan inspirasi tetapi suara yang terdengar tidak terlalu keras, selain itu terdapat sputum pada pasien An. A tetapi tidak banyak dengan warna kuning kehijauan dan tidak berbau, selain itu nafas pasien juga sedikit cepat sehingga menandakan bahwa adanya gangguan pada jalan nafas berupa sekret tetapi tidak terlalu banyak. Anak dengan yang mengami infeksi saluran pernafasan khususnya pneumonia atau bronkopneumonia akan mengalami gangguan pernafasan karena infeksi yang terjadi menimbulkan peningkatan

produksi sputum sehingga mengakibatkan jalan nafas terganggu (Maidarti dalam (Puspasari, 2022)).

Diagnosa ini sudah ditegakkan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), dengan data pendukung yang didapatkan pada pasien ialah pasien mengalami batuk pilek, terdapat suara nafas tambahan *ronchi* pada pasien tetapi tidak berat, dan frekuensi nafas pasien 28 kali/menit. Diagnosa ini menjadi diagnosa kedua setelah hipertermi karena pada saat pengkajian didapatkan bahwa secret yang menumpuk di jalan nafas hanya sedikit dan pasien sudah menjalani perawatan selama 4 hari, namun diagnosa ini tetap diangkat dan menjadi diagnosa kedua dengan tujuan untuk menghindari komplikasi-komplikasi yang terjadi jika infeksi tidak membaik atau semakin memburuk. Komplikasi yang terjadi jika infeksi memburuk maka akan mengakibatkan secret akan terus diproduksi dan menghalangi jalan nafas, hal ini dapat menyebabkan gangguan suplai oksigen ke otak akibatnya ialah terjadinya hipoksemia dan akibat terburuknya ialah terjadi hipoksia berat dan penurunan kesadaran (Maidarti dalam (Puspasari, 2022)).

**3. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan dibuktikan dengan pasien mengalami penurunan nafsu makan dan mukosa bibir pasien tampak kering (D.0034).**

Hipovolemia adalah terjadinya penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler yang diakibatkan oleh berbagai macam penyebab misalnya kehilangan cairan aktif, kegagalan sistem regulasi, kekurangan intake cairan dan evaporasi (PPNI, 2018). Saat dilakukan pengkajian pada pasien An. A, ibu mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan nafsu makan, An. A juga sempat mengalami diare, selain itu demam yang tak kunjung turun pada pasien menjadi penyebab diagnosa ini di angkat, karena hal-hal tersebut akan memicu terjadinya risiko kekurangan volume cairan.

Diagnosa ini sudah ditegakkan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), dengan data pendukung yang didapatkan pada pasien ialah pasien mengalami penurunan nafsu makan yang membuat membrane mukosa terlihat kering, pasien tampak lemas dan pucat. Diagnosa ini menjadi diagnosa ketiga yang ditegakkan oleh penulis, karena resiko hipovolemia merupakan keadaan dimana anak akan beresiko mengalami kekurangan cairan jika tidak ditangani. Kestabilan cairan dalam tubuh pada anak balita sangat penting, kehilangan cairan yang begitu banyak dan mendadak dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik. Pada syok hipovolemik yang terlambat ditangani akan mengakibatkan komplikasi yang berat yaitu tubular nekrosis akut pada ginjal kemudian hal ini akan berlanjut dengan terjadinya kegagalan multi organ. (Jurnal dalam (Sugiharta, 2020)

### **C. Intervensi Keperawatan.**

Intervensi keperawatan ini sudah ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan disesuaikan dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berikut intervensi yang sudah ditetapkan :

1. Intervensi pada diagnosa utama yaitu hipertermi berhubungan proses penyakit selama 3x8 jam dengan kriteria hasil pucat membaik dan suhu tubuh membaik. Penulis akan menjabarkan terkait rasional perencanaan keperawatan yang pertama yaitu identifikasi penyebab terjadinya hipertermia. Hipertermi dapat terjadi karena paparan lingkungan yang panas, hipertermi akibat terjadinya infeksi dalam tubuh, hipertermi juga dapat terjadi karena adanya penyakit ganas dalam tubuh (Andriani & Iswati, 2023). Monitor suhu tubuh, pemeriksaan tanda vital khususnya suhu pada penderita hipertermi merupakan suatu langkah yang sangat tepat untuk memantau kondisi dan respon pasien untuk tindakan yang akan diberikan nantinya (Sulistiyowati, 2018). Monitor komplikasi akibat hipertermia,

hipertermi jika tidak ditangani secara tepat dan cepat akan menimbulkan komplikasi, komplikasi yang terjadi ialah rusaknya sel otak dan beberapa organ vital lainnya. (Andriani & Iswati, 2023). Berikan kompres hangat dan ajarkan kompres hangat, memberikan kompres hangat pada pasien hipertermi dapat membantu menurunkan panas dengan cara memberikan induksi pada vasodilatasi perifer sehingga dapat menaikkan pengeluaran panas tubuh, pada bagian kulit yang mendapatkan kompres hangat akan mengalami kenaikan suhu, kemudian tubuh akan memberikan signal pada hipotalamus pusat pengatur suhu untuk tidak menaikkan suhu pada bagian yang terkompres, sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh. sedangkan pemberian kompres dingin pada pasien hipertermi dapat memperburuk suhu tubuh karena kompres dingin dapat merangsang vasokonstriksi, kompres dingin dapat menurunkan suhu kulit lebih cepat namun dapat menyebabkan *shivering*, *shivering* dapat menyebabkan gangguan pada proses metabolisme akibatnya kebutuhan oksigen tubuh meningkat (Susanti, 2020). Kolaborasi pemberian obat penurun panas (antipiretik), penggunaan antipiretik dapat membantu mengurangi kenaikan suhu dengan aksi sentralnya pada hipotalamus (Mayasari, 2017).

2. Intervensi dari diagnosa kedua yaitu bersihan jalan nafas berhubungan dengan proses infeksi selama 3x8 jam dengan kriteria hasil suara ronchi menurun, frekuensi nafas membaik dan pola nafas membaik. Penulis akan menjabar rasional dari intervensi yang pertama monitor pola nafas dan monitor bunyi nafas tambahan, mengevaluasi kemampuan nafas pasien jika terdapat penurunan bunyi nafas maka adanya indikasi kolaps pada paru, jika ada bunyi tambahan rinchi indikasi bahwa adanya penumpukkan secret (Wardani et al., 2018). Monitor secret, jika pengeluaran secret sulit berarti secret tebal, jika sputum bercampur darah menandakan adanya kerusakan paru atau luka pada bronkhial yang memerlukan evaluasi dan intervensi lebih lanjut

(Wardani et al., 2018). Posisikan semi *fowler* atau *fowler*, posisi tubuh mempengaruhi kelancaran sistem pernafasan serta mampu meningkatkan cara kerja paru sehingga dapat memudahkan pernafasan (Sugiarto et al., 2018) . Berikan minum hangat, secret yang kental dapat membuat saluran pernafasan terganggu serta dapat memberikan tekanan berlebih pada sistem pernafasan sehingga dapat menyebabkan sesak nafas (Wardani et al., 2018). Lakukan fisioterapi dada, sumbatan atau obstruksi yang terjadi pada saluran pernafasan dapat mengganggu jalan nafas, dapat mengakibatkan sesak nafas, pola nafas abnormal dan mengganggu kelancaran suplai oksigen (Wardani et al., 2018). Berikan oksigen, saluran pernafasan yang mengalami gangguan seperti obstruksi dapat menyebabkan turunnya kerja nafas, sehingga pemberian oksigen diberikan untuk memaksimalkan bernafas dan dapat memberikan kelembaban pada membrane mukosa (Sugiarto et al., 2018). Kolaborasi pemberian bronkodilator, espektoran, mukolitik, secret yang kental yang terdapat dalam saluran pernafasan dapat mengakibatkan obstruksi nafas dimana hal ini mempengaruhi suplai oksigen ke seluruh tubuh terutama otak, kekurangan suplai oksigen dapat menyebabkan terjadinya hipoksia (Wardani et al., 2018).

3. Intervensi dari diagnosa ketiga yaitu Resiko hipovolemi berhubungan dengan kekurangan intake cairan selama 3x8 jam dengan kriteria hasil suara nafas tambahan menurun, intake cairan membaik dan suhu tubuh membaik. Penulis akan menjabarkan rasional dari intervensi yang pertama periksa tanda hipovolemi. Monitor output dan intake cairan, tubuh yang mengalami kekurangan cairan atau kehilangan cairan memerlukan beresiko terjadinya hipovolemia, sehingga pemantauan keseimbangan cairan penting dilakukan untuk menjaga stabilitas cairan dalam tubuh agar tubuh tetap hidrasi (Sugiharta, 2020). Berikan asupan oral, kekurangan ataupun kehilangan cairan dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan eletrolit dalam tubuh sehingga tubuh menjadi dehidrasi (Sugiharta, 2020). Anjurkan

memperbanyak asupan cairan oral, tubuh yang mengalami kekurangan atau kehilangan cairan yang banyak dan mendadak dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik jika syok ini tidak diatasi secara cepat dapat menimbulkan komplikasi yaitu tubular nekrosis akut pada ginjal selanjutnya mengakibatkan kegagalan multi organ (Jurnalis dalam (Sugiharta, 2020) . Kolaborasi pemberian cairan isotonis, cairan yang hilang atau kurangnya pasokan cairan dalam tubuh menyebabkan tubuh memerlukan cairan pengganti sebagai pertahanan untuk menjaga hidrasi tubuh yang adekuat, selain cairan oral tubuh juga memerlukan hidrasi melalui intravena (Sugiharta, 2020).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

1. Adapun implementasi untuk diagnosa pertama yang ditegaskan penulis telah dilakukan berdasarkan intervensi yang disusun oleh penulis dan secara keseluruhan telah dilakukan secara mandiri dengan bimbingan dari perawat yang ada dirumah sakit. Terdapat kolaborasi yang dilakukan ialah pemberian obat penurun panas sanmol, dimana obat ini diberikan saat pasien mengalami demam saja, sehingga tidak ada waktu khusus yang terjadwal dalam pemberiannya obat tersebut, dan kolaborasi tersebut penulis lakukan berdasarkan arahan dari perawat yang bertugas di ruangan. Berdasarkan implementasi yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa pertama didapatkan hasil pengukuran suhu pasien yang dilakukan secara bertahap selama 3 hari berturut-turut sebelum dan sesudah dilakukannya proses pengompresan. Pada hari pertama sebelum pengompresan pada pukul 09.47 WIB yaitu 38.2°C sedangkan setelah pengompresan pada pukul 10.00 WIB suhu menurun menjadi 38.0°C, selanjutnya pada hari kedua sebelum dilakukannya pengompresan pada pukul 09.30 WIB yaitu 38.0°C sedangkan setelah dilakukan pengompresan suhu menurun didapatkan hasil yaitu 37.7°C, kemudian pada hari ketiga tidak dilakukan pengompresan dikarenakan saat pengukuran suhu pada pukul 09.30

WIB didapatkan hasil 37.3°C, yang artinya pasien sudah tidak mengalami demam. Dalam melakukan implementasi pada diagnosa pertama penulis tidak mengalami kendala karena pasien dan penanggung jawab pasien cukup kooperatif.

2. Pada implementasi diagnosa kedua yang ditegakkan oleh penulis sudah dilakukan berdasarkan intervensi yang disusun oleh penulis. Pada implementasi ini terdapat kolaborasi yang dilakukan yaitu memberikan obat bronkodilator dan mukolitik dalam bentuk puyer, implementasi ini dilakukan berdasarkan arahan dan bimbingan dari perawat di ruangan tersebut. Ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan oleh penulis diantaranya yaitu melakukan fisioterapi dan memberikan oksigen. Karena pada saat pengkajian pasien sudah menjalani perawatan selama 4 hari, sehingga penulis mendapatkan hasil pemeriksaan bahwa pasien tidak mengalami penumpukan secret yang banyak, suara nafas tambahan yang tidak terlalu keras dan tidak terjadi sesak nafas yang berarti. Sehingga tindakan tersebut tidak dilakukan pada pasien. Secara keseluruhan penulis telah melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan yang sudah dituliskan di awal berdasarkan arahan dan bimbingan dari perawat di ruangan. Dalam melakukan implementasi pada diagnosa kedua ini, penulis mengalami kendala pada intervensi pemberian minum air hangat, yaitu berupa penyediaan air hangat dan pasien yang susah saat diberi minum air hangat, untuk mengatasinya ibu pasien membeli air hangat di koperasi rumah sakit akibatnya ibu pasien harus meninggalkan anaknya bersama suaminya, setiap pemberian air hangat anaknya harus ditenangkan terlebih dahulu dan berada didekapan ibunya agar anak mau meminum dan tidak menangis.
3. Pada implementasi diagnosa ke tiga penulis sudah melakukan keseluruhan implementasi yang terdapat pada intervensi secara mandiri berdasarkan standar implementasi keperawatan dan tentunya dengan bimbingan serta arahan dari perawat diruangan tersebut. Dalam

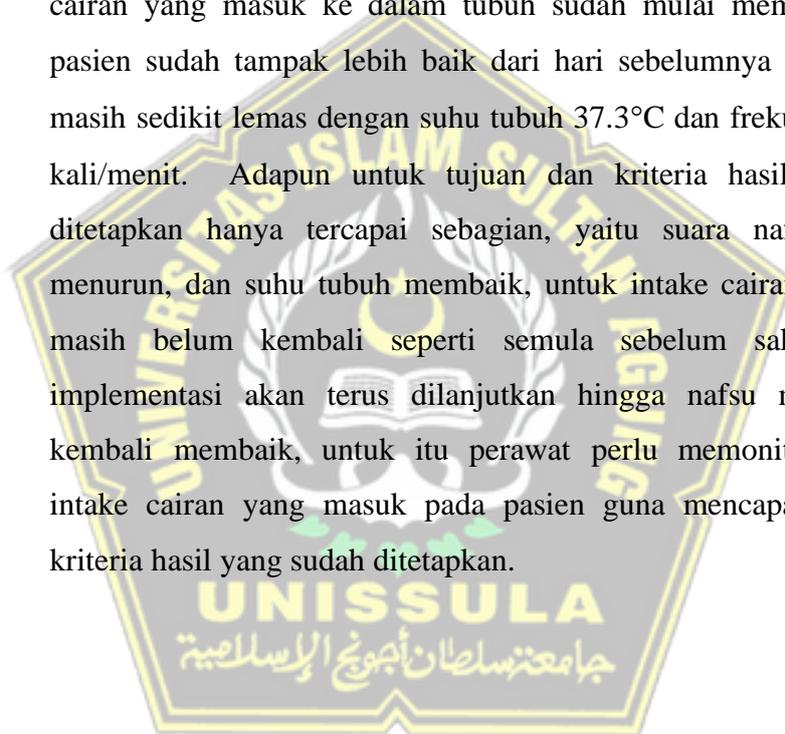
melakukan implementasi pada diagnosa ketiga ini penulis tidak mengalami kendala karena pasien dan penanggung jawab pasien cukup kooperatif.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

1. Evaluasi untuk diagnosa pertama yang didapatkan setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam ialah tujuan tercapai dan masalah teratasi, karena suhu pasien akhirnya sudah stabil dan kondisi pasien yang sudah membaik, dengan hasil akhir pemeriksaan ialah suhu tubuh 37.3°C, frekuensi nafas 26 kali/menit, frekuensi nadi 115 kali/menit dan saturasi oksigen 100%, sehingga pasien sudah tidak mengalami hipertermi. Adapun tujuan dan kriteria hasil yang sudah penulis tetapkan sudah tercapai yaitu pucat menurun dan suhu tubuh pasien membaik, namun untuk mencapai hasil yang lebih baik dan maksimal maka perawat perlu melakukan tindakan keperawatan lebih lanjut dalam hal monitoring suhu tubuh pasien, karena suhu dapat naik kembali, sehingga observasi terhadap keadaan pasien harus tetap dilakukan dan lakukan evaluasi setiap tindakan yang dilakukan guna untuk menyesuaikan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.
2. Evaluasi untuk diagnosa kedua yang didapatkan oleh penulis setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam ialah tujuan tercapai dan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi, dengan hasil pemeriksaan akhir sudah tidak terdengar suara nafas tambahan, tidak terdapat sputum, frekuensi nafas 26 kali/menit dan frekuensi nadi 115 kali/menit, sehingga pasien sudah tidak mengalami bersihan jalan nafas tidak efektif. Adapun tujuan dan kriteria hasil yang sudah penulis tetapkan sudah tercapai yaitu suara *ronchi* (suara tambahan nafas) menurun, frekuensi nafas membaik dan pola nafas membaik, namun untuk mencapai hasil yang maksimal maka perawat perlu melakukan tindakan keperawatan lebih lanjut yaitu selalu observasi terhadap keadaan pasien khususnya pada sistem pernafasan pasien, lakukan

pemeriksaan secara berkala terhadap pola nafas pasien, suara nafas pasien setelah itu lakukan evaluasi setiap tindakan yang dilakukan selesai guna untuk menyesuaikan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan

3. Evaluasi untuk diagnosa ketiga yang didapatkan oleh penulis ialah tujuan tercapai sebagian, dan masalah resiko hipovolemia belum teratasi. Berdasarkan hasil pemeriksaan akhir didapatkan bahwa mukosa bibir pasien sudah tidak kering artinya dalam keadaan lembab, cairan yang masuk ke dalam tubuh sudah mulai membaik, kondisi pasien sudah tampak lebih baik dari hari sebelumnya namun pasien masih sedikit lemas dengan suhu tubuh  $37.3^{\circ}\text{C}$  dan frekuensi nafas 26 kali/menit. Adapun untuk tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan hanya tercapai sebagian, yaitu suara nafas tambahan menurun, dan suhu tubuh membaik, untuk intake cairan pada pasien masih belum kembali seperti semula sebelum sakit, Sehingga implementasi akan terus dilanjutkan hingga nafsu makan pasien kembali membaik, untuk itu perawat perlu memonitoring jumlah intake cairan yang masuk pada pasien guna mencapai tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.



## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Asuhan keperawatan pada pasien An. A ini dikelola selama 3 hari dimulai pada tanggal 14 sampai 16 februari 2023. Tahap terakhir dari penulisan karya tulis ilmiah ini ialah menuliskan kesimpulan dan saran yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan untuk diterapkan pada pasien, khususnya pada pasien dengan bronkopneumonia dan gejala hipertermi yang ditimbulkannya. Adapun pembahasan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi serta evaluasi keperawatan.

#### **A. Kesimpulan**

1. Bronkopneumonia ialah salah satu gangguan pernafasan yang diakibatkan oleh terjadinya peradangan atau infeksi pada bagian paru-paru yaitu bronkus dan alveolus, peradangan tepatnya terjadi pada bagian lobularis paru. Beberapa tanda dan gejala yang dapat ditimbulkan oleh penyakit ini ialah demam tinggi hingga menggigil bahkan demam yang tidak ditangani secara cepat dapat mengakibatkan kejang demam, batuk kering hingga berdahak, adanya obstruksi jalan nafas yang disebabkan oleh penumpukkan secret, sesak nafas yang mengakibatkan pola dan kedalaman nafas menjadi abnormal, kadang-kadang disertai mual dan muntah serta diare. Gejala demam yang tinggi pada penderita bronkopneumonia diakibatkan oleh proses infeksi yang terjadi dan kenaikan suhu tubuh merupakan respon tubuh dalam menanggapi infeksi pada paru-paru, gejala demam atau hipertermi ini dapat ditangani dengan menggunakan kompres hangat yang dilakukan setiap 10-15 menit pada setiap lipatan tubuh seperti pada leher, aksila, lipatan paha dan lengan.
2. Asuhan keperawatan pada pasien An. A secara keseluruhan sudah dilakukan oleh penulis dimulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa,

intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Diagnosa yang berhasil ditegakkan ialah Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit diagnose ini berhasil ditetapkan sebagai diagnose utama, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi dan resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan. Sedangkan untuk intervensi utamanya ialah pemberian kompres hangat pada pasien dengan tujuan menurunkan demam atau hipertermi yang terjadi pada pasien, setelah seluruh implementasi dilaksanakan oleh penulis akhirnya didapatkan evaluasi pada diagnosa pertama dan kedua yaitu tujuan tercapai masalah teratasi, sedangkan pada diagnosa ketiga didapatkan evaluasi tujuan tercapai Sebagian masalah belum teratasi , sehingga untuk diagnosa ke tiga penulis menyarankan kepada perawat untuk memantau asupan cairan pasien intake maupun output.

3. Pengkajian pada pasien An. A telah dilakukan oleh penulis, dengan implementasi yang sudah disesuaikan berdasarkan intervensi yang sudah disusun. Namun ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan oleh penulis sebagai salah satu implementasi keperawatan yaitu pada diagnose kedua Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi dengan intervensi lakukan fisioterapi dada dan berikan oksigen. Karena pada saat pelaksanaan asuhan keperawatan pasien tidak mengalami penumpukkan secret yang berarti sehingga jalan nafas pasien masih paten namun dapat beresiko mengalami gangguan jalan nafas. Sehingga pada akhirnya kedua intervensi tersebut tidak dilakukan. Dan ada tindakan kolaborasi yaitu pemberian antipiretik, dimana penulis melakukannya sesuai dengan arahan dan bimbingan dari perawat yang berjaga diruangan, selain itu pemberian antipiretik akan diberikan kepada pasien jika pasien kembali mengalami kenaikan suhu.

## **B. Saran**

Beberapa saran yang diberikan dengan masalah keperawatan hipertermi pada penderita bronkopneumonia ialah, sebagai berikut :

1. Kepada keluarga pasien jika pasien sudah boleh dipulangkan oleh dokter maka diharapkan pihak keluarga dapat lebih baik lagi dalam merawat pasien An. A khususnya pada masalah kenaikan dan penurunan suhu pasien, keluarga harus memiliki alat pengukur suhu sederhana agar dapat mengetahui pasien demam atau tidak dan keluarga diharapkan melakukan hal-hal yang sudah diedukasikan oleh para perawat dan dokter ketika pasien mengalami demam lagi.
2. Diharapkan setelah sembuh dari sakitnya keluarga pasien tetap melakukan pemeriksaan secara rutin untuk An. A dengan tujuan untuk memelihara kesehatan An. A dan menghindari kejadian bronkopneumonia terulang lagi. Bronkopneumonia disebabkan oleh berbagai macam faktor salah satunya ialah infeksi karena bakteri virus atau jamur, sehingga dalam hal ini pihak keluarga harus memperhatikan lingkungan rumah untuk tetap selalu bersih, tidak terdapat polusi udara, terdapat ventilasi udara dirumah, dan pencahayaan dalam rumah cukup.
3. Kepada pihak rumah sakit, petugas Kesehatan, dokter, perawat dan sebagainya diharapkan dapat memberikan pelayanan yang lebih baik lagi dan lebih bermutu dalam menangani kasus seperti pada pasien bronkopneumonia yang disertai hipertemi. Untuk menghindari kasus bronkopneumonia terulang lagi maka pihak tenaga medis yang terlibat perlu memberikan edukasi terkait pencegahan terjadinya bronkopneumonia dan penanganan bronkopneumonia, khususnya dengan pasien yang mengalami bronkopneumonia yang disertai dengan hipertemi maka petugas kesehatan dapat memberikan edukasi terkait penanganan hipertemi contohnya cara pemberian kompres hangat dengan baik dan benar.
4. Kepada teman-teman yang memilih pendidikan dengan jurusan keperawatan jika menemui pasien dengan bronkopneumonia disertai masalah keperawatan hipertermia diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan keadaan serta prioritas

masalah yang dialami oleh pasien. Dengan melakukan pengkajian yang benar dan lengkap sehingga tidak terjadi kekeliruan dalam menetapkan diagnosa, serta intervensi keperawatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, G., & Iswati, N. (2023). Asuhan Keperawatan Manajemen Hipertermia Dengan Penerapan Kompres Aloevera Pada Pasien Demam Thypoid Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. *Prosiding University Research Colloquium*, 311–315. <http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/view/2326>.
- Anisa, K. (2019). Efektifitas Kompres Hangat Untuk Menurunkan Suhu Tubuh Pada an.D Dengan Hipertermia. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5(2), 122–127. <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v5i2.112>
- Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga. (2016). Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak. *Bakti Husada*, 59.
- Faridah, I., & Soesanto, E. (2021). Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Hipertermia. *Holistic Nursing Care Approach*, 1(2), 55. <https://doi.org/10.26714/hnca.v1i2.10988>
- Handayani, T. E., Setiyani, A., & Sa'adab, N. (2018). Modul Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Balita. *Poltekkes Kemenkes Surabaya*, 296.
- Harianti, N., Fitriana, L. B., & Krisnanto, P. D. (2018). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Demam Dengan Perilaku Ibu Dalam Penanganan Demam Pada Anak Balita Di Puskesmas Depok I Sleman Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Rispati Yogyakarta*, 3(2), 17–22. <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/article/view/26>
- Jannah, miftahul. (2020). *Metode Pengumpulan Data Pada Pengkajian Proses Keperawatan* (p. 1).
- Juanda, W. P. (2021). *Asuhan Keperawatan Anak Hipertermi Pada An.D Dengan Pemberian Kompres Hangat Campuran Irisan Bawang Merah Terhadap*

- Penurunan Suhu Tubuh Di Ruang Rasuna Said RS TK.III DRReskodiwiryono Padang.* 1–135.
- Kemenkes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id.*
- Mayasari, N. P. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami DHF Hemorrhagic Fever Grade 2 Dengan Hipertermi Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan.*
- Ns. Nurlaila, M. K., Ns. Wuri Utami, M. K., & Tri Cahyani W, M. S. A. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Anak* (Idham & Anwar (eds.); 1st ed.). Penerbit LeutikaPrio. <https://books.google.co.id/books?id=cNWFDwAAQBAJ>
- Puspasari, E. (2022). Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Diagnosa Medik Pneumonia Di Ruang Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H. Jusuf SK Tarakan. *Jurnal Universitas Borneo Tarakan*, 1–23.
- Samuel, A. (2014). [ Laporan Kasus ] Bronkopneumonia on Pediatric Patient. *J Agromed Unila*, 1(2), 185–189.
- Sari, A. T. (2022). *Penurunan Nyeri Punggung Ibu Hamil.* 19–20.
- Sorena, E., Slamet, S., & Sihombing, B. (2019). Efektifitas Pemberian Kompres Hangat Terhadap Suhu Tubuh Pada Anak Dengan Peningkatan Suhu Tubuh Di Ruang Edelweis Rsd Dr. M. Yunus Bengkulu. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 2(1), 17–24. <https://doi.org/10.33369/jvk.v2i1.10469>
- Sugiarto, Harioputro, D. R., Suselo, Y. H., Munawaroh, S., Moelyo, A. G., Lestari, A., Werdiningsih, Y., & Suryawan, A. (2018). Basic Physical Examination : Teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. *Universitas Sebelas Maret*, 0271, 1–37. [https://skillslab.fk.uns.ac.id/wp-content/uploads/2018/08/MANUAL-IPPA\\_2018-smt-1.pdf](https://skillslab.fk.uns.ac.id/wp-content/uploads/2018/08/MANUAL-IPPA_2018-smt-1.pdf)
- Sugiharta, I. G. D. Y. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Dengan Hipovolemia Di Ruang Kaswari Rsd Wangaya.*

- Sumakul, V. D. O., & Lariwu, C. K. (2022). Menurunkan Demam Dengan Kompres Hangat Pada Anak. *Aksara: Jurnal Ilmu Pendidikan Nonformal*, 8(2), 1393. <https://doi.org/10.37905/aksara.8.2.1393-1398.2022>
- Susanti, N. (2020). [1] Susanti N. Efektifitas Kompres Dingin Dan Hangat Pada Penataleksanaan Demam. *Sainstis* 2020:55–64. doi:10.18860/sains.v0i0.1866. Efektifitas Kompres Dingin Dan Hangat Pada Penataleksanaan Demam. *Sainstis*, 55–64. <https://doi.org/10.18860/sains.v0i0.1866>
- Wardani, W. I., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien CHF. (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 3(2), 98–114.

