

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. L DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG ICU
RSUD KODYA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Fandu Heru Satriyono
NIM. 89.331.2857

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

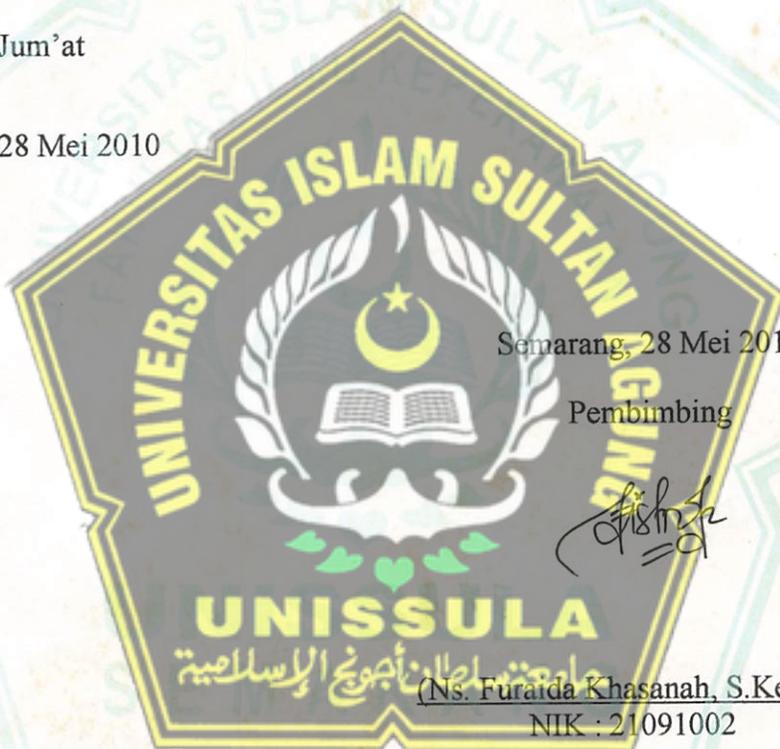
2010

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 28 Mei 2010



Semarang, 28 Mei 2010

Pembimbing



(Ns. Furaida Khasanah, S.Kep.,Ns)

NIK : 21091002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 1 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 1 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, S.Kep)

NIK : 210 998 005

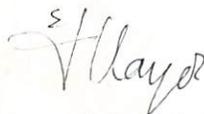
Penguji II



(Ns. Furaida Khasanah, S. Kep)

NIK : 210 910 022

Penguji III



(Ns. Maya Dwi Yustini, S. Kep)

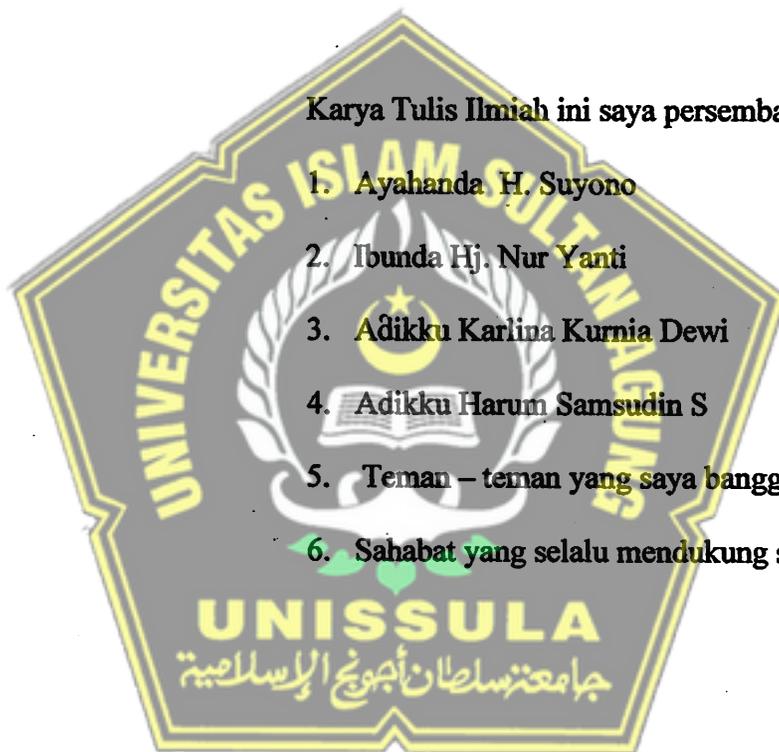
NIK : 95.02.518

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Dan kamu tidak dapat menghendaki (menempuh jalan itu) apabila di kehendaki oleh Allah, Rabb semesta alam. (Qs. At – Takwiir : 29)

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan :

1. Ayahanda H. Suyono
2. Ibunda Hj. Nur Yanti
3. Adikku Karlina Kurnia Dewi
4. Adikku Harum Samsudin S
5. Teman – teman yang saya banggakan
6. Sahabat yang selalu mendukung saya



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum 'alaikum Wr WB

Alhamdulillah dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunianya yang telah memberikan kemudahan pada penulis, sehingga sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul **ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. L DENGAN BRONKOPNEUMONIA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KODYA SEMARANG.**

Adapun maksud dari penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan. Karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki maka penulis menyadari ketidaksempurnaan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin MSc, M. Eng selaku Rektor Unissula
3. Bapak Iwan Ardian, SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang selalu memberikan semangat, dukungannya bagi kami dan memberikan bimbingannya pada kami untuk selalu berakhlakul kharimah.
4. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula, yang tidak pernah lelah memberikan nasehatnya kepada kami, untuk terus maju dan mencapai kesuksesan.

5. Ibu Ns. Furaida Khasanah, S.Kep, yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada saya sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Kodya Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Dosen dan Staf pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan belajar mengajar.
8. Orang tua yang selalu mendukung dan selalu memberikan yang terbaik bagi saya, selalu mendoakan saya agar dapat meraih yang terbaik di dalam kehidupan.
9. Sahabat-sahabat saya yang selama ini sama-sama berjuang membuat Karya Tulis Ilmiah ini, lelah bersama, sedih bersama, senang bersama, kebersamaan ini yang membuat saya tidak menyerah dan putus asa.

Penulis menyadari sebagai manusia yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Wassalamualaikum 'alaikum Wr WB

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Anak	4
1. Pengertian Anak	4
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	4
3. Tahap Pertumbuhan dan perkembangan Fisik Anak	7
B. Konsep Dasar Penyakit	8
1. Pengertian	8
2. Etiologi	9
3. Patofisiologi	9
4. Manifestasi Klinis	11
5. Pathways	13

6. Pemeriksaan Diagnostik	14
7. Komplikasi	15
8. Penatalaksanaan	15
C. Konsep Keperawatan.....	17
1. Pengkajian Keperawatan	17
2. Fokus Intervensi	18
BAB III RESUME KEPERAWATAN	27
A. Pengkajian	27
B. Asuhan Keperawatan	31
BAB IV PEMBAHASAN	36
BAB V PENUTUP	44
A. Kesimpulan	44
B. Saran	44
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pneumonia bukan merupakan penyakit baru dan sudah tidak asing lagi di kalangan masyarakat. Pada tahun 2000 kombinasi pneumonia dan influenza kembali merajalela dan menjadi penyebab kematian ke tujuh di Negara itu. Pneumonia merupakan suatu proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Terjadinya pneumonia pada anak seringkali bersamaan dengan proses infeksi akut pada bronkus (biasa disebut bronchopneumonia). Gejala penyakit ini berupa napas cepat dan sesak, karena paru meradang secara mendadak. (Setiawan, 2009)

Penelitian yang dilakukan oleh Suriani pada tahun 2009 didapatkan data secara global, sekitar 1,6 juta kematian setiap tahun disebabkan oleh penyakit yang disebabkan oleh '*Streptokokus pneumoiae*' (pneumococcal disease), masuk di dalamnya 700.000 hingga satu juta balita terutama berasal dari negara berkembang. Dilaporkan, di kawasan Asia - Pasifik diperkirakan sebanyak 860.000 balita meninggal setiap tahunnya atau sekitar 98 anak setiap jam. Secara nasional angka kejadian Pneumonia belum diketahui secara pasti, data yang ada baru berasal dari laporan Subdit ISPA Ditjen P2M-PL Depkes RI tahun 2007. Berdasarkan laporan diatas disebutkan, dari 31 provinsi ditemukan 477.429 anak balita dengan pneumonia atau 21,52 % dari jumlah seluruh balita di Indonesia. Dengan proporsi 35,02 % pada usia di bawah satu

tahun dan 64,97 % pada usia satu hingga empat tahun. Jika dirata-ratakan, sekitar 2.778 anak meninggal setiap harinya akibat pneumonia.

Di Indonesia, pneumonia merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah kardiovaskuler dan tuberkolosis. Faktor sosial ekonomi yang rendah mempertinggi angka kematian. Penanggulangan penyakit pneumonia menjadi fokus ketiga dari program P2ISPA (Penanggulangan Penyakit Infeksi saluran Pernapasan Akut). Program ini mengupayakan agar istilah Pneumonia lebih dikenal masyarakat, sehingga memudahkan kegiatan penyuluhan dan penyebaran informasi tentang penanggulangan pneumonia (Setiawan, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian dari berbagai sumber yang menyebutkan tingginya angka kejadian bronkopneumonia, serta akibat lanjut dari bronkopneumonia apabila tidak ditangani dengan efektif dan efisien, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada An. L dengan Bronkopneumonia di Ruang ICU di RSUD Kodya Semarang.

B. Tujuan penulisan

Adapun tujuan penulis Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

1. Tujuan umum

Penulis dapat membuat asuhan keperawatan anak pada pasien An. L dengan brokopneumonia di RSUD Kodya Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep dasar bronkopneumonia yang terdiri dari : definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, dan pemeriksaan penunjang

- b. Mengetahui asuhan keperawatan klien bronkopneumonia secara teori yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan fokus intervensi.
- c. Mampu memberikan asuhan keperawatan klien bronkopneumonia pada An. L yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

C. Manfaat penulisan

1. Bagi penulis

- a. Menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang konsep keperawatan anak dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
- b. Mengembangkan pola pikir penulis dalam menerapkan teori dengan praktek di lahan, khususnya tentang bronkopneumonia.

2. Bagi instansi pendidikan

- a. Sebagai sumber kepustakaan bagi mahasiswa
- b. Sebagai tolok ukur dalam keberhasilan proses belajar mengajar
- c. Masukan bagi institusi pendidikan tentang permasalahan yang timbul dan penanganan pada pasien dengan brokopneumonia.

3. Bagi rumah sakit

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan penanganan bronkopneumonia pada anak.

4. Bagi masyarakat

Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit bronkopneumonia.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar anak

1. Pengertian anak

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain/ toddler (1-2,5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun) (Hidayat, 2006).

2. Pertumbuhan dan perkembangan anak

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar (Hidayat, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu:
(Riyadi, 2009)

a. Faktor herediter

Herediter merupakan faktor yang tidak dapat dirubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan

kuantitas dan kualitas pertumbuhan. Termasuk dalam faktor genetik adalah jenis kelamin dan suku bangsa/ ras. Misalnya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih tinggi dan lebih besar jika dibandingkan dengan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

b. Faktor lingkungan.

1) Lingkungan internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormon dan emosi. Ada tiga hormon yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormon *somatotropin* merupakan hormon yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormon ini akan menyebabkan *Gigantisme*. Hormon *Tiroi* akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormon ini akan menyebabkan *kretinisme* dan hormon *Gonadotropin* yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan produksi sel telur, jika kekurangan hormon *Gonadotropin* ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

- 2) Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap perkembangan emosi, sosial dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan

mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang dalam perkembangannya baik akan mempunyai intelegensi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat.

3) Lingkungan eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhi antara lain; kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat istiadat dan tingkah laku dalam bagaimana orang tua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarganya juga berpengaruh, orang tua yang ekonomi menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayi akan kekurangan asupan nutrisi yang selanjutnya daya tahan tubuh tubuh akan menurun dan akhirnya bayi/ anak akan sakit.

Olah raga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologi dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian

orang tua sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

4) Faktor pelayanan kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbuh anak dapat dipantau. Sehingga apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya meragukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, anak dapat segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya (Riyadi, 2009)

3. Tahap pertumbuhan dan perkembangan fisik anak

Sangat mudah bagi orang tua untuk selalu mengamati pertumbuhan dan perkembangan fisik anaknya, karena hal ini hampir setiap hari orang tua bisa melihatnya.

Menurut (Riyadi, 2009) Tumbuh Kembang Infant/ bayi, umur 2-3 bulan yaitu:

Fisik : *Fontanel Posterior* sudah menutup

Motorik : Mengangkat kepala, dada dan berusaha untuk menahannya sendiri dengan tangan, memasukkan tangan ke mulut, mulai berusaha meraih benda-benda yang menarik yang ada di sekitarnya, bisa didudukkan dengan posisi punggung di sokong, mulai asyik bermain sendiri dengan tangan dan jarinya.

Sensoris : Sudah bisa mengikuti arah sinar ke tepi, koordinasi ke atas dan ke bawah, mulai mendengarkan suara yang didengarnya.

Sosialisasi : Mulai tertawa pada seseorang, senang jika tertawa keras, menangis sudah mulai berkurang.

B. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Pneumonia adalah peradangan paru biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri (stafilokokus, pneumokokus, atau streptokokus), atau virus (*respiratory syncytial virus*). (Speer, 2007)

Bronkopneumonia terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada di dekatnya. (Wong, 2003)

Bronkopneumonia merupakan peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing yang ditandai dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dan dangkal, muntah, serta batuk kering dan produktif (Hidayat, 2008)

Bronkopneumonia adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai brokeoli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Riyadi, 2009).

Bronkopneumonia digunakan untuk menggambarkan pneumonia yang mempunyai pola penyebaran berbercak, teratur dalam satu atau lebih area terlokalisasi didalam bronki dan meluas ke parenkim paru yang

berdekatan di sekitarnya. Pada bronkopneumonia terjadi konsolidasi area berbercak (Smeltzer, 2001)

Kesimpulannya bronkopneumonia adalah suatu jenis infeksi paru yang disebabkan oleh agen infeksius dan terdapat di daerah bronkus dan sekitar alveoli

2. Etiologi

Penyebab tersering *bronkopneumonia* pada anak *pneumoniakokus* sedang penyebab lainnya antara lain: *streptococcus pneumonia*, *stapilokokus aureus*, *haemophillus influenza*, jamur (seperti *candida albicans*), dan virus. Pada bayi dan anak kecil ditemukan *staphylococcus aureus* sebagai penyebab yang berat, serius dan sangat progresif dengan mortalitas (Riyadi, 2009).

3. Patofisiologi

Kuman masuk ke dalam jaringan paru-paru melalui saluran pernafasan dari atas untuk mencapai bronchioles dan kemudian alveolus sekitarnya. Kelainan yang timbul berupa bercak konsolidasi yang tersebar pada kedua paru-paru, lebih banyak pada bagian basal.

Pneumonia dapat terjadi sebagai akibat inhalasi mikroba yang ada di udara, aspirasi organism dari nasofarinks atau penyebaran hematogen dari focus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran nafas masuk ke bronkioli dan alveoli, menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam aveoli dan jaringan interstitial. Kuman *pneumokokus* dapat meluas melalui porus kohn dari alveoli ke seluruh segmen atau lobus. Eritrosit mengalami perembesan dan

beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relative sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Paru menjadi tidak berisi udara lagi, kenyal dan berwarna merah. Pada tingkat lebih lanjut, aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relative sedikit eritrosit. Kuman *pneumokokus* di fagositosis oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung, makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit bersama kuman *pneumokokus* di dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah yang mati dan eksudat fibrin di buang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas.

Apabila proses konsolidasi tidak dapat berlangsung dengan baik maka setelah edema dan terdapatnya eksudat pada alveolus akan mengalami kerusakan yang dapat mengakibatkan gangguan proses difusi *osmosis* oksigen pada alveolus. Perubahan tersebut akan berdampak pada penurunan jumlah oksigen yang di bawa oleh darah. Penurunan itu yang secara klinis penderita mengalami pucat sampai sianosis. Terdapatnya cairan purulen pada alveolus juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan pada paru, selain dapat berakibat penurunan kemampuan mengambil oksigen dari luar juga mengakibatkan berkurangnya kapasitas paru. Penderita akan berusaha melawan tingginya tekanan tersebut menggunakan otot-otot bantu pernafasan (otot interkosta) yang dapat menimbulkan peningkatan retraksi dada.

Secara hematogen maupun langsung (lewat penyebaran sel) mikroorganisme yang terdapat di dalam paru dapat menyebar ke bronkus bersebutkan sel radang akut, terisi eksudat (nanah) dan sel epitel rusak. Bronkus dan sekitarnya penuh dengan netrofil (bagian leukosit yang banyak pada saat awal peradangan dan bersifat fagositosis) dan sedikit eksudat fibrinosa. Bronkus rusak akan mengalami fibrosis dan pelebaran akibat tumpukan nanah sehingga dapat timbul bronkiektasis . selain itu organisasi eksudat dapat terjadi karena absorpsi yang lambat. Eksudat dalam infeksi ini mula-mula encer dan keruh, mengandung banyak kuman penyebab (streptokokus, virus dan lain-lain). Selanjutnya eksudat berubah menjadi *purulen*, dan menyebabkan sumbatan pada lumen bronkus. Sumbatan tersebut mengurangi asupan oksigen dari luar sehingga penderita mengalami sesak nafas.

Terdapatnya peradangan pada bronkus dan paru juga akan mengakibatkan peningkatan gerakan silia pada lumen bronkus sehingga timbul peningkatan reflek batuk.

Perjalanan patofisiologi di atas bias berlangsung sebaliknya yaitu didahului dulu dengan infeksi pada bronkus kemudian berkembang menjadi infeksi pada paru (Riyadi, 2009).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari bronkopneumonia adalah : (Betz. C, 2002)

a. Pneumonia bakteri

Gejala awal : rinitis ringan, anoreksia, dan gelisah.

Berlanjut sampai : demam, malaise, nafas cepat dan dangkal (50 – 80), ekspirasi berbunyi. Jika lebih dari 5 tahun, sakit kepala dan kedinginan. Jika kurang dari 2 tahun vomitus dan diare ringan, leukositosis, serta foto thorak pneumonia lobar.

b. Pneumonia virus

Gejala awal : batuk, rinitis

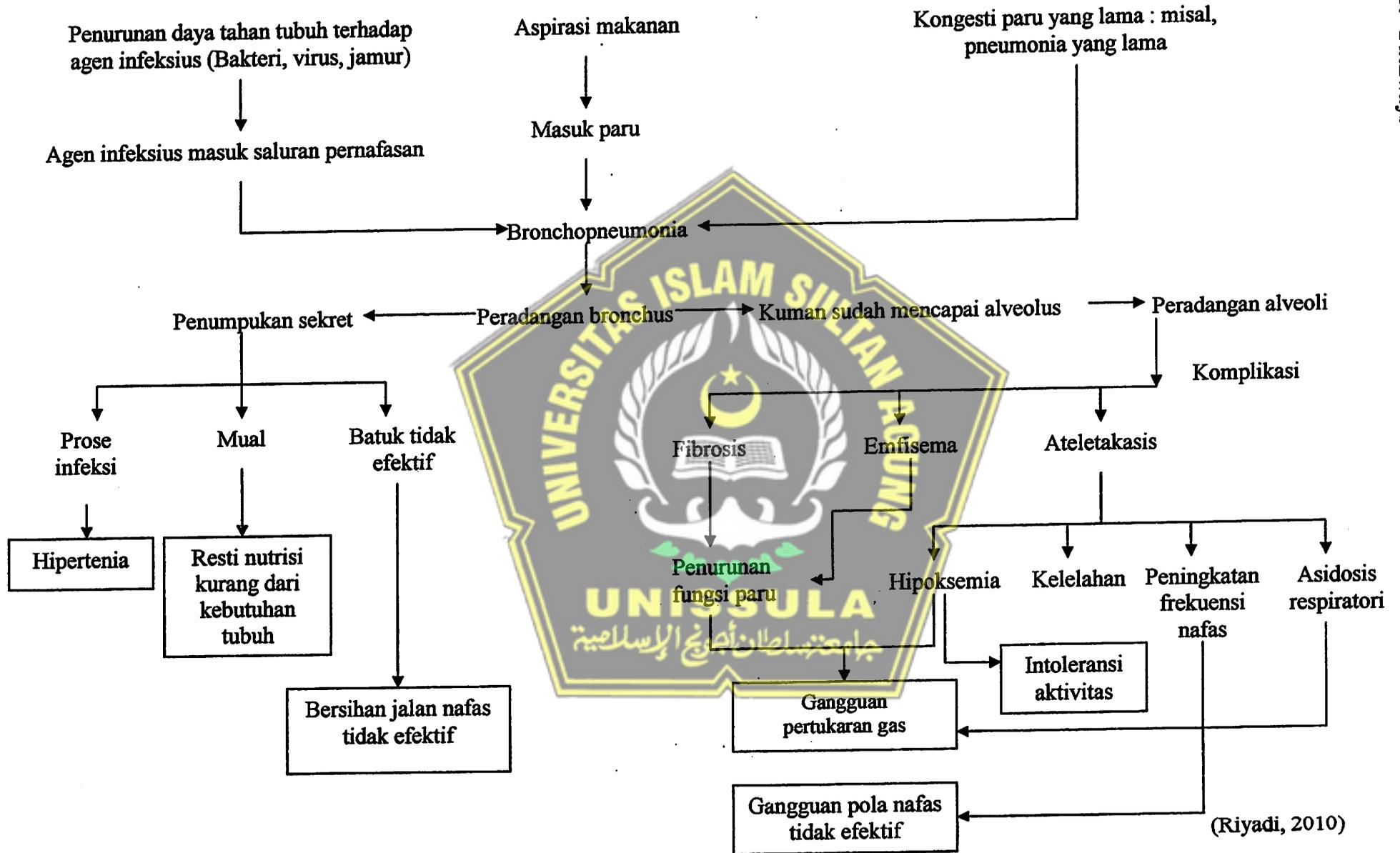
Berkembang sampai demam ringan, batuk ringan, dan malaise sampai demam tinggi, batuk hebat dan lesu, emfisema obstruktif, ronkhi basah, penurunan leukosit.

c. Pneumonia mikoplasma

Gejala awal : demam, mengigil, sakit kepala, anoreksia, mialgia

Berkembang menjadi : rinitis, sakit tenggorokan, batuk kering berdarah, area konsolidasi pada pemeriksaan thorak.





6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang bisa dilakukan untuk menegakan diagnosa medis bronkopneumonia adalah: (Betz. C 2002)

- a. Foto toraks, digunakan untuk melihat adanya infeksi di paru dan status pulmoner (untuk mengkaji perubahan pada paru).
- b. Nilai analisis gas darah, untuk mengevaluasi status kardiopulmoner sehubungan dengan oksigenasi.
- c. Hitung darah lengkap dengan hitung jenis, digunakan untuk menetapkan adanya anemia, infeksi, proses inflamasi.
- d. Pewarnaan gram (darah), untuk seleksi awal antimikroba.
- e. Tes kulit untuk tuberkulin, mengesampingkan kemungkinan TB jika anak tidak berespon terhadap pengobatan.
- f. Jumlah leukosit, leukositosis pada pneumonia bakterial.
- g. Tes fungsi paru, digunakan untuk mengevaluasi fungsi paru, menetapkan luas dan beratnya penyakit, dan membantu mendiagnosis keadaan.
- h. Spirometri statik, digunakan untuk mengkaji jumlah udara yang diinspirasi.
- i. Kultur darah, spesimen darah untuk menetapkan agen penyebab seperti bakteri dan virus.
- j. Kultur cairan pleura, spesimen cairan dari rongga pleura untuk menetapkan agen penyebab seperti bakteri dan virus.

- k. Bronkoskopi, digunakan untuk melihat dan memanipulasi cabang-cabang utama dari pohon trakeobronkial. Jaringan yang diambil untuk uji diagnostik, secara terapeutik digunakan untuk menetapkan dan mengangkat benda asing.
- l. Biopsi paru, selama torakotomi, jaringan paru dieksisi untuk melakukan kajian diagnostik.

7. Komplikasi

Menurut (Bets C, 2002), beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien bronkopneumonia antara lain :

- a. Pneumonia interstisial menahun
- b. Atelektasis segmental atau lobar kronik
- c. Rusaknya jalan napas.
- d. Efusi pleura
- e. Kalsifikasi paru
- f. Fibrosis paru
- g. Bronkitis obliteratif dan bronkiolitis

8. Penatalaksanaan

a. Medis

Pengobatan medis mencakup perbaikan oksigenasi dengan oksigen dan terapi pernapasan. Digunakan antibiotik secara intravena untuk mengobati pneumonia bakteri berdasarkan kultur dan uji sensitivitas jika terjadi efusi pleura, mungkin diperlukan *torasentesis* atau drainase selang thoraks (Betz C, 2002).

Pengobatan pneumonia termasuk pemberian antibiotik yang sesuai seperti yang ditetapkan oleh hasil pewarnaan Gram. Penisilin G merupakan antibiotik pilihan untuk infeksi *S. Pneumoniae*. Medikasi efektif lainnya termasuk eritromisin, klindamisin, sefalosporin generasi kedua dan ketiga, penisilin lainnya, dan trimetoprim-sulfametoksazol (Bactrim) (Smeltzer, 2001).

Pneumonia mikoplasma memberikan repon terhadap eritromisin, tetrasiklin, dan derivat tetrasiklin (doksisisiklin). Pneumonia atipikal lainnya mempunyai penyebab virus dan kebanyakan tidak membari respon terhadap antimikrobal. *Pneumocystis carinii* memberi respon terhadap pentamidin dan trimetoprim-sulfametoksazol (Bactrim, TPM-SMZ). Inhalasi lembab dan hangat sangat membantu dalam menghilangkan iritasi bronkial (Smeltzer, 2001).

b. Keperawatan

Penanganan terapi sekret dengan menggunakan perkusi dada yaitu dengan cara mengetuk dada yang terdapat sekret dengan dua jari dan postural drainage membantu menghilangkan exudasi *suppuratif*. Setiap 2 jam sekali pasien dibantu untuk berbalik, batuk, dan bernapas secara mendalam. Bagian kepala tempat tidur harus dinaikan untuk membantu ventilasi dan *bronkodilator*. Asuhan keperawatan difokuskan pada penormalan atau pemulihan tanda dan gejala penyakit yang ada. Pasien perlu diberi kenyamanan berupa pemberian minuman hangat dan penyediaan bantal (Reeves, 2001).

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a) Riwayat kesehatan

- 1) Adanya riwayat infeksi saluran pernapasan sebelumnya : batuk, pilek, demam.
- 2) Anoreksia, sukar menelan, mual dan muntah.
- 3) Riwayat penyakit yang berhubungan dengan imunitas seperti malnutrisi.
- 4) Anggota keluarga lain yang mengalami sakit saluran pernapasan.
- 5) Batuk produktif, pernafasan cuping hidung, pernapasan cepat dan dangkal, gelisah, sianosis.

b) Pemeriksaan fisik

1) Respirasi

Meningkatnya frekuensi pernapasan, retraksi, nyeri dada, krekels, penurunan bunyi napas, pernapasan cuping hidung, sianosis, batuk produktif, ronki.

2) Kardiovaskular

Takikardia.

3) Neurologis

Nyeri kepala, iritabilitas, dan kesulitan tidur.

4) Gastrointestinal

Penurunan nafsu makan dan nyeri lambung.

5) Muskuloskeletal

Gelisah dan kelelahan.

6) Integumen

Peningkatan suhu tubuh dan sianosis sirkumoral. (Speer, 2007)

c) Faktor Psikologis atau perkembangan memahami tindakan, diantaranya (Ncitha, 2008)

- 1) Usia tingkat perkembangan.
- 2) Toleransi atau kemampuan memahami tindakan.
- 3) Koping
- 4) Pengalaman terpisah dari keluarga atau orang tua.
- 5) Pengalaman infeksi saluran pernafasan sebelumnya.

d) Pengetahuan keluarga atau orang tua

- 1) Tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit saluran pernafasan.
- 2) Pengalaman keluarga tentang penyakit saluran pernafasan.
- 3) Kesiapan/kemauan keluarga untuk belajar merawat anaknya

2. Fokus Intervensi

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan terkumpulnya eksudasi dan meningkatnya produksi mucus.

Tujuan : klien tidak menunjukkan gejala distress pernafasan

Hasil yang diharapkan :

Pertukaran gas pada anak akan meningkat yang ditandai dengan kemudahan bernapas, warna kulit normal, dan berkurangnya kegelisahan.

Intervensi :

- 1) Atur posisi yang dapat meningkatkan kenyamanan anak.

Rasional : memberikan posisi yang nyaman, seperti posisi semifowler, membuat anak bernapas dengan mudah.

- 2) Ciptakan lingkungan yang lembab dan dingin, melalui penggunaan oksigen sungkup wajah, oksigen dengan penggunaan sungkup kepala atau oksigen tenda.

Rasional : udara dingin yang dilembapkan di jalan napas, membantu mengencerkan lendir dan mengurangi edema bronkia.

- 3) Berikan oksigen dengan menggunakan oksigen sungkup wajah, oksigen dengan penggunaan sungkup kepala atau oksigen tenda sesuai petunjuk.

Rasional : oksigen mengurangi kegelisahan karena kesukaran pernapasan dan hipoksemia.

- 4) Dorong anak melakukan latihan batuk dan napas dalam 2 jam.

Rasional : batuk membantu mengeluarkan lendir, tarik napas dalam akan meningkatkan ekspansi paru.

- 5) Lakukan penghisapan lendir bila diperlukan. Siapkan peralatan penghisap lendir di dekat tempat tidur anak.

Rasional : penghisapan lendir disarankan untuk mempertahankan saluran napas yang bebas, terutama jika anak batuk tidak efektif.

- 6) Lakukan fisioterapi dada setiap 4 jam atau sesuai petunjuk.

Rasional : fisioterapi dada membantu menghilangkan eksudat dan lendir agar mudah keluar melalui batuk dan penghisap lendir.

- 7) Kaji status pemapasan anak untuk menandai dispnea, takipnea, mengi, krakles, ronkhi, dan sianosis.

Rasional : tanda ini dapat mengidentifikasi bahwa pengobatan tidak efektif, dan bahwa kondisi anak memburuk.

- 8) Anjurkan pemberian asupan cairan peroral jika tidak dikontraindikasikan.

Rasional : cairan umumnya mengencerkan lendir.

- 9) Berikan periode istirahat sesering mungkin.

Rasional : istirahat dapat menyimpan energi yang diperlukan untuk melawan infeksi.

- 10) Ubah posisi anak setiap 1 sampai 2 jam.

Rasional : perubahan posisi baring secara teratur membantu memobilisasi pengeluaran lendir.

- b. Hipertermia yang berhubungan dengan infeksi.

Tujuan : mempertahankan suhu tubuh normal

Hasil yang diharapkan :

Anak akan mempertahankan suhu tubuh kurang dari 37,8°C.

Intervensi :

- 1) Pertahankan lingkungan dingin.

Rasional : lingkungan yang dingin akan menurunkan suhu tubuh melalui kehilangan panas pancaran.

- 2) Berikan antipiretik (asetaminofen atau ibu profen, jangan aspirin) sesuai petunjuk.

Rasional : pemberian obat antipiretik biasanya mengurangi demam secara efektif.

- 3) Pantau suhu tubuh anak setiap 1-2 jam, waspadai bila ada kenaikan suhu secara tiba-tiba.

Rasional : peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba dapat mengakibatkan kejang.

- 4) Ambil sediaan sputum untuk dilakukan kultur.

Rasional : sediaan sputum membantu mengidentifikasi penyebab.

- 5) Berikan obat antimikroba sesuai petunjuk.

Rasional : daya obat antimikroba dengan cara menyerang organisme penyebab.

- 6) Berikan kompres basah dengan suhu 37°C bila perlu untuk mengurangi demam.

Rasional : kompres basah akan mendinginkan permukaan tubuh dengan cara konduksi.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan inflamasi.

Tujuan : mempertahankan jalan nafas adekuat

Hasil yang diharapkan :

Kesulitan bernapas pada anak akan berkurang yang ditandai dengan periode istirahat yang cukup, dan frekuensi pernapasan dan jantung dalam batas normal sesuai usia.

Intervensi:

- 1) Auskultasi paru terhadap tanda peningkatan pembengkakan jalan napas dan kemungkinan obstruksi, termasuk dispnea, takipnea, dan mengi, serta kaji pengeluaran air liur.

Rasional : lebih awal mengenal tanda ini sangat perlu, sebab pembengkakan biasanya berkembang dengan cepat dan dapat membawa kefatalan.

- 2) Hindari stimulasi langsung pada saluran napas karena pemakaian tongue depressor, apusan kultur, kateter pengisapan, atau laringoskop.

Rasional : berbagai manipulasi yang ditujukan pada jaringan jalan napas dapat menyebabkan spasme laring dan pembengkakan, memungkinkan peningkatan terjadi obstruksi komplet.

- 3) Beri kebebasan pada anak untuk mengambil posisi yang menyenangkan namun bukan posisi horisontal.

Rasional : posisi horisontal dapat menyebabkan jaringan memburuk secara cepat, kemungkinan akan meningkatkan obstruksi komplet.

- 4) Pantau status pernapasan dan tanda vital secara terus menerus hingga jalan udara dijamin bebas. Tempatkan peralatan intubasi gawat darurat di samping tempat tidur.

Rasional : pemantauan secara terus menerus diharuskan, sebab

peningkatan edema dapat menyebabkan obstruksi komplet kapanpun, dan memerlukan intubasi yang sifatnya gawat darurat.

- d. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan akibat hipertermia atau hiperpnea atau keduanya.

Tujuan : mengurangi resiko kehilangan cairan.

Hasil yang diharapkan :

Anak akan mempertahankan keseimbangan cairan yang ditandai dengan haluaran urine 1-2 ml/kg/jam, turgor baik, dan waktu pengisian kapiler kembali 3 sampai 5 detik.

Intervensi :

- 1) Pantau asupan dan haluaran cairan secara teliti.

Rasional : pemantauan secara hati-hati akan mendeteksi penurunan haluaran urine, yang dapat berindikasi dehidrasi.

- 2) Kaji peningkatan frekuensi pernapasan anak dan demam setiap 1 sampai 2 jam.

Rasional : peningkatan frekuensi napas dan suhu tubuh, khususnya dapat mengakibatkan peningkatan kehilangan cairan secara khas.

- 3) Kaji tanda dehidrasi pada anak, termasuk oliguria, turgor kulit jelek, membran mukosa kering, dan cekungan pada ubun-ubun serta bola mata.

Rasional : tanda tersebut mengindikasikan peningkatan kebutuhan asupan cairan.

4) Berikan cairan perinfus sesuai dengan petunjuk.

Rasional : pemberian cairan perinfus diperlukan, dengan tujuan mempertahankan hidrasi yang adekuat pada anak.

5) Anjurkan asupan cairan per oral setiap 1 sampai 2 jam, jika tidak ada kontraindikasi.

Rasional : peningkatan asupan cairan membantu untuk mencegah dehidrasi dan mengencerkan lendir.

e. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik.

Tujuan : klien bebas dari tanda malnutrisi

Hasil yang diharapkan :

Asupan nutrisi pada anak akan meningkat ditandai oleh makanan sedikitnya menghabiskan 80% porsi makanan setiap hari terakhir rawat inap di rumah sakit.

Intervensi :

1) Pertahankan diet tinggi protein, tinggi kalori pada anak.

Rasional : anak membutuhkan diet tinggi kalori dan protein untuk memenuhi peningkatan kebutuhan energi.

2) Berikan makanan dalam jumlah sedikit porsi sering dari makanan yang disukai.

Rasional : makan sedikit dan porsi sering akan mengurangi upaya ekspirasi. Memberikan makanan yang disenangi membantu agar anak makan dalam jumlah yang lebih banyak, setiap kali makan.

3) Hindari susu cair dan yang sangat kental.

Rasional : susu cair dan yang sangat kental akan mengentalkan lendir.

f. Kecemasan pada (orang tua) yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kondisi anak.

Tujuan : orang tua mampu mengetahui kondisi anak.

Hasil yang diharapkan :

Kecemasan pada orang tua akan berkurang yang ditandai dengan kemampuan memberikan dukungan pada anak dan menjelaskan kondisi anak

Intervensi :

- 1) Kaji pemahaman orang tua tentang kondisi anak dan pengobatan yang diberikan.

Rasional : pengkajian semacam ini memberikan dasar, kapan harus memulai pendidikan.

- 2) Pastikan orang tua menemani anak selama rawat inap di rumah sakit.

Rasional : membiarkan orang tua untuk menemani anak akan memberikan dukungan pada anak.

- 3) Jelaskan semua prosedur pada anak dan orang tua.

Rasional : memberikan penjelasan sebelum dan selama di rawat inap di rumah sakit, akan menghilangkan segala kesalahpahaman sehingga mengurangi kecemasan.

- 4) Berikan dukungan dari sisi emosional pada orang tua, selama anak dirawat inap di rumah sakit.

Rasional : mendengarkan perasaan dan kekhawatiran orang tua membantu mereka untuk menangani krisis karena hospitalisasi. (Speer, 2007)



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 09 Agustus 2008 pukul 10.00 WIB di ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Kodya Semarang. Dari pengkajian tersebut di peroleh data identitas klien nama An. L, klien berumur 2 bulan dengan jenis kelamin laki-laki, beragama Islam. Alamat rumah klien Jangli Semarang, No register 092422 dengan diagnosa Bronkopneumonia dan di rawat di Rumah Sakit Umum Daerah Semarang semenjak tanggal 03 Agustus 2008. Penanggung jawab Tn. F. Berumur 48 tahun, beragama Islam, pendidikan SMP, pekerjaan swasta. Alamat Jangli Semarang. Hubungan dengan klien orang tua.

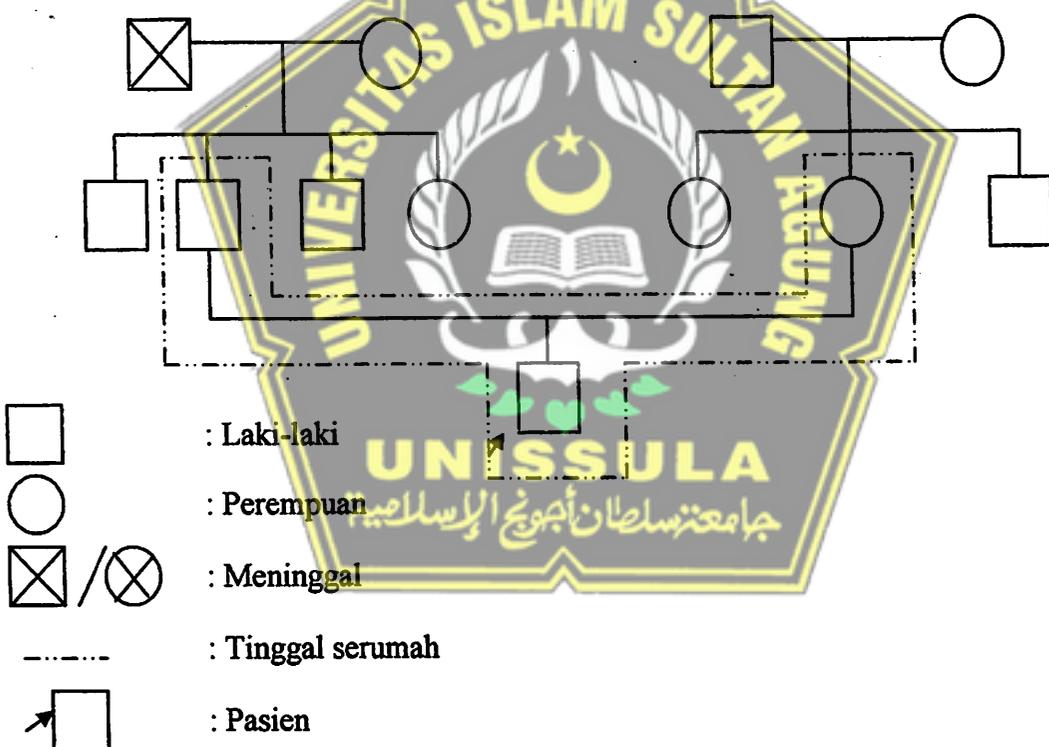
Riwayat keperawatan saat ini keluhan utama Ibu klien mengatakan klien kesulitan saat bernafas. Riwayat penyakit sekarang pada waktu munculnya keluhan yaitu Ibu klien mengatakan klien kesulitan saat bernafas dan batuk berdahak mulai tanggal 3 Agustus 2008. Ibu klien berusaha membawa klien ke bidan terdekat dan bidan menyarankan bila sehari masih sesak nafas dan badannya semakin lemas agar langsung segera di bawa ke RS.

Riwayat masa lampau pada saat prenatal ibu klien mengatakan tidak ada keluhan saat hamil, nutrisi saat hamil terpenuhi, ibu klien tidak mengkonsumsi obat-obatan ketika hamil. Kemudian pada saat natal ibu klien mengatakan

melahirkan klien di bidan praktek swasta secara normal. Pada saat post natal kondisi kesehatan ibu dan bayi setelah lahir baik tidak ada kelainan. Berat badan lahir klien adalah 3000 g, dan panjang lahir 50 cm, imunisasi yang diberikan adalah hepatitis b, polio, BCG, DPT. Tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan, makanan atau alergen-alergen yang lain.

Riwayat keluarga, ibu klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialami klien.

Genogram



Riwayat sosial ibu klien mengatakan klien diasuh oleh kedua orang tuanya karena sudah menjadi kewajiban orang tua mengasuh anak. Ibu klien

mengatakan klien seorang yang rewel dan hanya menggunakan bahasa non verbal. Ibu klien mengatakan lingkungan rumah klien bersih karena sering dibersihkan.

Keadaan saat ini, diagnosa medis bronkopneumonia Obat-obatan Infus D5% 20 tetes permenit. Klien mendapat terapi injeksi kalmoxillen 3 x 200 mg, Dexamethason 3 x 1/2 mg, Aminophilin 60 mg. Peroral paracetamol 3x ¾ cth. Nebulliser ventolin 3x ½ resep inhalasi pada jam 22.00, 06.00, dan 12.00. Dan oksigen 3 L permenit. Pemeriksaan penunjang An. L yaitu Pemeriksaan laboratorium tanggal 06 Agustus 2008 . Hemoglobin 12 gram/dl, trombosit 393.600 mm³, Leukosit 17.930/ mm³, Hemotokrit 3,7%.

Ada beberapa pengkajian pola fungsional menurut Gordon yaitu persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan, ibu klien mengatakan bahwa kesehatan itu nomor satu, tanpa kesehatan kita tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Ibu klien mengerti tentang kesehatan, jika klien sakit langsung di bawa ke bidan terdekat atau rumah sakit. Pola nutrisi/metabolik sebelum sakit, ibu klien mengatakan klien makan habis satu porsi bubur bayi dan air susu ibu. Ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak makan tetapi minum susu formula dan air susu ibu karena terpasang NGT. Pola eliminasi, Ibu klien mengatakan sebelum sakit klien buang air besar 2 x/hari dengan konsistensi, lembek, warna kuning, dan buang air kecil 8x/hari warna kuning bau khas. Ibu klien mengatakan selama sakit klien buang air besar 1 x/hari dengan konsistensi, lembek warna kuning, buang air kecil 10 x/hari warna kuning bau khas. Aktivitas latihan, sebelum sakit ibu klien mengatakan aktivitas dan

latihan klien dilakukan dengan baik. Selama sakit ibu klien mengatakan aktivitas dan latihan klien sangat dibantu ibunya, karena terpasang infuse makro D5% 20 + aminolhilin 60 mg di tangan klien. Ibu klien mengatakan klien susah untuk bernafas. Sirkulasi : Suhu 38.2^o C, Nadi 120 dan Respiratorate 45 x/mnt. Tidur atau istirahat, sebelum sakit ibu klien mengatakan klien istirahat dan tidur dengan cukup 10 jam/hari). Selama sakit ibu klien mengatakan klien istirahat dan tidur (\pm 7 jam/hari) rewel karena sesak nafas dan terpasang infus D5% makro 20tpm + aminophilin 60 mg. Peran dan hubungan, ibu klien mengatakan orang yang paling berperan pada klien adalah orang tuanya, hubungan klien dengan orang tuanya baik. Nilai dan kepercayaan, ibu klien mengatakan klien memeluk agama Islam dan percaya bahwa Allah akan menyembuhkan penyakit yang diderita klien.

Pemeriksaan fisik pada An. L yaitu keadaan umum An. L lemah dengan kesadaran composmentis, yaitu sadar penuh dan kooperatif. Tanda-tanda Vital An. L yaitu suhu 38,2^oC nadi 120 x/ mnt. Tinggi badan An. L 53 cm, berat badan 5,1 kg, Bentuk kepala An. L mesocephal, rambut hitam, bersih, tidak terdapat lesi. Bentuk mata An.L simetris, reflek cahaya bagus, conjunctiva anemis, sklera tidak ikterik, dan. Bentuk hidung An. L simetris, tidak ada polip, Terpasang selang NGT dan terpasang O₂ (kanul) 3 L / menit. Bentuk telinga An. L simetris, tidak ada penumpukan serumen, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Mulut An. L terlihat bersih, tidak ada stomatitis, mukosa bibir kering. Telinga, tidak ada kelainan, bentuk simetris. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Bentuk dada simetris, saat klien

bernapas tidak ada retraksi dinding dada, dan dada bergerak simetris. Pada pemeriksaan paru inspeksi dada simetris. Pada palpasi tidak ada nyeri tekan. Pada perkusi paru terdengar sonor. Pada auskultasi suara dasar paru terdengar suara ronchi basah pada bronkus. Pada pemeriksaan jantung inspeksi, ictus cordis tidak tampak. Pada palpasi ictus cordis teraba pada midklavikula sinistra intercosta kelima. Pada saat diperkusi terdengar pekak. Pada auskultasi bunyi jantung s1 dan s2. Pada pemeriksaan abdomen tampak inspeksi simetris, datar, tidak ada lesi. Pada saat di auskultasi terdengar bising usus. Pada saat di perkusi terdengar tympani. Pada saat di palpasi tidak ada massa, tidak terdapat nyeri tekan. Pada pemeriksaan genitalia tidak terdapat luka, tidak terpasang kateter, dan berjenis kelamin Laki-laki. Pada extremitas tidak terdapat oedem, tidak ada gangguan. Warna kulit sawo matang, bersih, turgor kulit baik, kulit lembab, tidak ada sianosis.

B. Asuhan keperawatan

Berdasarkan data-data yang diperoleh maka penulis mengelompokkan dan menganalisa data tersebut sehingga dapat ditarik suatu masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret.

Hari Sabtu tanggal 9 Agustus 2008 pukul 10.00 WIB ditemukan data subjektif "Ibu klien mengatakan anaknya mengalami kesulitan saat bernafas ". Data objektif " klien terlihat kesulitan saat bernafas, auskultasi terdengar bunyi nafas ronchi basah, RR: 45 X/menit, dan terpasang alat

bantu kanul oksigen 3 liter permenit. Dari analisa data tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan tidak efektifnya jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret.

Diagnosa tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret penulis merencanakan intervensi yang bertujuan untuk memperbaiki potensi jalan nafas setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil sekret dapat keluar, jalan nafas menjadi optimal. Intervensi yang direncanakan antara lain kaji adanya peningkatan pernafasan dan bunyi nafas abnormal, lakukan suction sesuai indikasi, beri terapi oksigen, ciptakan lingkungan yang nyaman, lakukan inhalasi 2 kali perhari, kolaborasi dalam pemberian pengobatan sistemik atau topikal.

Pada tanggal 09 Agustus 2008 penulis melakukan implementasi untuk mengatasi diagnosa keperawatan pertama pukul 10.00 WIB penulis mengkaji peningkatan dan bunyi nafas abnormal, memberikan oksigen 3 liter per menit, menciptakan lingkungan yang nyaman, respon objektif yaitu auskultasi terdengar bunyi napas ronchi basah pada bronkus, klien terlihat lebih nyaman, dengan frekuensi pernapasan 45 x permenit. Pukul 11.10 WIB penulis melakukan suction sesuai indikasi, respon objektif klien terjadi perubahan frekuensi pernapasan yaitu 36 x permenit. Pada tanggal 09 Agustus 2008 Pukul 12.00 WIB dan 20.00 WIB, juga pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 04.00 WIB dan 12.00 WIB penulis memberikan terapi obat injeksi kalmoxillen 200 mg, dexamethason 0,5

mg, dan respon objektif klien yaitu klien dapat tidur nyenyak. Pada tanggal 09 Agustus 2008 pukul 22.00 WIB, tanggal 10 Agustus 2008 pukul 06.00 WIB, 12.00 WIB, penulis memberikan inhalasi melalui nebulizer ventolin 1,25 mg dan respon objektif 09 Agustus 2008 pukul 22.00 WIB respiratory rate sebelum di berikan terapi yaitu 45 x permenit dan sesudah 40 x permenit, pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 06.00 WIB respiratory rate sebelum di berikan terapi yaitu 45 x permenit dan sesudah 38 x permenit, pukul 12.30 WIB respiratory rate sebelum di berikan terapi yaitu 40 x permenit dan sesudah 36 x permenit.

Pada tanggal 11 Agustus 2008 pukul 13.00 WIB penulis melakukan evaluasi dan didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut: evaluasi subjektif ibu klien mengatakan klien tidak sesak lagi, evaluasi obyektif respiratory rate 36 x permenit. Hasil dari kesimpulan diatas masalah teratasi dan rencana tindak lanjut yaitu pertahankan intervensi, lakukan inhalasi 2 kali perhari jika perlu.

2. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi

Pada hari Senin tanggal 9 Agustus 2008 pukul 10.00 WIB ditemukan data subjektif “ Ibu klien mengatakan badan anaknya terasa panas”. Dan data objektif yang ditemukan klien terlihat lemas, suhu 38,2⁰C. Dari analisa data tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi.

Diagnosa peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi penulis merencanakan intervensi yang bertujuan suhu tubuh

kembali dalam batas normal setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil anak akan mempertahankan suhu tubuh kurang dari 37,8°C. Intervensi yang direncanakan antara lain kaji suhu tubuh klien, anjurkan keluarga untuk mengompres dengan air hangat, anjurkan keluarga klien agar klien memakai baju tipis, kolaborasi pemberian antipiretik paracetamol.

Pada tanggal 9 Agustus 2008 penulis melakukan implementasi pada pukul 10.00 WIB penulis mengkaji suhu tubuh klien, respon objektif klien yaitu suhu tubuh klien 38,2°C melalui rektal. Pukul 11.00 WIB penulis menganjurkan keluarga klien untuk mengompres dengan air hangat, respon subjektif klien yaitu ibu klien mengatakan bersedia mengompres klien, objektif klien yaitu kompres sudah dilakukan, suhu setelah dikompres adalah 37°C. Pukul 11.30 WIB penulis menganjurkan keluarga klien untuk memakaikan klien pakaian tipis, respon subyektif klien yaitu ibu klien mengatakan bersedia untuk melakukan anjuran perawat, respon objektif klien yaitu klien tampak lebih nyaman. Pada tanggal 09 Agustus 2008 Pukul 12.00 WIB dan 20.00 WIB, juga pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 04.00 WIB dan 12.00 WIB penulis memberikan terapi obat oral paracetamol 3/4 sendok teh dan respon objektif klien yaitu klien dapat tidur nyenyak, suhu pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 13.00 WIB adalah 37°C.

Pada tanggal 11 Agustus 2008 pukul 13.00 WIB penulis melakukan evaluasi dan didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut: evaluasi subjektif

klien yaitu ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun, evaluasi objektif klien suhu tubuhnya turun menjadi 37⁰C, Hasil dari kesimpulan diatas masalah teratasi dan pertahankan intervensi, anjurkan keluarga untuk mengompres dengan air hangat, anjurkan keluarga klien agar klien memakai baju tipis.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan yang dilakukan pada kasus An. L dengan Bronkopneumonia di Ruang ICU RSUD Kodya Semarang selama 3 hari. Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian merupakan tahap awal dalam mengumpulkan data untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

Sebelum membahas diagnosa yang muncul pada An. L, penulis akan membahas pengkajian yang dilakukan pada tanggal 9 Agustus 2008. Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 9 Agustus 2008 penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh An. L.

Penulis mulai dari pembahasan tentang pengkajian, dalam pengkajian riwayat kesehatan keluarga, penulis belum lengkap dalam mendokumentasikan data pada genogram karena penulis tidak menjelaskan secara narasi, seharusnya data yang dijelaskan adalah sebagai berikut : klien merupakan anak dari tunggal pernikahan Tn. F dan Ny. P. Kakek klien dari orang tua Tn. F sudah meninggal. Ibu klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialami klien. Tidak ada riwayat penyakit menurun, seperti DM, Hipertensi dan penyakit menular (hepatitis).

Dalam pengkajian pola fungsional penulis belum melakukan pengkajian terhadap pola persepsi dan kognitif, pola peran hubungan, seksualitas, dan coping. Seharusnya menurut Gordon penulis harus melakukan pola pengkajian fungsional secara lengkap.

Dalam pengkajian nutrisi / metabolik penulis mengkaji dan didapatkan ibu klien mengatakan sebelum sakit klien makan habis satu porsi bubur bayi, seharusnya penulis memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu klien bahwa usia 0-6 tahun di berikan air susu ibu.

Pada pengkajian nutrisi / metabolik seharusnya penulis menyebutkan jumlah volume makanan dan air susu ibu habis berapa piring makanan bubur bayi dan berapa kali ibu menyusui anaknya dalam sehari.

Dalam pemeriksaan penunjang penulis tidak mendokumentasikan hasil pemeriksaan rontgen dan pemeriksaan laboratorium secara lengkap tetapi untuk mendukung asuhan keperawatan penulis seharusnya mencantumkan hasil pemeriksaan rontgen dan sekaligus hasil laboratorium secara lengkap.

Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian penulis mendapatkan 2 diagnosa keperawatan. Penulis akan membahas satu persatu diagnosa keperawatan yang meliputi:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret

Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah kondisi ketika individu mengalami ancaman pada status pernapasan mereka akibat ketidakmampuan untuk batuk secara efektif dengan batasan karakteristik ; batasan mayor meliputi batuk tidak efektif atau tidak ada batuk, ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret dari jalan napas. Batasan minor meliputi bunyi napas

abnormal, jumlah, irama, dan kedalaman pernapasan abnormal (Carpenito, 2009).

Alasan penulis mengangkat diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, karena saat pengkajian pada klien didapatkan data subjektif, ibu klien mengatakan anaknya mengalami kesulitan saat bernafas “untuk data objektif, klien terlihat kesulitan saat bernafas auskultasi terdengar bunyi nafas ronchi basah, RR: 45 X/menit, dan terpasang alat bantu kanul oksigen 3 liter permenit.

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret penulis prioritaskan pada prioritas utama karena menurut “Hierarki Maslow” termasuk kebutuhan fisiologis atau kebutuhan dasar manusia dan menurut “Triage Konsep” merupakan kategori mediate dan harus segera ditangani.

Sistem pernafasan merupakan dasar untuk kehidupan, mempertahankan oksigen untuk metabolisme tubuh dan mengeluarkan karbondioksida yang merupakan sisa metabolisme tubuh. Apabila masalah ini tidak segera diatasi maka kondisi klien akan menjadi lemah dan hal ini akan menyebabkan kondisi tubuh tidak cepat sembuh. Untuk diagnosa tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan akumulasi sekret, dalam membuat rencana asuhan keperawatan penulis menetapkan tujuan memperbaiki potensi jalan napas setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil secret dapat keluar, jalan nafas menjadi optimal. Penulis dalam membuat rencana asuhan keperawatan seharusnya memperhatikan kriteria *spesifik, measureable, ability, rasional dan time*, sehingga penulisan yang tepat adalah bertujuan untuk bersihan jalan nafas efektif setelah di berikan asuhan

keperawatan selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil secret menjadi berkurang, jalan napas menjadi efektif, TTV : *respiratory rate* 30-60 x/menit, nadi : 60x/menit, tidak ada bunyi napas. Untuk mengatasi diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret penulis menetapkan intervensi yang bertujuan agar jalan nafas klien dapat efektif kembali. Adapun intervensinya yaitu: (Doenges, 2000)

- a. Kaji peningkatan pernafasan dan bunyi napas abnormal.

Rasional: perubahan frekuensi pernafasan dapat berubah karena ada sumbatan jalan nafas.

- b. Lakukan suction sesuai indikasi

Rasional: membersihkan sekret yang menyumbat jalan napas

- c. Berikan terapi oksigen 3 L.

Rasional: memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas

- d. Berikan inhalasi melalui nebulizer 2 liter permenit.

Rasional: merilekskan otot halus dan menurunkan spasme jalan napas

- e. Kolaborasi dalam pemberian pengobatan sistemik vantolin

Rasional: untuk menghilangkan kongesti nasal atau tenggorok.

Intervensi yang telah ditetapkan, penulis dapat melaksanakan semua baik secara mandiri maupun kolaboratif. Selain itu keluarga klien kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan.

Pada tanggal 09 Agustus 2008 penulis melakukan implementasi untuk mengatasi diagnosa keperawatan pertama pukul 10.00 WIB penulis mengkaji peningkatan dan bunyi nafas abnormal, memberikan oksigen 3 liter per menit, menciptakan lingkungan yang nyaman, respon objektif yaitu auskultasi

terdengar bunyi napas ronchi basah pada bronkus, klien terlihat lebih nyaman, dengan frekuensi pernapasan 45 x permenit. Pukul 11.10 WIB penulis melakukan suction sesuai indikasi, respon objektif klien terjadi perubahan frekuensi pernapasan yaitu 36 x permenit. Pada tanggal 09 Agustus 2008 Pukul 12.00 WIB dan 20.00 WIB, juga pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 04.00 WIB dan 12.00 WIB penulis memberikan terapi obat injeksi kalmoxillen 200 mg, dexamethason 0,5 mg, dan respon objektif klien yaitu klien dapat tidur nyenyak. Pada tanggal 09 Agustus 2008 pukul 22.00 WIB, tanggal 10 Agustus 2008 pukul 06.00 WIB, 12.00 WIB, penulis memberikan inhalasi melalui nebulizer ventolin 1,25 mg dan respon objektif 09 Agustus 2008 pukul 22.00 WIB respiratory rate sebelum di berikan terapi yaitu 45 x permenit dan sesudah 40 x permenit, pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 06.00 WIB respiratory rate sebelum di berikan terapi yaitu 45 x permenit dan sesudah 38 x permenit, pukul 12.30 WIB respiratory rate sebelum di berikan terapi yaitu 40 x permenit dan sesudah 36 x permenit.

Kendala yang dihadapi penulis dalam melakukan implementasi adalah pada waktu An. L diberi terapi inhalasi ventolin An. L menangis dan ibu klien melarang perawat untuk memberikan terapi ventolin tersebut, tetapi berkat anjuran dari perawat ibu klien setuju akan tindakan tersebut.

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret masalah teratasi karena dalam perawatan didapatkan data-data sebagai berikut: S: ibu klien mengatakan klien tidak sesak lagi, O: terlihat klien sudah tidak sesak lagi, respiratory rate 36 x permenit. A: Masalah teratasi. P: Pertahankan intervensi, rencana selanjutnya yaitu mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk mempertahankan

intervensi dan melibatkan keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang meliputi: kaji adanya peningkatan pernafasan dan bunyi nafas abnormal, lakukan suction sesuai indikasi, beri terapi oksigen 3 L, ciptakan lingkungan yang nyaman, lakukan inhalasi 2 kali perhari, kolaborasi dalam pemberian pengobatan sistemik atau topikal yaitu kalmoxillen 200 mg, dexamethason 0,5 mg.

2. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi

Hipertermia adalah keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami peningkatan suhu tubuh yang terus menerus lebih tinggi dari 37,8 °C secara oral, atau 38 °C secara rektal yang disebabkan oleh berbagai faktor eksternal. Batasan karakteristik data mayor adalah suhu lebih tinggi dari 37,8 °C peroral atau 38 °C perrektal. Adapun batasan karakteristik minor adalah kulit kemerah-merahan, hangat pada saat disentuh, peningkatan frekuensi pernapasan, menggigil atau merinding, nyeri dan sakit yang spesifik atau umum (misal, sakit kepala), malaise, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkeringat, dehidrasi (Carpenito, 2009).

Alasan penulis mengangkat diagnosa peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi, karena pada klien terdapat data subjektif, ibu klien mengatakan badan anaknya terasa panas untuk data objektif : klien terlihat lemas, suhu 38,2 °C melalui rektal.

Diagnosa peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi, penulis mengangkat sebagai diagnosa kedua karena menurut Maslow ini termasuk kebutuhan fisiologis dan merupakan masalah urgent karena tidak dapat ditunda memerlukan tindakan cepat dan tepat jika tidak maka kondisi

klien bisa memburuk bahkan bisa menyebabkan kecacatan selain itu tanda dan gejalanya sangat paling jelas untuk dimonitor jika masalah ini tidak diatasi demam atau peningkatan suhu tubuh yang terjadi secara terus menerus dapat menyebabkan kejang dan jika kejang berlanjut dapat menyebabkan kerusakan otak. Adapun intervensinya yaitu: (Carpenito, 2009).

a. Kaji suhu tubuh klien.

Rasional : peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba dapat mengakibatkan kejang.

b. Anjurkan keluarga untuk mengompres dengan air hangat.

Rasional : kompres dapat menurunkan panas.

c. Anjurkan keluarga klien agar klien memakai baju tipis.

Rasional : melancarkan proses penguapan suhu tubuh.

d. Kolaborasi pemberian antipiretik paracetamol.

Rasional : pemberian obat antipiretik biasanya mengurangi demam secara efektif.

Intervensi yang telah ditetapkan, penulis dapat melaksanakan semua baik secara mandiri maupun kolaboratif. Selain itu keluarga klien kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan.

Pada tanggal 9 Agustus 2008 penulis melakukan implementasi pada pukul 10.00 WIB penulis mengkaji suhu tubuh klien, respon objektif klien yaitu suhu tubuh klien $38,2^{\circ}\text{C}$ melalui rektal. Pukul 11.00 WIB penulis menganjurkan keluarga klien untuk mengompres dengan air hangat, respon subjektif klien yaitu ibu klien mengatakan bersedia mengompres klien, objektif klien yaitu kompres sudah dilakukan, suhu setelah dikompres adalah

37°C. Pukul 11.30 WIB penulis menganjurkan keluarga klien untuk memakaikan klien pakaian tipis, respon subyektif klien yaitu ibu klien mengatakan bersedia untuk melakukan anjuran perawat, respon objektif klien yaitu klien tampak lebih nyaman. Pada tanggal 09 Agustus 2008 Pukul 12.00 WIB dan 20.00 WIB, juga pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 04.00 WIB dan 12.00 WIB penulis memberikan terapi obat oral paracetamol 3/4 sendok teh dan respon objektif klien yaitu klien dapat tidur nyenyak, suhu pada tanggal 10 Agustus 2008 pukul 13.00 WIB adalah 37°C.

Dalam melakukan implementasi penulis tidak mendapatkan kendala apapun, An. L tidak rewel dan ibu klien kooperatif.

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi, masalah teratasi karena dalam perawatan didapatkan data-data sebagai berikut: S: klien yaitu ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun, O: klien suhu tubuhnya turun menjadi 37°C. A: masalah teratasi, P: pertahankan intervensi dan melibatkan keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang meliputi anjurkan keluarga untuk mengompres dengan air hangat, anjurkan keluarga klien agar klien memakai baju tipis, dan optimalkan pemberian cairan yang adekuat, sampai keadaan klien benar-benar stabil.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis membahas dari studi kasus ini, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

1. Pneumonia adalah peradangan paru biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri (*stafilokokus*, *pneumokokus*, atau *streptokokus*), atau virus (*respiratory syncytial virus*) dan biasanya menyebabkan beberapa komplikasi yaitu rusaknya jalan napas, atletaksis segmental menahun, efusi pleura, dan fibrosis paru.
2. Fokus pengkajian bronkopneumonia meliputi batuk, pilek, demam, anoreksia, sukar menelan, mual, muntah, batuk produktif, pernapasan cuping hidung, pernapasan cepat, dangkal, gelisah, sianosis, sedangkan focus intervensinya ditujukan untuk mengatasi terjadinya pertukaran gas, hipertermia, bersihan jalan napas tidak efektif.
3. Asuhan keperawatan pada An. L bertujuan untuk mengatasi bersihan jalan nafas tidak efektif dan hipertermia.

B. Saran-saran

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkopneumonia.

2. Bagi instansi pendidikan

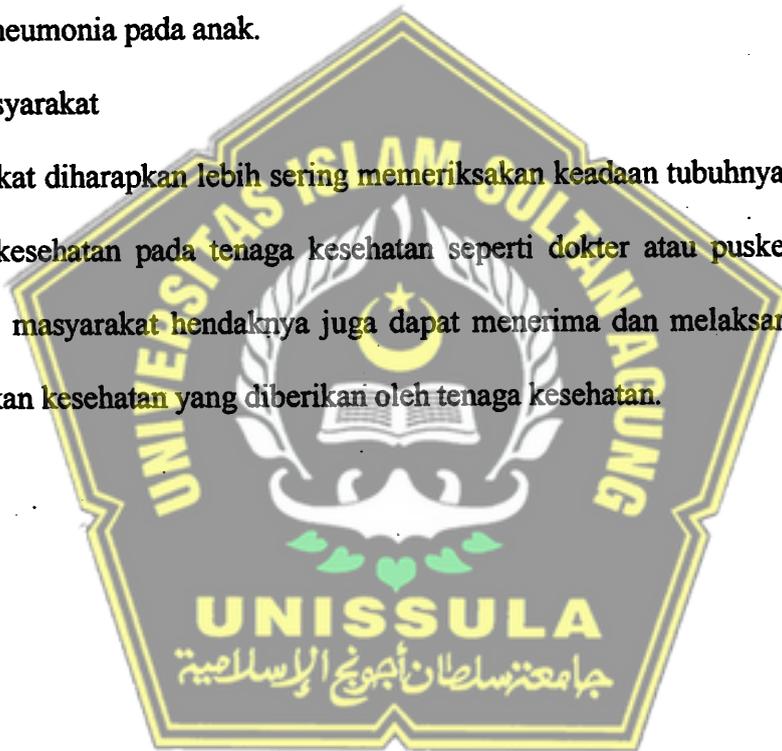
Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan bronkopneumonia baik didalam laboratorium maupun lahan praktek.

3. Bagi rumah sakit

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan penanganan bronkopneumonia pada anak.

4. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan lebih sering memeriksakan keadaan tubuhnya atau kontrol kesehatan pada tenaga kesehatan seperti dokter atau puskesmas terdekat, masyarakat hendaknya juga dapat menerima dan melaksanakan pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Betz, Sowden. 2002. *Buku Saku Keperawatan Pediatri*. Edisi 3. Jakarta: ECG.
- Carpenito, L.J, 2009. *Diagnosis Keperawatan Aplikasi Pada Praktek Klinis*, Edisi 9 ECG Jakarta.
- Doenges, E. Marlynn, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan pasien*. Edisi 3, EGC Jakarta.
- Hidayat, A. Aziz alimul. 2005. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Ncthea. (12 januari 2008). *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumoni*. http://askep.blogspot.com/2008/01/asuhan-keperawatan-pada-anak-dengan_12.html. Diakses tanggal 19 April 2010
- Reeves, Charline J. 2001. *Buku Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi pertama. Jakarta , 2001 : ECG
- Riyadi, Sujono & Sukarmin.2009. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer SC, Bare B.G. 2001. *Buku Ajar Medikal Bedah. Volume 1*. Jakarta: ECG.
- Speer, Kathleen Morgan. 2007. *Rencana Asuhan Keperawatan Pedriatrik dngan Clinical Pathways*. Edisi 3. Jakarta : ECG
- Wong, Donna L, dkk.2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatri*. Edisi 4. Jakarta: EGC.