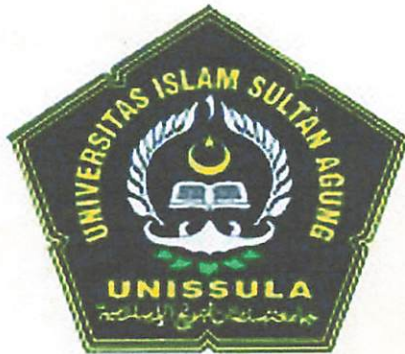


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. N DENGAN  
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG BAITUL IZZAH  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Bagus Ulin Nuha  
Nim. 89. 33. 12836**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

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

Hari : Jum'at

Tanggal : 28 Mei 2010

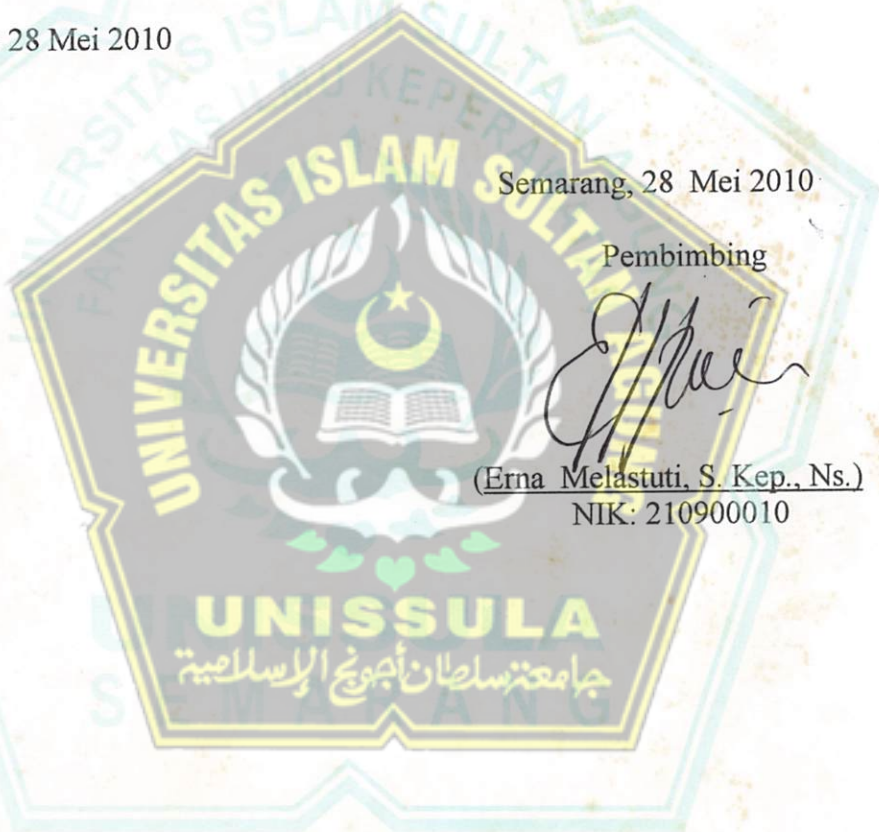
Semarang, 28 Mei 2010

Pembimbing



(Erna Melastuti, S. Kep., Ns.)

NIK: 210900010



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin, tanggal 31 Mei 2010, dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji,

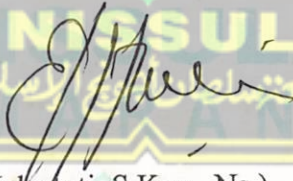
Penguji I



(Indra Tri Astuti, S.Kep., Ns.)

NIK : 210900009

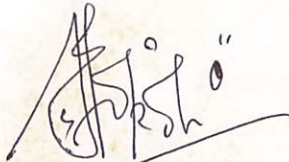
Penguji II



(Erna Melastuti, S.Kep., Ns.)

NIK : 210900010

Penguji III



(Siti Muniroh, S.Kep)

NIK : 9809610

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

- *Tantangan dan masalah merupakan tanda bahwa kita masih hidup, tantangan yang dilakoni dengan bersungguh - sungguh, akan memberikan pembelajaran yang paling berharga bagi kehidupan kita.*
- *Prinsip hidup jadi Penopang menjalani kehidupan, selalu ingatlah tujuan dari rumah, tujuan yang didasarkan atas nama Allah SWT*
- *Sesungguhnya Allah SWT tidak akan merubah nasib suatu kaum sampai kaum tersebut merubah nasib itu sendiri*

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan :

1. Orang Tuaku (Sukahar dan Siti Aisyah) yang selalu saya cintai dan hormati
2. Kakak-kakakku (Atik, Luthfi, Fajri, Anik) yang selalu saya sayangi
3. Teman-temanku yang saya banggakan
4. Sahabatku Yeni Restiana yang selalu memotivasi saya

## **KATA PENGANTAR**

Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Klien dengan Bronkopneumonia pada An. N di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.Eng, M.Sc. Selaku rektor Unissula Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM. Selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang.
3. Wahyu Endang Setyowati, SKM. Selaku kepala program studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Pihak Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang sebagai tempat praktik diambilnya studi kasus.
5. Para dosen dan staf pengajar Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
6. Erna Melastuti, S.Kep., Ns. Selaku pembimbing yang telah memberi pengarahan kepada penulis dalam menyusun karya tulis ini.
7. Bapak dan Ibu tercinta atas doa restu dan semangat untuk menuju sukses.
8. Sahabat-sahabatku (Yeni Restiana, Heni Antika, Yunita Eka Fitriyanti, Budi Wibowo, dan semua Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan angkatan 2007 yang belum disebutkan), atas bantuan doa dan dukungan semangat.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa mendatang.

Harapan penulis semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi para pembaca dalam rangka peningkatan pelayanan perawatan di masa mendatang.

Semarang, Mei 2010

Penulis



## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Persetujuan Pembimbing .....	ii
Halaman Pengesahan Penguji .....	iii
Motto dan Persembahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	2
C. Manfaat .....	3
<b>BAB II KONSEP DASAR</b> .....	<b>4</b>
A. Konsep Dasar Anak .....	4
1. Pengertian .....	4
2. Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak 2 Tahun .....	5
B. Konsep Dasar Penyakit .....	9
1. Pengertian .....	9
2. Etiologi .....	11
3. Patofisiologi .....	12
4. Pathway .....	17
5. Manifestasi Klinik .....	18
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	18

7. Komplikasi .....	19
8. Penatalaksanaan .....	20
C. Konsep Dasar Keperawatan .....	21
1. Konsep Askep .....	21
2. Model Konseptual (Gordon) .....	25
3. Pengkajian Keperawatan .....	27
4. Fokus Intervensi .....	29
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN .....</b>	<b>39</b>
A. Pengkajian .....	39
B. Asuhan Keperawatan .....	43
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>52</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>60</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>DAFTAR TABEL</b>	
1. Tabel 2.1 Model Konseptual Menurut Gordon .....	25
<b>LAMPIRAN</b>	



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Bronkopneumonia adalah peradangan paru, biasanya dimulai di bronkioli terminalis. Bronkopneumonia adalah nama yang diberikan untuk sebuah inflamasi paru-paru yang biasanya dimulai di bronkiolus terminalis. Bronkiolus terminalis menjadi tersumbat dengan eksudat mukopurulen membentuk bercak-bercak konsolidasi di lobulus yang bersebelahan. Penyakit ini seringkali bersifat sekunder, mengikuti infeksi dari saluran nafas atas, demam pada infeksi spesifik dan penyakit yang melemahkan sistem pertahanan tubuh. Pada bayi dan orang-orang yang lemah, Pneumonia dapat muncul sebagai infeksi primer.

(Ningrum, 2009. *Bronkopneumonia*. <http://ningrumwahyuni.wordpress.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) sejak 1986 sampai era 2000-an hampir 80 sampai 90 persen kematian balita akibat serangan ISPA dan pneumonia. Angka kejadian tertinggi ditemukan pada usia kurang dari 4 tahun dan berkurang dengan meningkatnya umur. Pneumonia lobaris hampir selalu disebabkan oleh Pneumococcus, ditemukan pada orang dewasa dan anak besar, sedangkan Bronkopneumonia lebih sering dijumpai

pada anak kecil dan bayi. Bayi dan anak kecil lebih rentan terhadap penyakit ini karena respon imunitas mereka masih belum berkembang dengan baik.

(Ningrum, 2009. *Bronkopneumonia*. <http://ningrumwahyuni.wordpress.com>.

Diunduh tanggal 19 April 2010)

Melihat betapa berbahayanya pneumonia, pada akhirnya penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia.

## **B. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui cara memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada anak dengan bronkopneumonia. Khususnya asuhan keperawatan yang dilakukan di Ruang Baitul Izzah Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada anak usia 2 tahun dengan bronkopneumonia.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai pengkajian pada An. N.
- c. Merumuskan intervensinya sesuai diagnosa keperawatan yang diambil.
- d. Melakukan tindakan yang tepat pada pasien dengan bronkopneumonia.
- e. Mengevaluasi hasil dari tindakan yang telah dilaksanakan.

### **C. Manfaat Penelitian**

#### **1. Bagi Peneliti**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan tolok ukur menilai kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan anak.

#### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

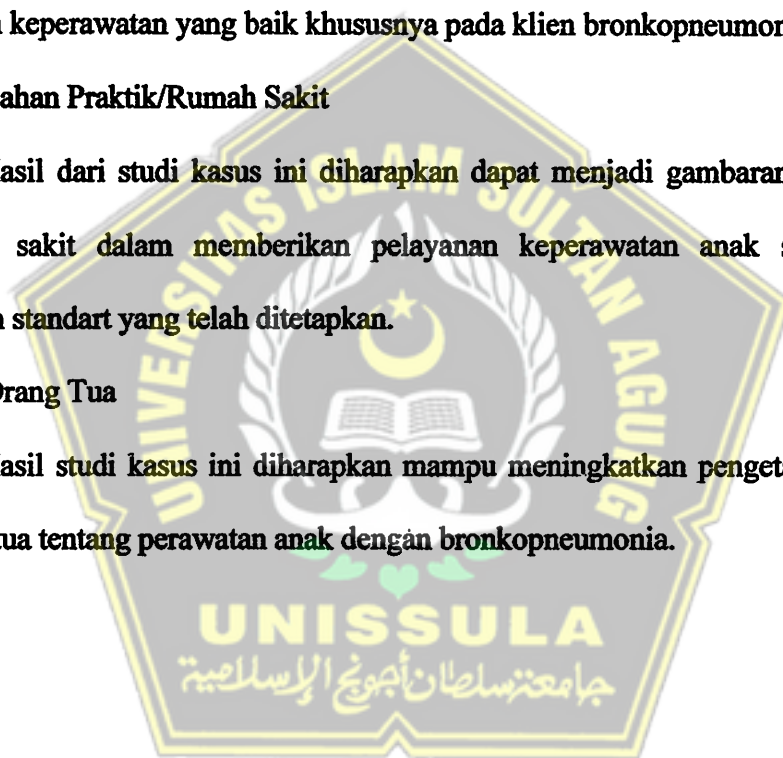
Hasil studi kasus ini diharapkan mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik khususnya pada klien bronkopneumonia.

#### **3. Bagi Lahan Praktik/Rumah Sakit**

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi gambaran bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan anak sesuai dengan standart yang telah ditetapkan.

#### **4. Bagi Orang Tua**

Hasil studi kasus ini diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan orang tua tentang perawatan anak dengan bronkopneumonia.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Anak**

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

Anak adalah individu yang unik dan masih bergantung pada orang dewasa dan lingkungan, artinya membutuhkan lingkungan yang dapat memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan untuk belajar mandiri. Lingkungan yang dimaksud bisa berupa keluarga (orang tua), pengurus panti (bila anak berada di panti asuhan), atau bahkan tanpa orang tua bagi mereka yang hidupnya menggelandang. (Supartini, 2004)

Anak (manusia) sebagai klien dalam keperawatan anak adalah individu yang berusia antara 0 sampai 18 tahun, yang sedang dalam proses tumbuh kembang, mempunyai kebutuhan yang spesifik (fisik, psikologis, sosial, dan spiritual) yang berbeda dengan orang dewasa. Kebutuhan fisik atau biologis anak mencakup makan, minum, udara, eliminasi, tempat berteduh dan kehangatan. Secara psikologis anak membutuhkan cinta dan kasih sayang, rasa aman atau bebas dari ancaman. Anak membutuhkan disiplin dan otoritas untuk menghindari bahaya, mengembangkan kemampuan berpikir, dan bertindak mandiri. Anak juga membutuhkan kesempatan untuk belajar berpikir dan membuat keputusan. Untuk mengembangkan harga diri, anak membutuhkan penghargaan pribadi

terutama pada usia 1 sampai 3 tahun (todler), penghargaan merupakan pengalaman positif dalam membentuk harga diri. (Supartini, 2004)

## **2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Umur 2 Tahun**

Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap anak akan semakin bertambah berat dan tinggi. Jadi, pertumbuhan berkaitan dengan kuantitas fisik individu anak. Sedangkan perkembangan adalah suatu proses yang terjadi secara simultan dengan pertumbuhan yang menghasilkan kualitas individu untuk berfungsi, yang dihasilkan melalui proses pematangan dan proses belajar dari lingkungannya. Adapun faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang:

### **a. Faktor herediter**

Ras dan suku bangsa dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan.

### **b. Lingkungan**

Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah lingkungan pranatal, lingkungan eksternal, dan lingkungan internal anak.

### **c. Internal**

Faktor internal yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah kecerdasan, pengaruh hormonal, dan pengaruh emosi.

Periode anak usia 1 sampai 3 tahun disebut dengan todler. Pada usia ini menunjukkan perkembangan motorik yang lebih lanjut dan anak

menunjukkan kemampuan aktivitas lebih banyak bergerak, mengembangkan rasa ingin tahu, dan eksplorasi terhadap benda yang ada di sekelilingnya. Dengan demikian, bahaya atau risiko terjadi kecelakaan harus diwaspadai pada periode ini. (Supartini, 2004)

**a. Pertumbuhan anak usia toddler**

**1) Fisik**

Lingkar lengan kepala 49 sampai 50 cm. Lingkar dada lebih dari lingkar kepala. Peningkatan berat badan 1,8 – 2,7 kg. Peningkatan tinggi badan biasanya 10 sampai 12,5 cm. Gigi geligi utama 16 gigi.

**2) Motorik kasar**

Naik dan turun tangga sendiri dengan dua kaki pada setiap langkah. Berlari dengan seimbang dengan langkah lebar. Menangkap objek tanpa jatuh. Menendang bola tanpa gangguan keseimbangan.

**3) Motorik halus**

Membangun menara dengan enam sampai tujuh kotak. Menyusun dua atau lebih kotak menyerupai kereta. Membalik halaman buku satu sekali waktu. Dalam menggambar, meniru tekanan vertikal dan melingkar. Memencet bel pintu, membuka gerendel.

#### 4) Sensori

Akomodasi berkembang baik. Dalam diskriminasi geometrik, mampu memasukkan kotak ke dalam ruang bujur.

#### 5) Vokalisasi

Mempunyai perbendaharaan kata kira-kira 300 kata. Menggunakan dua sampai tiga kata untuk kalimat. Menggunakan kata ganti saya, aku, kamu. Memahami perintah langsung. Memberikan nama pertama; merujuk ke diri sendiri dengan nama. Mengungkapkan kebutuhan untuk toileting, makan, atau minum. Bicara dengan tidak terputus-putus.

#### 6) Sosialisasi

Tahap permainan paralel. Mempunyai lapang perhatian berlanjut. Tempertantrum menurun. Mendorong orang untuk menunjukkan sesuatu pada mereka. Berpakaian sendiri dengan pakaian sendiri. (Wong, 2003)

### b. Perkembangan anak toddler

#### 1) Perkembangan psikoseksual (Freud)

Menginjak tahun pertama sampai ketiga kehidupan anak berpusat pada kesenangan anak, yaitu selama perkembangan otot sfingter. Anak senang menahan feses, bahkan bermain-main dengan fesesnya sesuai dengan keinginannya. Dengan demikian, *toilet training* adalah waktu yang tepat dilakukan pada periode ini.

## 2) Perkembangan psikososial (Erikson)

Otonomi *versus* rasa malu dan ragu. Perkembangan otonomi berpusat pada kemampuan anak untuk mengontrol tubuh dan lingkungannya. Anak ingin melakukan hal-hal yang ingin dilakukannya sendiri dengan menggunakan kemampuan yang sudah mereka miliki, seperti berjalan, berjinjit, memanjat, dan memilih mainan atau barang yang diinginkan. Pada fase ini, anak akan meniru perilaku orang lain di sekitarnya dan hal ini merupakan proses belajar. Sebaliknya, perasaan malu dan ragu akan timbul apabila anak merasa dirinya kerdil atau saat mereka dipaksa oleh orang tuanya untuk memilih atau berbuat sesuatu yang dikehendaki mereka.

## 3) Perkembangan kognitif (Piaget)

Pada anak usia 2 sampai 3 tahun, anak berada diantara sensoris-motori dan praoperasional, yaitu anak mengembangkan sebab akibat, *trial and error*, dan menginterpretasi benda atau kejadian.

## 4) Perkembangan moral (Kohlberg)

Anak belajar baik dan buruk, atau benar dan salah melalui budaya sebagai dasar dalam peletakan nilai moral. Fase ini terdiri atas tiga tahapan. Tahap satu didasari oleh adanya rasa egosentris pada anak, yaitu kebaikan adalah seperti saya mau, rasa cinta dan kasih sayang akan menolong memahami kebaikan, dan



sebaliknya, ekspresi kurang perhatian bahkan membencinya akan membuat mereka mengenal keburukan. Tahap dua adalah orientasi hukuman dan ketaatan, baik dan buruk sebagai konsekuensi tindakan. Tahap selanjutnya adalah anak berfokus pada motif yang menyenangkan sebagai suatu kebaikan. (Supartini, 2004)

## 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, Kathleen Morgan, 2007)

Pneumonia adalah suatu peradangan alveoli atau pada *parenchyma* paru yang terjadi pada anak. (Suriadi, 2006)

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)

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

Jadi bronkopneumonia adalah infeksi atau peradangan pada jaringan paru terutama alveoli atau parenkim yang sering menyerang pada anak-anak.

Klasifikasi menurut Zul Dahlan 2001 :

- a. Berdasarkan ciri radiologis dan gejala klinis, dibagi atas :
  - 1) Pneumonia tipikal, bercirikan tanda-tanda pneumonia lobaris dengan opasitas lobus atau lobularis.
  - 2) Pneumonia atipikal, ditandai gangguan respirasi yang meningkat lambat dengan gambaran infiltrat paru bilateral yang difus.
- b. Berdasarkan inang dan lingkungan
  - 1) Pneumonia komunitas
  - 2) Pneumonia nosokomial
  - 3) Pneumonia rekurens
  - 4) Pneumonia aspirasi
  - 5) Pneumonia pada gangguan imun
  - 6) Pneumonia hipostatik. (Sudoyo, 2006)

Klasifikasi pneumonia menurut Reeves (2001):

- a. *Community Acquired Pneumonia* dimulai sebagai penyakit pernafasan umum dan bisa berkembang menjadi pneumonia. Pneumonia Streptococal merupakan organisme penyebab umum. Tipe pneumonia ini biasanya menimpa kalangan anak-anak atau kalangan orang tua.
- b. *Hospital Acquired Pneumonia* dikenal sebagai pneumonia nosokomial. Organisme seperti ini aeruginisa pseudomonas. Klibseilla atau aureus

stapilococcus, merupakan bakteri umum penyebab hospital acquired pneumonia.

c. *Lobar dan Bronkopneumonia dikategorikan* berdasarkan lokasi anatomi infeksi. Sekarang ini pneumonia diklasifikasikan menurut organisme, bukan hanya menurut lokasi anatominya saja.

d. *Pneumonia viral, bakterial dan fungi dikategorikan* berdasarkan pada agen penyebabnya, kultur sensitifitas dilakukan untuk mengidentifikasi organisme perusak. (Reevers, 2001)

## 2. Etiologi

Pneumonia bisa dikatakan sebagai komplikasi dari penyakit yang lain ataupun sebagai penyakit yang terjadi karena etiologi di bawah ini. Sebenarnya pada diri manusia sudah ada kuman yang dapat menimbulkan pneumonia sedang timbulnya setelah ada faktor- faktor presipitasi yang dapat menyebabkan timbulnya.

### a. Bakteri

Pneumonia bakteri biasanya didapatkan pada usia lanjut. Organisme gram positif seperti : *Streptococcus pneumoniae*, *S. aureus*, dan *Streptococcus pyogenes*. Bakteri gram negatif seperti *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* dan *P. Aeruginosa*.

### b. Virus

Disebabkan oleh virus influenza yang menyebar melalui transmisi droplet. Cytomegalovirus dalam hal ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus.

c. Jamur

Infeksi yang disebabkan jamur seperti histoplasmosis menyebar melalui penghirupan udara yang mengandung spora dan biasanya ditemukan pada kotoran burung, tanah serta kompos.

d. Protozoa

Menimbulkan terjadinya *Pneumocystis carinii pneumonia* (CPC). Biasanya menjangkiti pasien yang mengalami immunosupresi. (Reevers, 2001)

### 3. Patofisiologi

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab Bronchopneumonia yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus. Inflamasi bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual. Bila penyebaran kuman sudah mencapai alveolus maka komplikasi yang terjadi adalah kolaps alveoli, fibrosis, emfisema dan atelektasis.

(Ncitha, 2008. *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumoni*. <http://askep.blogspot.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

Kolaps alveoli akan mengakibatkan penyempitan jalan napas, sesak napas, dan napas ronchi. Fibrosis bisa menyebabkan penurunan fungsi paru dan penurunan produksi surfaktan sebagai pelumas yang berpungsi untuk melembabkan rongga pleura. Emfisema (tertimbunnya cairan atau

pus dalam rongga paru) adalah tindak lanjut dari pembedahan. Atelektasis mengakibatkan peningkatan frekuensi napas, hipoksemia, asidosis respiratori, pada klien terjadi sianosis, dispnea dan kelelahan yang akan mengakibatkan terjadinya gagal napas.

(Ncitha, 2008. *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumoni*. <http://askep.blogspot.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

Pneumococcus masuk ke dalam paru melalui jalan pernafasan secara percikan (droplet). Pneumokokus umumnya mencapai alveoli lewat percikan mukus atau saliva. Lobus bagian bawah paru paling sering terkena efek gravitasi.

Agen-agen mikroba yang menyebabkan Pneumonia memiliki 3 bentuk transisi primer :

- a. Aspirasi sekret yang berisi mikroorganisme patogen yang telah berkolonisasi pada orofaring
- b. Inhalasi aerosol yang infeksius
- c. Penyebaran hematogen dari bagian ekstrapulmonal.

(Ncitha, 2008. *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumoni*. <http://askep.blogspot.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

Aspirasi dan inhalasi agen-agen infeksius adalah dua cara tersering yang menyebabkan pneumonia, sementara penyebaran cara hematogen lebih jarang terjadi. Akibatnya, faktor-faktor predisposisi termasuk juga berbagai defisiensi mekanisme pertahanan sistem pernafasan. Kolonisasi

basilus gram negatif telah menjadi subjek penelitian akhir-akhir ini. (Ningrum,2009.Bronkopneumonia <http://ningrumwahyuni.wordpress.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

Bila pertahanan tubuh tidak kuat maka mikroorganisme dapat melalui jalan nafas sampai ke alveoli yang menyebabkan radang pada dinding alveoli dan jaringan sekitarnya.Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli mementuk suatu proses peradangan yang meliputi empat stadium, yaitu:

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

Disebut hiperemia, mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi. Hiperemia ini terjadi akibat pelepasan mediator-mediator peradangan dari sel-sel mast setelah pengaktifan sel imun dan cedera jaringan. Mediator-mediator tersebut mencakup histamin dan prostaglandin. Degranulasi sel mast juga mengaktifkan jalur komplemen. Komplemen bekerja sama dengan histamin dan prostaglandin untuk melemaskan otot polos vaskuler paru dan peningkatan permeabilitas kapiler paru. Hal ini mengakibatkan perpindahan eksudat plasma ke dalam ruang interstitium sehingga terjadi pembengkakan dan edema antar kapiler dan alveolus. Penimbunan cairan di antara kapiler dan alveolus meningkatkan jarak yang harus ditempuh oleh oksigen dan karbondioksida maka

perpindahan gas ini dalam darah paling berpengaruh dan sering mengakibatkan penurunan saturasi oksigen hemoglobin. (Ningrum, 2009. *Bronkopneumonia*. <http://ningrumwahyuni.wordpress.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

b. Stadium II (48 jam berikutnya)

Bakteri penyebab terhisap ke paru perifer melalui saluran napas menyebabkan reaksi jaringan berupa edema, yang mempermudah proliferasi dan penyebaran kuman. Bagian paru yang terkena mengalami konsolidasi, yaitu terjadinya sebaran sel PMN (polimorfonuklear), fibrin, eritrosit, cairan edema dan kuman di alveoli. Proses ini termasuk dalam stadium hepatisasi merah. (Mansjoer, 2000)

Disebut hepatisasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (host) sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena menjadi padat oleh karena adanya penumpukan leukosit, eritrosit dan cairan, sehingga warna paru menjadi merah dan pada perabaan seperti hepar, pada stadium ini udara alveoli tidak ada atau sangat minimal sehingga anak akan bertambah sesak. Stadium ini berlangsung sangat singkat, yaitu selama 48 jam.

(Ningrum, 2009. *Bronkopneumonia*. <http://ningrumwahyuni.wordpress.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

c. Stadium III (3 – 8 hari)

Disebut hepatitisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi di seluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel.

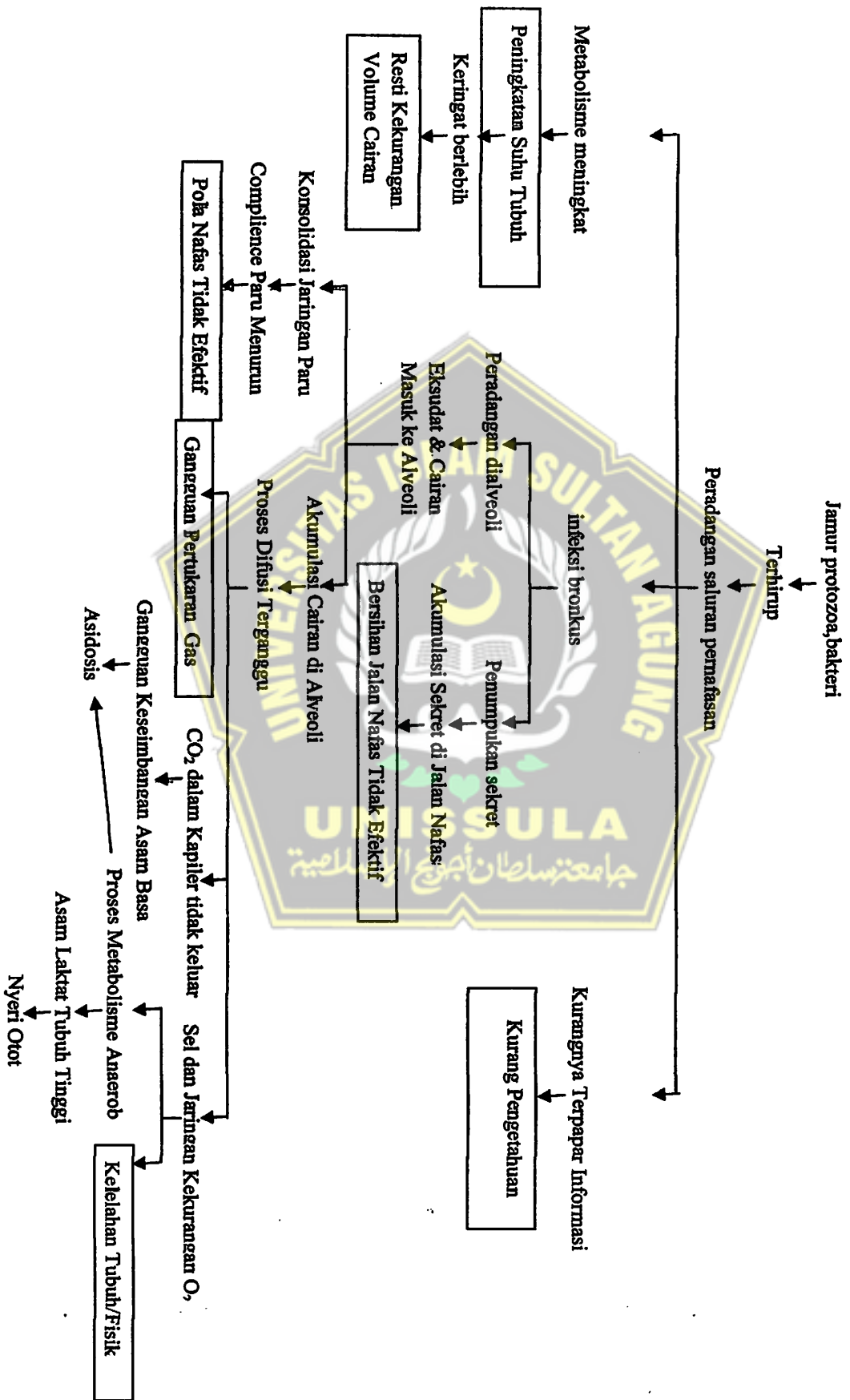
Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai diresorpsi, lobus masih tetap padat karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti. (Ningrum,2009.*Bronkopneumonia*.<http://ningrumwahyuni.wordpress.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

d. Stadium IV (7 – 12 hari)

Disebut juga stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula.

(Ningrum,2009.*Bronkopneumonia*.<http://ningrumwahyuni.wordpress.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)





## 5. Manifestasi Klinis

### a. Pneumonia bakteri

Gejala awal : rinitis ringan, anoreksia, dan gelisah.

Berlanjut sampai : demam, malaise, nafas cepat dan dangkal (50 – 80), ekspirasi berbunyi.

### b. Pneumonia virus

Gejala awal : batuk, rinitis

Berkembang sampai demam ringan, batuk ringan, dan malaise sampai demam tinggi, batuk hebat dan lesu, emfisema obstruktif, ronchi 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. (Betz C, 2002)

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Kajian foto toraks, digunakan untuk melihat adanya infeksi di paru dan status pulmoner (untuk mengkaji perubahan pada paru).
- b. Nilai analisi gas darah, untuk mengevaluasi status kardiopulmuner 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 agens penyebab seperti bakteri dan virus.
- j. Kultur cairan pleura, spesimen cairan dari rongga pleura untuk menetapkan agens 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. (Betz C, 2002)

## **7. Komplikasi**

- 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
- h. Ateletaksis persisten. (Betz C, 2002)

## 8. Penatalaksanaan

### a. Medis

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

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

Pneumonia mikoplasma memberikan respon terhadap eritromisin, tetrasiklin, dan derivat tetrasiklin (doksisisiklin). Pneumonia atipikal lainnya mempunyai penyebab virus dan kebanyakan tidak memberi respon terhadap antimikrobal. *Pneumocystis carinii* memberi respon terhadap pentamidin dan trimetoprim-sulfametoksazol (contoh: Bactrim, TPM-SMZ). Inhalasi

lembab, hangat sangat membantu dalam menghilangkan iritasi bronkial. (Smeltzer, 2001)

b. Keperawatan

Penanganan terapi pernapasan dengan menggunakan perkusi dada dan drainage postural membantu menghilangkan *exudasi suppuratif*. Setiap 2 jam sekali, pasien disuruh berbalik, batuk, dan bernapas secara mendalam. Bagian kepala tempat tidur harus dinaikkan 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. (Reevers, 2001)

**C. Konsep Dasar Keperawatan**

**1. Konsep Askep**

a. Proses Keperawatan

Proses keperawatan secara umum diartikan sebagai pendekatan dalam pemecahan masalah yang sistematis untuk memberikan asuhan keperawatan terhadap setiap orang.

Adapun karakteristik dari proses keperawatan antara lain:

- 1) Merupakan kerangka berpikir dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, keluarga, dan komunitas.
- 2) Bersifat teratur dan sistematis.
- 3) Bersifat saling bergantung satu dengan yang lain
- 4) Memberikan asuhan keperawatan secara individual

- 5) Klien menjadi pusat dan menghargai kekuatan klien
  - 6) Dapat digunakan dalam keadaan apapun
- b. Proses keperawatan terdapat empat tahapan yaitu:

1) Pengkajian

Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan, atau kebudayaan.

Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan selama pengkajian antara lain:

- a) Memahami secara keseluruhan situasi yang sedang dihadapi oleh klien dengan cara memperhatikan kondisi fisik, psikologi, emosi, sosial kultural, dan spiritual yang bisa mempengaruhi status kesehatannya.
- b) Mengumpulkan semua informasi yang bersangkutan dengan masa lalu, saat ini bahkan bahkan sesuatu yang berpotensi menjadi masalah bagi klien guna membuat suatu data yang lengkap. Data yang terkumpul berasal dari perawat-klien selama berinteraksi dan sumber yang lain.
- c) Memahami bahwa klien adalah sumber informasi primer.
- d) Sumber informasi sekunder meliputi anggota keluarga, orang yang berperan penting dan catatan kesehatan klien.

Metode pengumpulan data meliputi :

- a) Melakukan interview/wawancara.
- b) Riwayat kesehatan/keperawatan
- c) Pemeriksaan fisik
- d) Mengumpulkan data penunjang hasil laboratorium dan diagnostik lain serta catatan kesehatan (rekam medik).

## 2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain.

*The North American Nursing Diagnosis Association* mendefinisikan diagnosa keperawatan semacam keputusan klinik yang mencakup klien, keluarga, dan respon komunitas terhadap sesuatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses kehidupan.

- a) Dalam membuat diagnosa keperawatan dibutuhkan ketrampilan klinik yang baik, mencakup proses diagnosa keperawatan dan perumusan dalam pembuatan pernyataan keperawatan.
- b) Proses diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa

keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, risiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan.

### 3) Intervensi

Intervensi keperawatan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan/atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan.

Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengkualifikasian seperti bagaimana, kapan, di mana, frekuensi, dan besarnya memberikan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua yaitu mandiri yaitu dilakukan oleh perawat dan kolaboratif yaitu yang dilakukan oleh pemberi perawatan lainnya.

### 4) Evaluasi

Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Pada tahap ini perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal.

Perawat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Perencanaan merupakan dasar yang mendukung suatu evaluasi.



Menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan, atau intervensi keperawatan.

1. Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri.

Proses evaluasi memerlukan beberapa keterampilan dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan., termasuk pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan, dan pengetahuan konsep teladan dari keperawatan. (Keprofesian,2008.*ProsesKeperawatan*.<http://ilmukeperawatan.wordpress.com>. Diunduh 13 Mei 2010)

2. Model Konseptual (Gordon)

Tabel 2.1 Model Konseptual menurut Gordon

<b>Pola Fungsi Kesehatan</b>	<b>Diskripsi Pola</b>	<b>Contoh</b>
Persepsi kesehatan pola /penatalaksanaan kesehatan	Pola persepsi klien tentang kesehatan yang baik dan cara mengatur kesehatan.	Penggunaan obat, melakukan aktivitas yang mendukung kesehatan seperti olahraga teratur dan pemeriksaan kesehatan.
Nutrisi/ pola metabolisme	Pola makan dan minum yang sesuai dengan kebutuhan dan teratur mengindikasikan status nutrisi.	Kondisi kulit, gigi, rambut, kuku, membran mukus, tinggi dan berat badan.
Pola eliminasi	Pola fungsi ekskresi (buang air besar, buang air kecil, dan kulit atau keringat). Termasuk persepsi klien tentang fungsi normal pola ekskresi.	Frekuensi BAB dan BAK, nyeri saat BAK, dan karakteristik dari urin dan tinja.

Aktivitas/pola latihan	Pola olahraga, aktivitas, waktu istirahat, dan rekreasi.	Hobi, termasuk status pernafasan dan kardiovaskuler, mobilitas, dan aktivitas sehari-hari.
Tidur/pola istirahat	Pola tidur, istirahat, dan relaksasi.	Persepsi klien tentang kualitas dan kuantitas tidur, bantuan tidur, dan rutinitas tidur.
Kognitif/pola perseptual	Persepsi sensori dan pola kognitif.	Terdiri dari penglihatan, pendengaran, pengecapan, perabaan, penciuman, persepsi nyeri dan penatalaksanaan. Fungsi kognitif seperti bahasa, ingatan, dan pengambilan keputusan.
Persepsi diri/pola konsep diri	Pola konsep diri dan persepsi diri.	kenyamanan akan tubuh, gambaran diri, ideal diri, citra diri, harga diri, dan peran diri. Data objektif seperti postur tubuh, kontak mata, dan nada bicara.
Peran/pola hubungan	Pola klien dalam berhubungan.	Terdiri dari peran utama dan tanggung jawab (misalnya bapak, istri), kepuasan dengan keluarga, pekerjaan atau hubungan sosial.
Seksualitas/pola reproduktif	Pola kepuasan dan ketidakpuasan dengan pola seksualitas dan pola reproduksi.	Angka dan riwayat kehamilan dan kelahiran, masalah dengan fungsi seksualitas, dan kepuasan dengan pasangan.
Koping/pola toleransi stress	Pola koping secara umum dan efektifitas dalam toleransi terhadap stress.	Kebiasaan cara klien dalam menangani stress, sistem pendukung,

		kemampuan untuk mengontrol dan menagtur situasi.
Nilai/pola keyakinan.	Pola nilai, kepercayaan termasuk agama, dan tujuan dari kepemimpinan yang dipilih klien dan keputusan.	Terdiri dari agama serta pandangan itu penting dalam hidup, konflik nilai serta kepercayaan berhubungan dengan kesehatan, khususnya kegiatan keagamaan.

### 3. Pengkajian Keperawatan

#### a. Riwayat kesehatan

- 1) Adanya riwayat infeksi saluran pernapasan sebelumnya : batuk, pilek, demam.
- 2) Anorexia, 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.

(Ncitha, 2008. *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumoni*. <http://askep.blogspot.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

#### b. Pemeriksaan fisik

##### 1) Respirasi

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

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, Kathleen Morgan, 2007)

c. **Faktor Psikologis atau perkembangan memahami tindakan**

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 atau kemauan keluarga untuk belajar merawat anaknya.**

(Ncitha, 2008. *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan*

*Bronkopneumoni.* <http://askep.blogspot.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010)

#### 4. Fokus Intervensi

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

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 dilembabkan di jalan napas, membantu mengencerkan lendir dan mengurangi edema bronkial.

- 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 setiap 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 pernapasan 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.

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 ibuprofen, jangan aspirin) sesuai petunjuk.

Rasional : pemberian obat antipiretik biasanya mengurangi demam secara efektif.

3) Pantau suhu tubuh anak setiap 1-2 jam, waspai 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 antimikrobal sesuai petunjuk.

Rasional : daya obat antimikrobial dengan cara menyerang organisme penyebab.

6) Berikan kompres hangat bila perlu untuk mengurangi demam.

Rasional : kompres hangat akan mendinginkan permukaan tubuh dengan cara konduksi. (Speer, Kathleen Morgan, 2007)

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

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, mengi, dan kaji pengeluaran air liur.

Rasional : lebih awal mengenal tanda ini sangat perlu, sebab pembengkakan biasanya berkembang dengan cepat dan dapat membawa kefatalan. (Speer, Kathleen Morgan, 2007)

2) Posisikan anak pada kepala lebih tinggi

Rasional : memungkinkan ekspansi paru yang lebih baik dan perbaikan pertukaran gas, serta mencegah aspirasi sekresi.



3) Hisap sekresi jalan napas sesuai kebutuhan.

Rasional : merangsang batuk dan pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tidak efektif atau penurunan tingkat kesadaran.

4) Lakukan fisioterapi dada.

Rasional : memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret.

5) Anjurkan untuk banyak minum terutama air hangat.

Rasional : cairan khususnya yang hangat memobilisasi dan mengeluarkan sekret.

6) Berikan ekspektoran sesuai kebutuhan dan nebulasi dengan larutan dan alat yang tepat sesuai ketentuan.

Rasional : memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret.

(Wong, 2003)

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

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.

**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.

**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 meningkatkan pengetahuan, dan menghilangkan segala kesalahpahaman sehingga akan 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.

- g. Kurangnya pengetahuan tentang perawatan di rumah.

**Hasil yang diharapkan :**

Orang tua akan mengekspresikan pemahaman.. tentang petunjuk perawatan di rumah.

**Intervensi :**

**1) Sarankan orang tua bagaimana dan kapan memberikan pengobatan.**

**Berikan penjelasan dosis secara terurai dan kemungkinan efek samping.**

**Rasional : pemahaman pentingnya pemberian pengobatan secara teratur dapat membantu orang tua mematuhi program pengobatan. Mengetahui kemungkinan efek sampingnya, akan mengarahkan orang tua pada perilaku menghubungi dokter bila diperlukan.**

**2) Berikan pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala kesukaran pernapasan dan infeksi, termasuk demam, dispnea, takipnea, sputum yang berwarna kekuning-kuningan, atau kehijauan, dan mengi.**

**Rasional : mengetahui tanda dan gejala mendesak orang tua untuk mencari bantuan medis jika perlu.**

**3) Jelaskan pentingnya istirahat yang cukup pada anak.**

**Rasional : setelah infeksi, anak akan memerlukan periode istirahat yang sering untuk membantu penyembuhan dan mencegah kekambuhan.**

**4) Jelaskan pentingnya memberikan dukungan untuk asupan cairan serta mempertahankan diet tinggi kalori pada anak.**

**Rasional** : cairan membantu mengencerkan lendir, diet tinggi kalori membantu menggantikan kalori yang diperlukan untuk melawan penyakit.

- 5) Jelaskan pada orang tua untuk memberikan lingkungan yang lembab dengan memberikan pelembab dingin.

**Rasional** : udara yang dilembabkan membantu mengencerkan lendir. Pemberian udara dingin lebih aman dari pada udara hangat, karena dapat menyebabkan luka bakar.

- 6) Lakukan sejumlah langkah untuk mencegah infeksi pernapasan lebih lanjut.

**Rasional** : infeksi pernapasan yang berulang meningkatkan masalah jangka panjang. (Speer, Kathleen Morgan, 2007)



## **BAB III**

### **RESUME KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Agustus 2009, pukul 08.00 WIB di Ruang Baitul Izzah RSI Sultan Agung Semarang. Dengan identitas klien: berinisial An. N usia 2 tahun jenis kelamin perempuan dengan alamat Purwosari RT 5 RW 3 Gayamsari Semarang pendidikan belum sekolah suku Jawa bangsa Indonesia tanggal masuk 14 Agustus 2009 pukul 10.00 WIB dengan diagnosa medis Bronkopneumonia No. CM: 1115765 sumber informasi klien dari keluarga. Penanggung jawab klien Tn. S dengan alamat Purwosari RT 5 RW 3 Gayamsari Semarang umur 27 tahun. Hubungan dengan klien sebagai ayah kandung.

#### **1. Riwayat keperawatan**

Keluhan utama klien dibawa ke Rumah Sakit dengan keluhan utama sesak napas. Badanya panas naik turun selama 5 hari sejak tanggal 10 Agustus 2009.

Riwayat kesehatan dahulu Ibu klien mengatakan An. N merupakan anak pertama, hamil pertama dan tidak pernah mengalami abortus. Nutrisi ibu baik, Ibu klien tidak pernah mengonsumsi obat-obatan yang membahayakan kesehatannya. Jika ada gangguan Ibu klien selalu periksa ke dokter. Ibu mengatakan selama hamil sehat, sering mengidam, mual,

muntah. Makan teratur 3 kali sehari, ditambah susu hamil. Ibu klien teratur mengontrol kandungannya ke dokter secara rutin.

**Persalinan:** Ibu klien mengatakan klien dilahirkan dengan spontan, dengan posisi normal di Bidan desa. BBL An. N 3100 gram, panjang badan 43cm, kondisi kesehatan sehat, kelainan kongenital tidak ada. An. N hanya diberikan ASI selama 6 bulan kemudian diberi susu formula sebagai pengganti ASI.

**Status imunisasi:** Ibu klien mengatakan An. N sudah mendapatkan imunisasi lengkap seperti BCG, DPT, Polio, Hepatitis dan Campak. Akan tetapi keluarga klien tidak ingat waktu pemberiannya.

**Riwayat kesehatan sekarang:** Ibu klien mengatakan klien di rujuk oleh puskesmas Gayamsari, panas naik turun selama 5 hari (10-08-2009) batuk 2 hari, sesak sejak 3 minggu. Sesak napas yang diderita klien sejak bulan April 2009. Batuk klien berdahak, warna putih.

**Riwayat kesehatan keluarga:** Ibu klien mengatakan anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti DM, asma, stroke dan keluarga klien juga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti hepatitis, TB paru dan HIV AIDS.

## 2. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

Ibu klien mengatakan anaknya lahir secara normal, orangtuanya jarang memeriksakan kesehatan anaknya kecuali pada saat sakit. Setiap hari ganti pakaian 2 kali sehari. Orang tua tidak merokok. Menurut ibu klien kesehatan itu sangatlah penting.



Ibu klien mengatakan An.N mengkonsumsi ASI selama 6 bulan setelah itu diteruskan susu formula. Sekarang klien sudah mau mengkonsumsi makanan (nasi, sayur, buah). Jika tidak sakit makannya lumayan banyak. Berat badan An. N sebelum sakit 10 kg dan selama sakit 10 kg. An. N tidak mual, tidak muntah, dan tidak terpasang nasogastrik.

Sebelum sakit BAB 1 kali sehari, lancar, warna kuning, konsistensi lembek. BAK 4-5 kali sehari, warna jernih, bau khas. Selama sakit BAB 1 kali sehari, warna kuning, konsistensi lembek, BAK 4-5 kali sehari, jernih, bau khas. Tidak ada masalah dalam kulit.

Klien rutin mandi, 2 kali sehari, pakaian bersih, setiap hari dirumah bersama ibunya. Selama sakit mandi 1 kali sehari dengan sbin air hangat. Pernapasan klien cepat dan dangkal dengan RR 42x/menit. Sebelum sakit biasanya An. N aktif bermain dengan teman sebaya. Selama sakit An.N lemas, sering terbangun dimalam hari, dan menangis.

Sebelum sakit An. N tidur 9 jam per hari, terbiasa tidur siang tetapi tidak lama. Selama sakit An. N tidur 9 jam per hari, tetapi sering terbangun. Klien tidak ada masalah dengan kognitif karena penglihatan, pendengaran, perabaan, dan penciuman masih baik. Klien takut dan menangis saat ada orang asing yang baru dikenalnya. Klien sangat dekat dengan ibunya karena setiap hari bersama ibunya.

### 3. Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital HR : 120 x/menit, RR : 42 x/menit, Suhu tubuh 39°C. Sistem persyarafan. Kesadaran composmentis dan keadaan umum baik. Kepala: bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, kulit kepala bersih tidak berketombe. Rambut hitam, bergelombang, dan tidak rontok. Mata simetris, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, conjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Telinga simetris kanan dan kiri, bersih, tidak terdapat serumen dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Hidung simetris, bersih, tidak ada pembesaran polip atau sinus. Mulut bersih, gusi tidak pucat, gigi utuh tidak berlubang, mukosa bibir tidak pucat, kering dan pecah-pecah. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Dada: bentuk dada simetris, saat bernapas menggunakan otot bantu pernapasan subkostal dan intercostal. Abdomen: Inspeksi: cembung, Auskultasi: terdapat bising usus, 5x/menit, Palpasi: hepar tak teraba, Perkusi: timpani. Jantung: Inspeksi: ictus cordis tidak tampak, Palpasi: ictus cordis teraba di SIC V, 2 cm mid LMCS, Perkusi: pekak, Auskultasi: bunyi jantung S1-S2 murni. Paru: Inspeksi: simetris, Palpasi: fremitus kanan sama dengan kiri, Perkusi: sonor diseluruh lapang paru, Auskultasi: terdengar suara tambahan napas (ronkhi pada paru kanan dan kiri).

Ekstremitas: ekstremitas atas: tidak ada oedema, akral hangat, capillary refill < 3 detik, ekstremitas bawah: tidak ada oedema, akral

hangat, capillary refill < 3detik. Integumen: warna kulit sawo matang, turgor baik, mukosa bibir kering, capillary refill < 3 detik. Genetalia: genetalia berfungsi normal, tidak ada luka atau gangguan reproduksi.

#### 4. Data Penunjang

Data laboratorium tanggal 14 Agustus 2009, leukosit  $11,6 \times 10^3/\mu\text{L}$  (4,5-11,0), eritrosit  $4,66 \times 10^3/\mu\text{L}$  (4-5), Hb 13,1 g/dL (12-16), Ht 38% (38-47), MCV 81,6 FL (85-100), MCH 28 Pg (28-31), MCHC 34,4 g/dL (30-35), trombosit  $406 \times 10^3/\mu\text{L}$  (150-450), LED I jam 4 mm (6-11), LED II jam 9 mm (6-20), eosinofil 0% (1-4), basofil 0% (0-1), batang 0% (2-5), segmen 43% (36-66), lymposit 56% (28-40), monosit 1% (4-8).  
Kesan : Hasil rontgen x-ray dada pada tanggal 14 Agustus 2009 terdapat plak seluruh lapang paru.

Terapi yang diberikan tanggal 15 Agustus 2009, infus KA.EN 3B 12 tetes per menit, terpasang canul O<sub>2</sub> 1 liter per menit. Obat IV: Cortidex 3x 200mg, Taxegram 2x 200mg. Obat oral: Sanmol sirup 3x1 sendok teh, Bisolvon sirup 3x1 sendok teh, Neokaolana 3x1 sendok teh, Lacobon 1/3 3x1, Exclase 1/3 3x1.

## B. Asuhan Keperawatan

### 1. Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Agustus 2009, pukul 08.00 WIB di Ruang Baitul Izzah RSI Sultan Agung Semarang An. N usia 2 tahun dengan No. CM: 1115765 ditemukan data-data fokus sebagai

berikut: untuk data pertama pada data subjektif: ibu klien mengatakan An. N sesak ketika bernapas. Ibu klien mengatakan saat batuk kadang-kadang dahaknya keluar berwarna putih. Sedangkan data objektif: klien tampak sesak ketika bernapas dan menggunakan otot bantu pernapasan subcostal dan intercostal. Terdapat suara ronkhi pada paru kanan dan kiri. RR 42 kali permenit, napas cepat, dangkal, dan irreguler. Batuk mengeluarkan dahak warna putih. X-ray dada menunjukkan hasil adanya plak di seluruh lapang paru. Klien tampak gelisah. Etiologi: penumpukan sekret pada jalan napas. Sehingga diagnosa keperawatan yang muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas.

Intervensi pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas dengan tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam jalan napas bersih dengan kriteria hasil: napas tidak menggunakan otot bantu pernapasan (subcostal dan intercostal), RR normal 20-30 kali/menit, dalam dan reguler, tidak terdengar suara ronkhi, klien tidak sesak. Untuk intervensi atau rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah monitor pernapasan: irama, frekuensi, dan bunyi napas, anjurkan untuk banyak minum air hangat, kaji kedalaman pernapasan dan gerakan dada, posisikan anak pada kepala lebih tinggi, hisap sekresi jalan napas sesuai kebutuhan, lakukan fisioterapi dada. Kolaborasi dengan tim dokter dengan memberikan ekspektoran sesuai kebutuhan.

Pada tanggal 15 Agustus 2009 jam 08.00 WIB implementasi yang dilakukan sebagai berikut: untuk diagnosa yang pertama melakukan monitor pernapasan, irama, frekuensi, bunyi napas, dan kedalaman pernapasan dengan respon klien meliputi: subjektif: ibu klien mengatakan klien sesak napas. Objektif: klien tampak sesak ketika bernapas dan menggunakan otot bantu pernapasan subcostal dan intercostal. Terdapat suara ronkhi. RR 42 kali permenit, napas cepat, dangkal, dan irreguler. Memposisikan anak pada posisi kepala lebih tinggi dengan respon klien meliputi: objektif: klien tampak lebih mudah dalam bernapas. Mengajarkan untuk sering memberi minum hangat dengan respon meliputi: subjektif: ibu klien mengatakan akan sering memberikan minuman hangat kepada anaknya. Objektif: terlihat ibu klien memberikan klien minuman hangat. Memberikan obat ekspektoran sesuai kebutuhan 1 sendok teh dengan respon klien: objektif: terlihat ibu klien meminumkan obat kepada klien.

Pada tanggal 16 Agustus 2009 jam 08.30 WIB untuk diagnosa pertama melakukan monitor pernapasan, irama, frekuensi, bunyi napas, dan kedalaman pernapasan dengan respon klien meliputi: subjektif: ibu klien mengatakan klien masih sering batuk dan dahak yang keluar berwarna putih. Objektif: klien masih tampak sesak ketika bernapas dan menggunakan otot bantu pernapasan subcostal dan intercostal. Terdapat suara ronkhi pada paru kanan dan kiri. RR 36 kali permenit, napas cepat, dangkal, dan irreguler. Batuk mengeluarkan dahak warna putih. Memberi

posisi kepala lebih tinggi dengan respon klien: objektif: klien tampak tenang. Memberikan obat ekspektoran sesuai kebutuhan dengan respon klien: objektif: ibu klien tampak memberikan klien obat.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2009 jam 08.00 untuk diagnosa pertama memonitor pernapasan, irama, frekuensi, bunyi napas, dan kedalaman pernapasan dengan respon klien: subjektif: ibu klien mengatakan klien batuknya sudah mulai jarang dan masih mengeluarkan dahak sedikit, objektif: klien tampak sudah tidak sesak ketika bernapas dan masih sedikit menggunakan otot bantu pernapasan, masih terdapat ronkhi, RR 28 kali permenit, cepat, dangkal, reguler, melakukan fisioterapi dada dengan respon klien meliputi: subjektif: ibu klien mengatakan mengizinkan anaknya dilakukan fisioterapi dada. Objektif: klien tampak tidak menangis saat dilakukan fisioterapi dada selama 20 menit.

Pada evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2009 jam 13.30 WIB, subjektif: ibu klien mengatakan klien batuknya sudah mulai jarang dan masih mengeluarkan dahak sedikit. Objektif: klien sudah tampak tidak sesak ketika bernapas dan masih sedikit menggunakan otot bantu pernapasan. Masih terdapat suara ronkhi pada paru kanan dan kiri. RR 28 kali permenit, napas cepat, dangkal, dan reguler. Analisa data: masalah teratasi. RR sudah mulai normal dan klien tampak tidak sesak. *Planning*: pertahankan intervensi (monitor pernapasan klien).

## **2. Diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.**

Pada pengkajian tanggal 15 Agustus 2009, pukul 08.00 WIB juga didapatkan data subjektif: ibu klien mengatakan An. N badannya panas sejak 5 hari yang lalu tanggal 10 Agustus 2009. Sedangkan data objektif: kulit An. N teraba hangat sangat disentuh, suhu tubuh 39°C. Klien tampak gelisah, rewel, dan sering menangis. Leukosit  $11,6 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Nadi 120x/menit, cepat, reguler. Etiologi proses infeksi. Sehingga diangkat diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Untuk diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi intervensi yang dilakukan dengan tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam suhu tubuh klien bisa turun selalu dalam rentang normal dengan kriteria hasil: suhu tubuh 36,5–37°C, RR normal 20–30 kali/menit, HR 80–100 kali/menit, Leukosit dalam batas normal  $4,5\text{--}11,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Untuk intervensi atau rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah pertahankan lingkungan dingin, pantau suhu tubuh anak setiap 1-2 jam, waspadai bila ada kenaikan suhu secara tiba-tiba, anjurkan untuk sering diberikan minum, anjurkan selalu diberikan baju yang tipis dan bisa menyerap keringat, ambil sediaan sputum untuk dilakukan kultur, berikan kompres hangat bila perlu untuk mengurangi demam, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat antimikrobal sesuai petunjuk dan antipiretik (asetaminofen atau ibuprofen, jangan aspirin) sesuai petunjuk.

Pada tanggal 15 Agustus 2009 jam 08.15 WIB implementasi yang dilakukan sebagai berikut: mengukur suhu tubuh klien dengan respon klien: subjektif: ibu klien mengatakan An. N badannya panas. Objektif: kulit klien teraba hangat sangat disentuh, suhu tubuh 39°C. Mempertahankan lingkungan yang dingin dan mewaspadaai bila ada kenaikan suhu secara tiba-tiba dengan respon klien: subjektif: ibu klien meminta tempat tidurnya yang dekat dengan jendela, objektif: sirkulasi udara dalam ruangan cukup, terlihat tempat tidur klien pindah dekat dengan jendela. Mengajarkan untuk sering diberikan minum dengan respon klien: subjektif: ibu klien mengatakan akan sering memberikan minum kepada anaknya, objektif: terlihat ibu klien memberikan klien minum. Mengajarkan untuk menggunakan baju yang tipis dan bisa menyerap keringat dengan respon klien: subjektif: ibu klien mengatakan paham kenapa anak harus diberikan baju tipis setelah dijelaskan, objektif: klien terlihat menggunakan baju yang bisa menyerap keringat. Memberikan kompres hangat untuk mengurangi demam dengan respon klien: objektif: suhu tubuh setelah dikompres masih 38,5 °C, HR 112 kali permenit.

Pada tanggal 16 Agustus 2009 jam 09.00 WIB implementasi yang dilakukan sebagai berikut: memonitor suhu tubuh klien dengan respon klien: subjektif: ibu klien mengatakan panas badan anaknya masih panas. Objektif: kulit klien teraba masih hangat sangat disentuh, suhu tubuh 38,5°C. Klien masih tampak gelisah, rewel, dan sering menangis.



Menganjurkan untuk sering memberikan kompres hangat untuk mengurangi demam dengan respon klien: objektif: suhu tubuh setelah dikompres masih 38°C. Mempertahankan lingkungan yang dingin dan mewaspadaikan bila ada kenaikan suhu secara tiba-tiba dengan respon klien: objektif: sirkulasi udara dalam ruangan cukup. Menganjurkan untuk menggunakan baju yang tipis dan bisa menyerap keringat dengan respon klien: objektif: klien terlihat satu baju atasan dan celana pendek. Menganjurkan untuk sering diberikan minum dengan respon klien: objektif: terlihat ibu klien memberikan minum pada klien.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2009 jam 09.30 WIB sebagai berikut: memonitor suhu tubuh klien dengan respon klien: subjektif: ibu klien mengatakan badan klien sudah tidak panas lagi. Objektif: kulit klien teraba hangat sangat disentuh, suhu tubuh 37,5°C. Klien sudah tidak tampak sering menangis, tidak gelisah dan rewel. Menganjurkan keluarga untuk mempertahankan lingkungan dingin dan mewaspadaikan bila ada kenaikan suhu tiba-tiba dengan respon keluarga klien: objektif: sirkulasi udara kamar cukup.

Pada tanggal 17 Agustus 2009 jam 13.40 WIB diperoleh catatan perkembangan: subjektif: ibu klien mengatakan badan klien sudah tidak panas lagi, ibu klien mengatakan akan menjaga agar anak agar tidak merasa kepanasan ditempat tidurnya. Objektif: kulit klien teraba hangat sangat disentuh, suhu tubuh 37,4°C. Klien sudah tidak tampak sering

menangis, tidak gelisah dan rewel. Analisa data: masalah teratasi.

*Planning*: pertahankan intervensi.

### **3. Diagnosa kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit.**

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 15 Agustus 2009 pukul 08.00 WIB juga didapatkan data subjektif: ibu klien mengatakan anaknya sakit batuk. Data objektif: ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya kepada perawat. Ibu klien tampak bingung dan gelisah, terlihat ibu klien sering mondar-mandir dari kamar klien ke ruang perawat ketika anaknya rewel. Etiologi: kurangnya informasi tentang proses penyakit. Sehingga diagnosa yang muncul kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit dengan tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam keluarga klien mengatakan tahu tentang penyakit yang diderita anaknya dengan kriteria hasil: keluarga klien mengatakan mengerti tentang penyakit yang diderita anaknya dan mengetahui cara merawatnya, keluarga klien tampak lebih tenang dan tidak gelisah. Untuk intervensi atau rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit An. N, berikan pendidikan kesehatan tentang bronkopneumonia.

Implementasi pada tanggal 15 Agustus 2009 jam 11.05 WIB pada diagnosa ketiga ini adalah mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita An. N dengan respon keluarga klien:

subjektif: ibu klien mengatakan anaknya sakit batuk. Data objektif: ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya kepada perawat. Ibu klien tampak bingung dan gelisah, terlihat ibu klien sering mondar-mandir dari kamar klien ke ruang perawat ketika anaknya rewel.

Pada tanggal 16 Agustus 2009 jam 10.50 WIB implementasi yang dilakukan sebagai berikut: memberikan pendidikan kesehatan tentang bronkopneumonia dengan respon keluarga klien: subjektif: keluarga klien mengatakan mau diberikan pendidikan kesehatan tentang bronkopneumonia, ibu klien mengatakan mengerti tentang penjelasan yang diberikan, ibu klien mengatakan akan melakukan anjuran yang diberikan. Objektif: keluarga klien tampak mendengarkan dan memperhatikan pendidikan kesehatan yang diberikan.

Pada tanggal 17 Agustus 2009 implementasi yang dilakukan mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita An. N dengan respon klien: subjektif: ibu klien mengatakan sudah tidak terlalu khawatir dan cemas dengan keadaan anaknya, objektif: ibu klien tampak tenang menunggu anaknya.

Pada tanggal 17 Agustus 2009 jam 13.55 diperoleh catatan perkembangan: subjektif: ibu klien mengatakan sudah tidak terlalu khawatir dan cemas dengan keadaan anaknya. Objektif: ibu klien tampak tenang menunggu anaknya. Analisa data: masalah teratasi. *Planning*: pertahankan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan klien dengan bronkopneumonia pada An. N di ruang Baitul Izzah Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang selama tiga hari. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 15 Agustus 2009 pukul 08.00 WIB. Pengkajian yang dilakukan sudah sepenuhnya sesuai dengan konsep teori. Akan tetapi, banyak kendala dalam mengkaji proses pengkajian karena anak terkadang kurang kooperatif. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, penulis memperhatikan tahapan proses keperawatan, yang meliputi: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Selama memberikan asuhan keperawatan tersebut masalah yang timbul adalah:

#### **1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan dengan Penumpukan Sekret pada Jalan Napas**

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan dalam membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan untuk menjaga bersihan jalan napas. Pada teori, batasan karakteristik mayor untuk bersihan jalan napas adalah batuk tidak efektif atau tidak ada, tidak mampu mengeluarkan sekret pada jalan napas. Batasan minornya adalah suara napas tidak ada, jumlah, irama, kedalaman pernapasan tidak normal. (Carpenito, 2006)

Diagnosa ini benar karena sebagian batasan karakteristik mayor dan minor terpenuhi walaupun ada beberapa batasan karakteristik baik mayor ataupun minor yang tidak ditemukan pada klien. Pada An. N ditemukan data-data yaitu ibu klien mengatakan An. N sesak ketika bernapas. Ibu klien mengatakan saat batuk kadang-kadang dahaknya keluar berwarna putih. Sedangkan data objektif didapatkan klien tampak sesak ketika bernapas dan menggunakan otot bantu pernapasan subcostal dan intercostal. Terdapat suara ronkhi pada paru kanan dan kiri. RR 42 kali permenit, napas cepat, dangkal, dan irreguler. Batuk mengeluarkan dahak warna putih. X-ray dada menunjukkan hasil adanya plak di seluruh lapang paru. Klien tampak gelisah. Sehingga diagnosa yang diangkat penulis tepat.

Penulis memprioritaskan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas sebagai diagnosa pertama karena menurut konsep triage mempertahankan jalan napas merupakan prioritas pertama. Selain itu, oksigen merupakan kebutuhan yang paling utama dan memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow.

Rencana asuhan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif akibat penumpukan sekret pada jalan napas sehingga jalan napas bersih, klien bernapas tidak menggunakan otot bantu pernapasan, RR normal 20-30 kali/menit, dalam dan reguler, tidak terdengar suara ronkhi, klien tidak sesak, yaitu monitor pernapasan: irama, frekuensi, dan bunyi napas karena takipneu, pernapasan dangkal dan gerakan dada tak simetris sering terjadi karena ketidaknyaman gerakan dinding dada atau

cairan paru. Posisikan anak pada posisi kepala lebih tinggi untuk memungkinkan ekspansi paru yang lebih baik dan perbaikan pertukaran gas, serta mencegah aspirasi sekresi. Hisap sekresi jalan napas sesuai kebutuhan dengan tujuan merangsang batuk dan pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tidak efektif atau penurunan tingkat kesadaran. Lakukan fisioterapi dada untuk memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret. Anjurkan untuk banyak minum terutama air hangat karena cairan khususnya yang hangat memobilisasi dan mengeluarkan sekret. Kolaborasi dengan tim medis lain dengan memberikan ekspektoran sesuai kebutuhan dan nebulasi dengan larutan dan alat yang tepat sesuai ketentuan untuk memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret. (Wong, 2003)

Penulis belum bisa melakukan semua rencana tindakan yang telah disusun karena antara klien dan penulis belum terbina kerja sama yang baik. Dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan penulis terkadang mengalami hambatan karena klien masih usia anak-anak dan masih sulit untuk menjelaskan tindakan yang akan diberikan supaya tidak menangis saat dilakukan intervensi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan yang direncanakan dapat dievaluasi diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas telah teratasi sebagian. Klien sudah tidak sesak napas lagi, pernapasan normal 28 kali permenit tetapi masih terdapat suara ronkhi dan sedikit menggunakan otot bantu pernapasan.

## 2. Hipertermi Berhubungan dengan Proses infeksi

Hipertermi adalah peningkatan temperatur tubuh di atas rentang normal dengan batasan karakteristik mayor: suhu tubuh lebih tinggi 37,8°C per oral, atau 38,8°C per rektal. Batasan minor: kulit kemerahan, hangat pada sentuhan, peningkatan frekuensi pernapasan, takikardi, menggigil atau merinding, dehidrasi, sakit dan nyeri yang spesifik atau umum (misalnya sakit, malaise/kelemahan/kelelahan), dan kehilangan nafsu makan. (Carpenito, 2006)

Diagnosa ini benar karena sebagian batasan karakteristik mayor dan minor terpenuhi walaupun ada beberapa batasan karakteristik baik mayor ataupun minor yang tidak ditemukan pada klien. Pada An. N ditemukan data-data yaitu ibu klien mengatakan An. N badannya panas sejak 5 hari yang lalu tanggal 10 Agustus 2009. Sedangkan data objektif: kulit An. N teraba hangat sangat disentuh, suhu tubuh 39°C. Klien tampak gelisah, rewel, dan sering menangis. Leukosit  $11,6 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Nadi 120x/menit, cepat, reguler. Sehingga diagnosa yang diangkat penulis tepat.

Penulis menegaskan diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses infeksi karena dari data hasil laboratorium didapatkan adanya peningkatan leukosit dan klien badannya panas. Peningkatan leukosit menunjukkan adanya infeksi pada tubuh dan ketika tubuh terjadi infeksi maka akan terjadi peningkatan suhu tubuh karena proses peradangan.

Penulis memprioritaskan diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi menjadi prioritas kedua karena temperatur merupakan

kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi dan merupakan urutan keempat dalam hirarki Maslow. Temperatur tubuh yang diluar rentang normal akan menimbulkan kerusakan pada otak sehingga harus segera diatasi setelah masalah bersihan jalan napas.

Rencana asuhan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah hipertermi akibat proses infeksi sehingga suhu tubuh klien bisa turun dan berada dalam batas suhu tubuh normal, suhu tubuh  $36,5-37^{\circ}\text{C}$ , RR normal 30–40 kali/menit, HR 80–100 kali/menit, Leukosit dalam batas normal  $4,5-11,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ , yaitu dengan pertahankan lingkungan dingin dan anjurkan selalu memberikan baju yang tipis karena lingkungan yang dingin dan baju yang tipis akan menurunkan suhu tubuh. Pantau suhu tubuh anak setiap 1-2 jam karena peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba dapat mengakibatkan kejang, waspadai bila ada kenaikan suhu secara tiba-tiba, ambil sediaan sputum untuk dilakukan kultur dengan sediaan sputum membantu mengidentifikasi penyebab. Berikan kompres hangat bila perlu untuk mengurangi demam karena kompres hangat akan mendinginkan permukaan tubuh dengan cara konduksi. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat antimikrobal sesuai petunjuk karena obat antimikrobal menyerang organisme penyebab dan antipiretik (asetaminofen atau ibuprofen, jangan aspirin) sesuai petunjuk karena pemberian obat antipiretik biasanya mengurangi demam secara efektif. (Speer, Kathleen Morgan, 2007)

Dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi ada beberapa intervensi yang tidak bisa



terlaksana seperti pengambilan sediaan sputum. Hal ini dikarenakan kesulitan pengambilan sputum pada anak.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan yang direncanakan dapat dievaluasi diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi telah teratasi karena ibu klien mengatakan badan klien sudah tidak panas lagi, kulit klien terasa hangat sangat disentuh, suhu tubuh dalam batas normal  $37,5^{\circ}\text{C}$ , dan klien sudah tidak tampak sering menangis, tidak gelisah dan rewel lagi.

### **3. Kurangnya Pengetahuan Tentang Proses Penyakit**

Kurangnya pengetahuan adalah tidak ada atau kurangnya informasi kognitif berhubungan dengan topik yang spesifik, yang dimaksud disini adalah tentang penyakit. Batasan karakteristik mayor menyatakan kurangnya pengetahuan atau keterampilan/meminta informasi, mengekspresikan persepsi yang tidak akurat terhadap kondisi kesehatannya, menampilkan secara tidak tepat perilaku sehat yang diinginkan atau yang sudah ditentukan. Batasan karakteristik minor: kurang integrasi rencana tindakan ke dalam kegiatan sehari-hari, menunjukkan atau mengekspresikan gangguan psikologis misalnya, cemas, depresi yang diakibatkan oleh salahnya informasi atau kurangnya informasi. (Carpenito, 2006)

Diagnosa ini benar karena sebagian batasan karakteristik mayor dan minor terpenuhi walaupun ada beberapa batasan karakteristik baik mayor ataupun minor yang tidak ditemukan pada klien. Pada An. N ditemukan data-data yaitu ibu klien mengatakan anaknya sakit batuk. Data objektif: ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya kepada perawat. Ibu klien

tampak bingung dan gelisah, terlihat ibu klien sering mondar-mandir dari kamar klien ke ruang perawat ketika anaknya rewel. Etiologi: proses penyakit. Sehingga diagnosa yang diangkat penulis belum tepat. Yang seharusnya etiologi yang tepat untuk diagnosa yang penulis angkat adalah kurangnya informasi tentang proses penyakit.

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit karena dari hasil pengkajian didapatkan keluarga klien terlihat gelisah dan sering bertanya kepada perawat tentang keadaan anaknya, keluarga sering mondar-mandir dari kamar klien ke ruang perawat ketika anaknya rewel untuk meminta bantuan. Etiologi kurang sesuai dengan teori karena disesuaikan dengan kondisi di keluarga klien. Keluarga klien terlihat kurang informasi tentang proses penyakit sehingga tidak dapat merawat anak dengan bronkopneumonia. Oleh karena itu, penulis merumuskan masalah kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit.

Penulis memprioritaskan diagnosa kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit pada prioritas ketiga karena kurangnya pengetahuan harus ditangani agar keluarga klien tidak mengalami kecemasan terhadap kondisi anaknya, dapat melakukan perawatan sendiri ketika dirumah serta dapat mengetahui pencegahan dari penyakit tersebut sehingga diagnosa kurangnya pengetahuan menjadi prioritas ketiga setelah masalah bersihan jalan napas dan hipertermi.

Rencana asuhan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit sehingga keluarga klien

mengetahui tentang penyakit yang diderita anaknya, keluarga klien mengerti tentang penyakit yang diderita anaknya dan mengetahui cara merawatnya, keluarga klien tampak lebih tenang dan tidak gelisah. Untuk intervensi atau rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit An. N untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga klien tentang penyakit klien. Berikan pendidikan kesehatan tentang bronkopneumonia karena dengan mengetahui perawatan anak dengan bronkopneumonia dan dapat membantu penyembuhan dan mencegah kekambuhan bronkopneumonia. (Speer, Kathleen Morgan, 2007)

Dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit penulis dapat melakukan semua rencana tindakan yang telah disusun karena antara keluarga klien dan penulis terbina kerja sama yang baik. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan penulis tidak mengalami hambatan karena keluarga klien kooperatif dan dapat bekerja sama dengan baik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan yang direncanakan dapat dievaluasi diagnosa kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit telah teratasi diunjukkan dengan keluarga klien mengetahui penyakit anaknya dan keluarga tidak tampak bingung dan gelisah seperti sebelum diberikan penjelasan atau pendidikan kesehatan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Pada pengkajian klien An. N umur 2 tahun di Ruang Baitul Izzah RSI Sultan Agung Semarang dengan bronkopneumonia didapatkan data sesak napas, badan panas, dan keluarga klien tampak sering bertanya.
2. Diagnosa yang muncul pada An. N setelah dilakukan pengkajian adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas, hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit.
3. Intervensi dan implementasi yang dilakukan adalah untuk mengatasi masalah yang ditimbulkan dari bronkopneumonia.
4. Dari hasil evaluasi sebagian masalah klien teratasi. Keluarga berperan penting dalam hal perawatan dan pencegahan bronkopneumonia pada klien karena akan membantu mengurangi keluhan akibat proses penyakit bronkopneumonia pada klien. Selain itu peran aktif perawat sebagai pemberi pelayanan sangat dibutuhkan pada klien dengan bronkopneumonia.

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka saran dari penulis adalah :

### 1. Bagi Peneliti

- a. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien anak perawat harus melibatkan keluarga, pendekatan sesuai tumbuh kembang anak, dan melakukan pendokumentasian dengan baik dan benar.
- b. Dalam memberikan terapi obat pada klien anak, perawat harus memperhatikan umur, dosis yang sesuai, serta sesuai dengan prinsip 6 benar (benar nama, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian, dan benar dokumentasi).

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan seharusnya dapat memberikan pengetahuan tentang cara memberikan asuhan keperawatan yang baik khususnya pada klien bronkopneumonia kepada peserta didik sehingga dapat menghasilkan tenaga perawat yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan.

### 3. Bagi Lahan Praktik/Rumah Sakit

Rumah sakit seharusnya memberikan pelayanan yang lebih baik kepada klien dengan bronkopneumonia serta para perawat sebagai pemberi pelayanan selalu meningkatkan ketrampilan dan pengetahuannya sehingga pelayanan yang maksimal dapat diberikan.

### 4. Bagi Orang Tua

Orang tua seharusnya mampu memberikan perawatan kepada anak dengan bronkopneumonia untuk mencegah komplikasi dari bronkopneumonia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Betz, C.L., 2002. *Buku saku keperawatan pediatri*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Carpenito, Lynda Juall, 2006. *Diagnosa Keperawatan: Aplikasi pada praktek klinis*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Keprofesian, 2008. *Proses Keperawatan*. <http://ilmukeperawatan.wordpress.com>. Diunduh 13 Mei 2010.
- Mansjoer, Ali, 2001. *Kapita selekta kedokteran*. Edisi Ketiga Jilid Kedua. Jakarta: Media Aesculapius.
- Ncitha, 2008. *Asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumoni*. <http://askep.blogspot.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010.
- Ningrum, 2009. *Bronkopneumonia*. <http://ningrumwahyuni.wordpress.com>. Diunduh tanggal 19 April 2010.
- Reevers, C.J, et all, 2001. *Keperawatan medikal bedah*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Smeltzer S.C, Bare B.G, 2001. *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Volume 1. Jakarta: EGC.
- Speer, K.M, 2007. *Rencana asuhan keperawatan pediatrik dengan clinical pathways*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Sudoyo, dkk, 2006. *Buku ajar ilmu penyakit dalam Jilid II*. Edisi IV. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Supartini, Yupi, 2004. *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.
- Suriadi, 2006. *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 2. Jakarta : PT. Percetakan Penebar Swadaya.
- Wong, D.L, 2003. *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Edisi 4. Jakarta : EGC.