



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. J DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG GLADIOLA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun oleh:
HESTY APRIYANI
201701052**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. J DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG GLADIOLA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun oleh:
HESTY APRIYANI
201701052**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Hesty Apriyani

NIM : 201701052

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi
DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An. J Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 11 Februari sampai 13 Februari 2020 adalah hasil karya sendiri dan sumber-sumber yang digunakan sudah dinyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan yang sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ada keliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 13 Februari 2020

Yang membuat pernyataan,



(Hesty Apriyani)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. J Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 28 Mei 2019

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Yeni Iswari., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. An)

Mengetahui

Koordinator Program Studi Diploma III Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. J Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Hesty Apriyani (201701052) telah diujikan dan dinyatakan “LULUS” dalam Ujian sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



(Dr. Susi Hartati., M.Kep., Sp.Kep. An)

Penguji II



(Ns. Yeni Iswari., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. An)

Nama Mahasiswa : Hesty Apriyani
NIM : 201701052
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : **Asuhan Keperawatan Pada An. J Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat**
Halaman : **xiii + 80 halaman + 1 tabel + 1 lampiran**
Pembimbing : **Yeni Iswari**

ABSTRAK

Latar Belakang:

Bronkopneumonia adalah suatu peradangan pada parenkim paru. Jumlah penderita pneumonia di Indonesia pada tahun 2018 yaitu usia dibawah 5 tahun sebanyak 478.078 atau 47.17% dengan jumlah kematian 343 jiwa untuk itu dibutuhkan peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian.

Tujuan Umum:

Laporan kasus ini memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif atau secara menyeluruh.

Metode Penulisan:

Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode studi kasus, kepustakaan dan deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil:

Hasil dari **pengkajian** didapatkan lima diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan tumbuh kembang, ansietas pada anak dan orang tua, dan risiko kurang nutrisi. **Intervensi** pada diagnosa prioritas yaitu bersihan jalan napas tidak efektif adalah kaji frekuensi napas serta penggunaan otot bantu napas, auskultasi suara nafas, berikan *clapping* dada sesuai letak sekret dan vibrasi, berikan terapi inhalasi fartolin 3x1 mg, pulmicort 3x0,5 mg, dan NaCl 3x2 cc, berikan obat cohistan 3x4,1 mg melalui oral, berikan obat isoprinosin 2x5 cc melalui oral, dan berikan obat elpicef 2x250 mg melalui intravena. Semua **tindakan** dilakukan sesuai dengan rencana.

Kesimpulan dan Saran:

Pada evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa tidak semua masalah keperawatan dapat teratasi dalam waktu yang ditentukan. Bagi perawat ruangan diharapkan agar lebih maksimal dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien guna meningkatkan mutu rumah sakit.

Keyword: asuhan keperawatan anak, bronkopneumonia

Daftar Pustaka: 16 (2010 s.d 2020)

Name : Hesty Apriyani
Student ID Number : 201701052
Majors : Diploma III - Nursing
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care To On Behalf of With An. J With Bronchopneumonia In Room Gladiola At Mitra Keluarga Bekasi Timur Hospital
Pages : xiii + 80 pages + 1 table + 1 attachment
Supervisor : Yeni Iswari

ABSTRACT

Background:

Bronchopneumonia is one of infections to pulmonary parenchyma. The number of people living with pneumonia in Indonesia in 2018, which is under the age of 5 years is 478,078 or 47.17% with a life span of 343 people, for that is needed a promotional, preventive, curative and rehabilitative role to reduce the number of painful and mortality from the pneumonia.

Purpose:

Obtained real experience in providing pediatric nursing care with bronchopneumonia.

Writing method:

In this scientific paper the author uses descriptive methods including case studies, literature studies, and documentation studies in providing nursing care to patients through the nursing process approach.

Result:

The results of the study found out 5 nursing diagnoses, namely clearance ineffective airway, breath ineffective patterns, growth disorder, anxiety in children and parents, and less nutritional risk. Interventions in priority diagnoses is assess respiratory rate and use of breathing aids muscles, auscultate breath sounds, give the chest clapping as in slime and vibrates, inhalation administration of fartolin 3x1 mg, pulmicort 3x0,5 mg, and NaCl 3x2 cc, give the drug cohistan 3x4,1 mg by mouth, isoprinosin 2x5 cc by mouth. All action are carried out according to plan.

Conclusion and suggestion

The evlauation of nursing can conclude that not all nursing problems resolve within a set period of time. It is expected that nurses have higher levels of nursing care in order to improve hospitals.

Keyword: bronchopneumonia, child nursing care.

Bibliography: 16 (2010 until 2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat membuat dan menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. J Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak sekali menemukan hambatan dan kesulitan, namun dengan adanya bimbingan, bantuan, serta motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis mampu menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan baik, tepat waktu dan sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Dr. Susi Hartati., M.Kep., Sp.Kep. An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan selaku penguji I.
2. Ns. Yeni Iswari., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. An selaku dosen pembimbing makalah ilmiah serta penguji II yang telah menyempatkan dan meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, masukan dan motivasi yang bermanfaat selama proses pembuatan makalah ilmiah ini.
3. Ns. Devi Susanti., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. MB selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan motivasi dan semangat belajar selama proses perkuliahan 3 tahun ini.
4. Ns. Aprillia Veranita., S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan semangat serta motivasi kepada penulis selama proses perkuliahan 3 tahun ini.
5. Seluruh staff akademik maupun non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan motivasi ataupun bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.
6. An. J beserta keluarga yang kooperatif dan mengizinkan penulis untuk

- memberikan asuhan keperawatan kepada An. J selama 3 hari.
7. Kepala Ruang Gladiola dan staff perawat yang telah memberikan banyak arahan kepada penulis.
 8. Keluarga besar Lestaluhu, kedua orangtua Bapak Heder Lestaluhu dan Ibu Marsiti, serta kedua adik saya M.Vicky Zulfikar Lestaluhu dan Sakha Arkan Lestaluhu yang selalu memberikan semangat, dukungan, motivasi serta do'a dan juga menjadi sumber kekuatan untuk penulis.
 9. Muhammad Fahmi Ramadhan selaku teman spesial saya yang telah memberikan semangat dan dukungan.
 10. Teman-teman Hompimpa Squad: Shania Karista Anggraeni, Widya Nuzul, Nurul Hanifah, Wulan Dwi Safitri, dan Fildzah Farhana yang telah memberikan semangat dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
 11. Teman-teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Anak: Ninda Rahma Wijaya, Fidyah Arsyidarafah, Ratna Sari dan Ajeng Handaru yang selalu kompak dalam memberikan bantuan untuk pembuatan makalah ilmiah ini.
 12. Sahabat terdekat saya: Leony Siti Narfah yang telah memberikan semangat selama penyusunan makalah ilmiah ini.
 13. Kaka tingkat: Nur Amalina Safitri yang telah memberikan semangat dan bantuan dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
 14. Ade tingkat: Atikah Putri yang telah memberikan semangat untuk penulisan makalah ilmiah ini.
 15. Teman-teman seperjuangan saya Angkatan VII Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang selalu kompak dalam memberikan dukungan.
 16. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih banyak kekurangan, karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang penulis

miliki. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan penulisan makalah ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan pembaca lainnya.

Bekasi, 13 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan	3
E. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Pengertian.....	5
B. Etiologi.....	5
C. Patofisiologi	6
1. Proses perjalanan penyakit	6
2. Manifestasi klinik	8
3. Komplikasi	8
4. Klasifikasi Pneumonia.....	9
D. Penatalaksanaan Medis	10
E. Konsep Tumbuh Kembang Anak.....	10
1. Pertumbuhan.....	10
2. Perkembangan	11
F. Konsep Hospitalisasi pada Anak dengan Usia <i>Toddler</i> (1-3 tahun) ..	14
G. Pengkajian Keperawatan	17

H.	Diagnosa Keperawatan.....	21
I.	Perencanaan Keperawatan.....	21
J.	Implementasi Keperawatan	26
K.	Evaluasi Keperawatan	26
BAB III TINJAUAN KASUS.....		28
A.	Pengkajian	28
B.	Diagnosa Keperawatan.....	48
C.	Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	48
BAB IV PEMBAHASAN.....		67
A.	Pengkajian Keperawatan	67
B.	Diagnosa Keperawatan.....	69
C.	Perencanaan Keperawatan.....	71
D.	Pelaksanaan Keperawatan	71
E.	Evaluasi Keperawatan	72
BAB V PENUTUP.....		75
A.	Kesimpulan.....	75
B.	Saran.....	77
Daftar Pustaka.....		78

DAFTAR TABEL

Table 3.1 analisa data.....	42
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram.....	80
----------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia sebagai negara yang berada di daerah tropis berpotensi menjadi daerah endemik penyakit infeksi yang setiap saat dapat menjadi ancaman bagi kesehatan masyarakat. Penyakit saluran pernapasan merupakan salah satu penyebab kesakitan dan kematian pada anak, salah satu penyakit tersebut adalah bronkopneumonia. Bronkopneumonia adalah salah satu jenis pneumonia yang mempunyai pola penyebaran bercak, teratur dalam satu atau lebih area terlokalisasi di dalam bronki dan meluas ke parenkim paru yang berdekatan disekitarnya. (Nurarif, Amin Huda, 2016)

Menurut World Health Organization (2019) tercatat bahwa penyakit pneumonia yang menyerang dan dapat menyebabkan kematian pada anak dibawah 5 tahun sebesar 808.694 atau 15% dimana yang paling umum terjadi di Asia Selatan dan Afrika sub-Sahara. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI (2019) jumlah penderita pneumonia pada tahun 2018 yaitu usia dibawah 5 tahun sebanyak 478.078 atau 47.17% dengan jumlah kematian 343 jiwa dimana yang paling umum terjadi di provinsi Jawa Barat dengan jumlah penderita 124.475 atau 55,77%.

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi (2017) penderita pneumonia pada balita banyak terjadi dengan presentasi 55.77% dan di Kota Bekasi presentasi penderita pneumonia mencapai 18.11%. Menurut data *Medical Record* dari salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi pada periode bulan Januari 2019 sampai Januari 2020 didapatkan jumlah pasien anak yang dirawat dengan bronkopneumonia sebanyak 495 orang. Dampak jika pneumonia tidak teratasi antara lain gangguan pertukaran gas, obstruksi jalan napas dan gagal penapasan, dengan komplikasi yang dapat terjadi seperti di atas, tidak menutup kemungkinan akan dapat meningkatkan angka mortalitas pada anak dengan pneumonia. (Suriadi, 2010)

Melihat dampak yang ditimbulkan dari penyakit tersebut, perawat mempunyai peranan penting dalam menangani bronkopneumonia yaitu dengan cara preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Aspek preventif yaitu dengan cara pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang bronkopneumonia dengan mengubah kebiasaan masyarakat agar tidak merokok sembarangan dan tetap menjaga kebersihan rumah maupun lingkungan. Aspek promotif yaitu dengan pemberian penyuluhan kesehatan terkait bronkopneumonia dan cara penanganannya. Aspek kuratif yaitu dengan pemantauan frekuensi pernapasan dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat. Aspek rehabilitatif yaitu perawat berperan untuk memulihkan kondisi pasien yang sudah pernah terkena bronkopneumonia dan menganjurkan pasien untuk kontrol ke pelayanan kesehatan terdekat jika ada keluhan yang timbul kembali.

Berdasarkan hal tersebut di atas maka penulis tertarik untuk menyusun makalah “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dapat diperolehnya pengalaman dalam membuat dan memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia.

2. Tujuan Khusus

Dengan demikian, tujuan khusus dari pembuatan makalah ilmiah ini antara lain:

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia
- c. Mahasiswa mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia

- d. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi dalam pemecahan masalah
- h. Mahasiswa melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penulisan makalah ini adalah “Asuhan Keperawatan pada Pasien An. J dengan Bronkopneumonia di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 11 Februari sampai tanggal 13 Februari 2020”.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan makalah ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu diantaranya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang melalui pendekatan proses keperawatan. Penulis juga telah menggunakan berbagai macam cara untuk menuliskan makalah ilmiah ini dengan cara:

1. Studi kasus, yaitu merupakan cara memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga pasien dan pasien menggunakan pengamatan secara langsung untuk dapat memperoleh data dan informasi dengan menggunakan teknik wawancara, pengkajian, dan observasi.
2. Studi kepustakaan, yaitu merupakan membaca dan mempelajari buku-buku atau media internet yang berhubungan dengan kasus.
3. Studi dokumentasi, yaitu merupakan melihat rekam medis dan catatan keperawatan yang berhubungan dengan masalah pasien.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ini terdiri dari:

BAB I Pendahuluan, terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori, terdiri dari definisi, etiologi, patofisiologi yang terdiri atas proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, klasifikasi, komplikasi, penatalaksanaan medis, konsep tumbuh kembang anak usia toddler (1-3 tahun), konsep hospitalisasi pada anak usia toddler (1-3 tahun), pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus, terdiri dari menyajikan satu kasus pada pasien dengan Bronkopneumonia di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dengan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV Pembahasan, terdiri dari kesenjangan antara teori dan kasus meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

Daftar pustaka.

Lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Bronkopneumonia adalah peradangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada parenkim paru melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernafasan atau hematogen. (Suriadi, 2010)

Bronkopneumonia adalah salah satu jenis pneumonia yang mempunyai pola penyebaran bercak, teratur dalam satu atau lebih area terlokalisasi di dalam bronki dan meluas ke parenkim paru yang berdekatan disekitarnya. (Nurarif, Amin Huda, 2016)

B. Etiologi

Secara umum bronkopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernafasan yang terdiri dari: reflek glottis dan batuk, adanya lapisan mukus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ, dan sekresi humoral setempat. (Nurarif, Amin Huda, 2016)

Penyebab bronkopneumonia pada anak disebabkan antara lain oleh bakteri seperti *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, virus yaitu virus influenza dan virus *cytomegalovirus*, jamur yaitu seperti *histoplasmosis*, dan protozoa. (Wijayaningsih, 2013)

Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan terjadinya pneumonia pada anak yaitu malnutrisi atau gangguan gizi pada anak, berat badan lahir rendah dan prematuritas, yang tidak pernah mendapat ASI, dan tingkat pendidikan orang tua mempengaruhi status kesehatan keluarganya. (Anggrek, Karel, dkk, 2010). Faktor risiko lain penyebab terjadinya

pneumonia adalah usia balita, jenis kelamin, berat badan lahir balita, riwayat imunisasi campak balita, riwayat imunisasi DPT, dan riwayat asma. (Hartati, Susi, dkk, 2012)

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Kuman masuk kedalam jaringan paru-paru melalui saluran pernapasan dari atas untuk mencapai bronkiolus dan kemudian alveolus sekitarnya. Kelainan yang timbul dapat 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 organisme dari nasofaring atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran napas masuk ke bronkioli dan alveoli, menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan interstitial. Kuman pneumokokus dapat meluas melalui *porus khon* dari alveoli ke seluruh segmen atau lobus. Eritrosit mengalami pembesaran dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli melebar. Paru menjadi tidak berisi udara lagi, kenyal dan berwarna merah. Pada tingkat lebih lanjut, aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumokokus difagositosis oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung, makrofag masuk kedalam alveoli dan menelan leukosit bersama kuman pneumokokus di dalamnya. Paru masuk pada tahap hepatisasi abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah yang mati dan eksudat fibrin dibuang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas.

Akan tetapi apabila proses konsolidasi tidak dapat berlangsung dengan baik maka setelah edema dan terdapatnya eksudat pada alveolus maka membran dari alveolus akan mengalami kerusakan yang dapat mengakibatkan gangguan proses difusi osmosis oksigen pada alveolus. Perubahan tersebut akan berdampak pada penurunan jumlah oksigen yang dibawa oleh darah. Penurunan itu yang secara klinis penderita mengalami pucat sampai sianosis. Terdapatnya cairan purulent 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 pernapasan (otot interkosta) yang dapat menimbulkan peningkatan retraksi dada.

Secara hematogen maupun langsung (lewat penyebaran sel) mikroorganisme yang terdapat didalam paru dapat menyebar ke bronkus. Setelah terjadi fase peradangan lumen bronkus bersebaran 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 pada infeksi ini mula-mula encer dan keruh, mengandung banyak kuman penyebab (*streptococcus*, virus dan lain-lain). Selanjutnya eksudat berubah menjadi purulent, dan menyebabkan sumbatan pada lumen bronkus. Sumbatan tersebut dapat mengurangi asupan oksigen dari luar sehingga penderita mengalami sesak napas.

Terdapatnya peradangan pada bronkus dan paru juga akan mengakibatkan peningkatan produksi mukosa dan peningkatan pergerakan silia pada lumen bronkus sehingga timbul peningkatan reflek batuk. Perjalanan

diatas dapat berlangsung sebaliknya yaitu didahului dengan infeksi pada bronkus kemudian berkembang menjadi infeksi paru. (Sukarmin, 2013)

2. Manifestasi klinik

Menurut Sukarmin (2013) pada tahap awal, penderita bronkopneumonia mengalami tanda dan gejala yang khas seperti menggigil, demam, nyeri dada pleuritis, batuk produktif, hidung kemerahan, saat bernapas menggunakan otot aksesorius dan bisa timbul sianosis. Terdengar adanya krekels diatas paru yang sakit dan terdengar ketika terjadi konsolidasi (pengisian rongga udara oleh eksudat).

Sedangkan menurut Menurut Wijayaningsih (2013) manifestasi klinis dari bronkopneumonia, yaitu:

- a. Napas dangkal dan takipnea
- b. Suara napas dapat terdengar ronchi
- c. Gerakkan dada tidak simetris
- d. Demam 38,8°C sampai 41,4°C
- e. Anoreksia
- f. Batuk kental dan prduktif, serta sputum berwarna kuning kehijauan kemudian berubah menjadi kemerahan atau berkarat
- g. Gelisah
- h. Sianosis

3. Komplikasi

Menurut Suriadi (2010) komplikasi yang dapat terjadi pada penderita pneumonia yaitu:

- a. Infeksi aliran darah. Infeksi aliran darah atau bakteremia terjadi akibat adanya bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ-organ lain. [Bakteremia](#) berpotensi menyebabkan gagal berfungsinya banyak organ.

- b. Abses paru atau paru bernanah. [Abses paru](#) dapat ditangani dengan antibiotik, namun terkadang juga membutuhkan tindakan medis untuk membuang nanahnya.
- c. Efusi pleura. Kondisi di mana cairan memenuhi ruang yang menyelimuti paru-paru.

4. Klasifikasi Pneumonia

Menurut Hariadi (2010) membuat klasifikasi pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologi serta letak anatomi.

- a. Klasifikasi pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologi
 - 1) Pneumonia Komunitas (PK) adalah pneumonia infeksius pada seseorang yang tidak menjalani rawat inap di rumah sakit.
 - 2) Pneumonia Nosokomial (PN) adalah pneumonia yang diperoleh selama perawatan di rumah sakit atau sesudahnya karena penyakit lain atau prosedur.
 - 3) Pneumonia aspirasi disebabkan oleh aspirasi oral atau bahan dari lambung, baik ketika makan atau setelah muntah. Hasil inflamasi pada paru bukan merupakan infeksi tetapi dapat menjadi infeksi karena bahan teraspirasi mungkin mengandung bakteri aerobik atau penyebab lain dari pneumonia.
 - 4) Pneumonia pada penderita *immunocompromised* adalah pneumonia yang terjadi pada penderita yang mempunyai daya tahan tubuh lemah.
- b. Klasifikasi pneumonia berdasarkan letak anatomi
 - 1) Pneumonia lobaris
Pneumonia lobaris melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau “ganda”.
 - 2) Pneumonia lobularis (bronkopneumonia)
Bronkopneumonia terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada didekatnya.

3) Pneumonia interstisial

Proses implamasi yang terjadi di dalam dinding alveolar (*interstisium*) dan jaringan peribronkial serta interlobular.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut Asmadi (2008) penatalaksanaan untuk masalah pneumonia pada anak antara lain:

1. Terapi

- a. Beri ampisilin/amoksisilin (25-50 mg/kgBB/kali IV atau IM setiap 6 jam), yang harus dipantau dalam 24 jam selama 72 jam pertama. Bila anak memberi respon yang baik maka diberikan selama 5 hari
- b. Beri oksigen pada semua anak dengan pneumonia berat
- c. Bila tersedia *pulse oximetry*, gunakan sebagai panduan untuk terapi oksigen (berikan pada anak dengan saturasi oksigen < 90%, bila tersedia oksigen yang cukup). Lakukan periode uji coba tanpa oksigen setiap harinya pada anak yang stabil. Hentikan pemberian oksigen bila saturasi tetap stabil > 90%. Pemberian oksigen setelah saat ini tidak berguna
- d. Lanjutkan pemberian oksigen sampai tanda hipoksia (seperti tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam yang berat atau napas > 70/menit) tidak ditemukan lagi

2. Tindakan Medis

Suctioning (penghisapan lendir): metode untuk melepaskan sekresi yang berlebihan pada jalan napas, *suctioning* juga dapat diterapkan pada oral, nasofaringeal, trakeal, serta endotrakeal atau *trakeostomi tube*.

E. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun)

1. Pertumbuhan

Perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon,

kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

Usia *toddler* dapat bertambah tinggi 7,5 cm pertahun dengan rata-rata tinggi badan yaitu 86,6 cm. Sedangkan untuk berat badan akan bertambah sekitar 1,8 – 2,7 kg pertahun atau rata-rata berat badan anak usia *toddler* 12,3 kg.

2. Perkembangan

Menurut Carman (2015) perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan.

a. Perkembangan Psikososial

Erikson memberi istilah krisis sosial yang dihadapi *toddler* sebagai “otonomi vs rasa malu dan ragu”. Ini adalah waktu memperlihatkan kemandiriannya. *Toddler* berjuang untuk penguasaan diri, belajar untuk melakukan sesuatu untuk dirinya sendiri. *Toddler* sering kali mengalami ambivalensi tantang perpindahan dari kemandirian ke otonomi, dan ini menghasilkan labilitas emosional. *Toddler* dapat dengan cepat berubah dari rasa bahagia dan senang menjadi menangis dan berteriak. Penggunaan kemandirian juga menghasilkan respon favorit *toddler* untuk mengatakan “tidak” bahkan jika makna sebenarnya yang ingin ia sampaikan adalah “ya” (perilaku *negativism*).

b. Perkembangan Kognitif

Menurut Jean Piaget, *toddler* melewati dua sub tahap. Tahap pertama adalah tahap sensori motorik antara usia 12 dan 24 bulan. *Toddler* mudah terlibat dalam reaksi sirkular tersier dan berkembang menjadi kombinasi mental. Bukan hanya mengulangi perilaku, *toddler* mampu bereksperimen dengan perilaku untuk melihat apa yang akan terjadi.

Pada usia 2 tahun, *toddler* mampu menggunakan simbol untuk memungkinkan imitasi/peniruan.

Tahap kedua yaitu tahap praoperasional. Tahap ini terjadi ketika anak berusia antara 2 dan 7 tahun. Selama tahap ini *toddler* mulai menjadi lebih pandai dengan pemikiran simbolik. Kata-kata dan gambar memungkinkan *toddler* memulai proses pengembangan pemikiran simbolik ini dengan memberikan label untuk karakteristik objek. *Toddler* juga menggunakan simbol dalam permainan dramatik.

c. Perkembangan Keterampilan Motorik

1) Keterampilan motorik kasar

Toddler tidak berjalan dengan halus dan matang, melainkan tungkai dipijakkan dalam jarak terpisah jauh, jari kaki diarahkan kedepan, dan *toddler* tampak terhuyung/bergoyang dari satu sisi kesisi lain saat bergerak maju. Setelah 6 bulan mempraktikkan berjalan, gaya berjalan *toddler* menjadi lebih halus dan kedua kaki lebih rapat. Pada usia 3 tahun, *toddler* berjalan dalam arah tumit ke jari serupa dengan gaya berjalan orang dewasa. *Toddler* sering kali menggunakan tindakan fisik seperti berlari, melompat dan memukul untuk mengekspresikan emosi mereka karena mereka hanya baru belajar mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka secara verbal.

2) Keterampilan motorik halus

Keterampilan motorik halus dalam periode *toddler* meningkat dan menjadi sempurna. Memegang peralatan makan memerlukan beberapa kontrol dan ketangkasan, tetapi kontrol dan kecepatan lebih banyak diperlukan untuk mengaitkan kancing dan memasang resleting. Pandangan yang adekuat diperlukan untuk penghalusan keterampilan motorik halus karena koordinasi mata-tangan sangat penting untuk mengarahkan jari tangan, tangan, dan pergelangan

tangan guna mencapai tugas otot yang kecil seperti memasang potongan *puzzle* atau menjalin mani-manik. Sedangkan, perkembangan motorik halus yang terjadi pada anak *toddler* adalah mampu memasukkan makanan kecil ke dalam mulutnya sendiri, menggunakan jari telunjuk untuk menunjuk, dan mampu memanggil ayah dengan kata “papa” dan ibu dengan “mama”.

d. Perkembangan Sensorik

Toddler menggunakan semua inderanya untuk mengeksplorasi dunia disekitar mereka. Pandangan *toddler* terus mengalami kemajuan dan harus memiliki 20/50 sampai 20/40 di kedua mata. Indera penciuman terus mengalami kematangan, *toddler* dapat berkomentar jika mereka tidak peduli dengan bau sesuatu. Meskipun diskriminasi pengecapan belum terbentuk dengan sempurna, *toddler* dapat memperlihatkan pilihan terhadap aroma makanan tertentu. Kurangnya diskriminasi pengecapan secara komplet menempatkan *toddler* pada risiko menelan sesuatu tanpa disengaja.

e. Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Toddler memahami bahasa dan mampu mengikuti perintah jauh lebih cepat daripada kemampuan menggunakan kata-kata sendiri secara aktual. Terkait perkembangan bahasa ekspresif, *toddler* muda mulai menggunakan kalimat singkat dan akan berkembang menjadi kosakata berjumlah 50 kata pada usia 2 tahun. Bicara telegrafik merupakan bicara yang hanya mengandung kata-kata esensial untuk mendapatkan tujuan, bukannya mengatakan “saya mau biskuit dan susu” *toddler* mungkin mengatakan “mau biskuit susu”.

Salah satu masalah khusus dalam masa *toddler* adalah perkembangan bicara dan bahasa misal pada anak-anak yang berpotensi bilingual (menggunakan dua bahasa).

f. Perkembangan Emosional dan Sosial

Perkembangan emosional dimasa *toddler* terfokus pada perpisahan dan individuasi. Untuk merasakan kontrol atas lingkungan, *toddler* menunjukkan egosentrisme (berfokus pada diri sendiri). Kebutuhan untuk kontrol ini menghasilkan labilitas emosional: sangat tenang dan bahagia pada satu momen, kemudian bereaksi berlebihan terhadap batasan lingkungan dengan sikap tempertantrum di momen berikutnya. *Toddler* pada awalnya bergantung pada komunikasi dan sinyal orang tua untuk memilih antara beberapa perilaku ketika terjadi dalam situasi berbeda. Banyak *toddler* bergantung pada benda-benda keamanan (selimut, boneka, atau boneka beruang) untuk menyamankan diri mereka sendiri dalam situasi penuh stress. *Toddler* juga mulai memahami dan meniru perbedaan jenis kelamin secara sosial.

Perilaku agresif biasanya ditunjukkan selama masa ini. *Toddler* dapat memukul, mengigit, atau mendorong anak lain dan mengambil mainan. Meskipun *toddler* menjadi lebih mawas diri, mereka tetap tidak memiliki batasan tubuh yang jelas.

g. Perkembangan Moral dan Spiritual

Deskripsi Kohlberg tentang perkembangan moral menempatkan *toddler* lanjut ditingkat prakonvensional. *Toddler* hanya baru memulai mempelajari yang benar dari yang salah dan tidak memahami konsep moralitas yang lebih besar. *Toddler* akan melandasi tindakannya berdasarkan menghindari hukuman dan mendapatkan kepuasan.

F. Konsep Hospitalisasi Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun)

Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat dirumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu ruma sakit, sehingga

kondisi tersebut menjadi faktor *stressor* bagi anak baik terhadap anak maupun orangtua dan keluarga.

1. Fase-fase Hospitalisasi (Utami, 2014)

a) Fase protes (*phase of protest*)

Anak-anak bereaksi secara agresif dengan menangis dan berteriak memanggil orang tua, menarik perhatian agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang asing atau orang lain dan sulit ditenangkan.

b) Fase putus asa (*phase of despair*)

Dimana tangisan akan berhenti dan muncul depresi yang terlihat adalah anak kurang begitu aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain.

c) Fase menolak (*phase of denial*)

Merupakan fase terakhir yaitu fase pelepasan atau penyangkalan, dimana anak tampak mulai mampu menyesuaikan diri terhadap kehilangan, tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru, meskipun perilaku tersebut dilakukan merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan kesenangan.

2. Reaksi Anak *Toddler* (1-3 tahun) Terhadap Hospitalisasi

Anak *toddler* biasanya bereaksi terhadap hospitalisasi terhadap sumber stress yang utama adalah cemas akibat perpisahan. Respon perilaku anak sesuai dengan tahapannya, yaitu tahap protes, putus asa dan pengingkaran. Pada tahap protes, perilaku yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orang tua, atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. Pada tahap putus asa perilaku yang ditunjukkan adalah menangis berkurang, anak kurang menunjukkan minat untuk bermain dan makan, sedih dan apatis. Pada tahap pengingkaran perilaku yang ditunjukkan adalah secara sama, mulai menerima perpisahan, membina hubungan secara dangkal dan akan memulai menyukai lingkungan. Oleh karena adanya pembatasan pergerakan, anak akan

kehilangan kemampuan untuk mengontrol diri dan akan memulai menyukai lingkungan.

3. Respon Orang Tua Terhadap Proses Hospitalisasi

a) Kecemasan

Ini termasuk dalam kelompok emosi primer dan meliputi perasaan was-was, bimbang, khawatir, kaget, bingung, dan merasa terancam. Untuk menghilangkan kecemasan harus meperkuat respon menghindar. Namun dengan begitu hidup orang itu sangat terbatas setelah beberapa pengalaman yang menyakitkan.

b) Marah

Marah termasuk kedalam kelompok emosi primer termasuk gusar, tegang, kesal, jengkel, dendam, merasa terpaksa, dan sebagainya. Ketidakmampuan mengatasi dan mengenal kemarahannya sering merupakan komponen dari penyesuaian diri dan hal ini merupakan sumber kecemasan tersendiri. Untuk orang seperti ini, pelatihan ketegasan dapat membantu.

c) Sedih

Sedih termasuk kedalam kelompok primer termasuk susah, putus asa, iba, rasa bersalah tak berdaya terpojok dan sebagainya. Bila kesedihan terlalu lama maka timbulah tanda-tanda depresi dengan triasnya: rasa sedih, putus asa sehingga timbul pikiran lebih baik mati saja.

d) *Stressor*

Reaksi orang tua dipengaruhi oleh tingkat keseriusan penyakit anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit dan hospitalisasi, prosedur pengobatan kekuatan ego individu, kemampuan koping, kebudayaan dan kepercayaan.

4. Reaksi *Sibling*

Sibling sangat terpengaruh dalam menghadapi anggota keluarga yang sedang di rawat dirumah sakit. *Sibling* akan merasa cemburu, marah, benci, iri, dan merasa bersalah. Hal tersebut dikarenakan secara tiba-tiba

perhatian keluarga sedang tertuju kepada saudaranya yang sakit sehingga *sibling* akan merasa terabaikan. Untuk mengatasi hal ini, perawat dapat membantu orang tua mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan *sibling* antara lain:

- a) Memberikan informasi tentang kondisi penyakit saudara kandung dan sejauh mana perkembangannya
- b) Membiarkan *sibling* untuk mengunjungi saudaranya yang dirawat
- c) Anjuran untuk memberikan perhatian seperti membuat gambar atau kartu serta
- d) Menelpon saudaranya yang dirawat, membiarkan *sibling* untuk terlibat dalam perawatan saudara kandung semampunya.

G. Pengkajian Keperawatan

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

Pengkajian yang ditemukan pada penderita bronkopneumonia menurut Sukarmin (2013) yaitu sebagai berikut:

1. Pola Persepsi sehat-penatalaksanaan sehat

Data yang muncul sering orang tua berpresepsi meskipun anaknya batuk masih menganggap belum terjadi gangguan serius, biasanya orang tua menganggap anaknya benar-benar sakit apabila anak sudah mengalami sesak napas.

2. Pola Metabolik Nutrisi

Anak dengan bronkopneumonia sering muncul anoreksia, mual dan muntah (karena peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme).

3. Pola Eliminasi

Penderita sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui evaporasi karena demam.

4. Pola Istirahat-Tidur

Data yang sering muncul adalah anak mengalami kesulitan tidur karena sesak napas. Penampilan anak lemah, sering menguap, anak juga sering menangis pada malam hari karena ketidaknyamanan.

5. Pola Aktivitas Latihan

Anak tampak menurun aktivitas dan latihannya sebagai dampak dari kelemahan fisik. Anak tampak lebih banyak minta digendong atau *bedrest*.

6. Pola Kognitif – Persepsi

Penurunan kognitif untuk mengingat apa yang pernah disampaikan biasanya sesaat akibat penurunan asupan nutrisi dan oksigen pada otak. Pada saat dirawat anak tampak bingung ketika ditanya tentang hal-hal yang baru disampaikan.

7. Pola Persepsi Diri - Konsep Diri

Tampak gambaran orang tua terhadap anak diam kurang bersahabat, tidak suka bermain, ketakutan terhadap orang lain meningkat.

8. Pola Peran – Hubungan

Anak tampak malas saat diajak bicara baik dengan temannya ataupun orang yang lebih besar, anak lebih banyak diam dan selalu bersama orang tuanya.

9. Pola Seksualitas-Reproduksi

Pada kondisi sakit dan anak kecil masih sulit terkaji. Pada anak yang sudah mengalami pubertas mungkin akan mengalami gangguan sementara atau penundaan terhadap menstruasi.

10. Pola Toleransi Stres-Koping

Aktifitas yang sering tampak saat menghadapi stress adalah anak sering menangis, kalau sudah remaja saat sakit akan mudah tersinggung dan marah.

11. Pola Nilai-Keyakinan

Nilai keyakinan mungkin meningkat seiring dengan kebutuhan untuk mendapat sumber kesembuhan dari Tuhan YME.

12. Pemeriksaan Fisik

- a. Status penampilan kesehatan: lemah
- b. Tingkat kesadaran kesehatan: normal, letargi, stupor, koma, apatis, tergantung tingkat penyebaran penyakit.
- c. Tanda-tanda vital
 - 1) Frekuensi nadi dan tekanan darah: takikardi, hipertensi.
 - 2) Frekuensi pernafasan:
Takipnea, dispnea progresif, pernafasan dalam, penggunaan otot bantu nafas, retraksi dinding dada.
 - 3) Suhu tubuh: hipertermi akibat penyebaran toksik mikroorganisme yang direspon oleh hipotalamus.
- d. Berat badan dan tinggi badan: kecenderungan anak mengalami penurunan berat badan.
- e. Integumen:
 - 1) Warna: pucat sampai sianosis
 - 2) Suhu: pada hipertermi kulit akan terbakar panas akan tetapi setelah hipertermi teratasi kulit anak akan teraba dingin.
 - 3) Turgor: menurun pada saat dehidrasi.
- f. Kepala dan Mata
 - 1) Perhatikan bentuk kesimetriannya.
 - 2) Palpasi tengkorak akan adanya nodus atau pembengkakan yang nyata.
 - 3) Periksa *hygiene* kulit kepala, ada atau tidak adanya lesi, kehilangan rambut, dan perubahan warna.
- g. Data yang paling menonjol pada pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan thorax dan paru-paru
 - 1) Inspeksi: frekuensi irama, kedalaman nafas dan upaya bernafas antara lain: takipnea, dispnea progresif, pernafasan dalam, *pektus eksavatum* (dada corong), *paktus karinatum* (dada burung), *barrel chest*.
 - 2) Palpasi: suara pernafasan yang meningkat intensitasnya: suara bronkovesikuler atau bronkhial pada daerah yang terkena dan

udara pernafasan tambahan ronkhi pada sepertiga akhir inspirasi.

- 3) Perkusi: pekak terjadi bila terisi cairan pada paru, normalnya tompati (terisi udara) resonasi.
- 4) Auskultasi: suara pernafasan yang meningkat intensitasnya:
 - a) Suara bronkovesikuler atau bronkhial pada daerah yang terkena
 - b) Suara pernafasan tambahan-ronki inspiratoir pada sepertiga akhir inspirasi

13. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan darah menunjukkan leukositosis dengan predominan PMN atau dapat ditemukan leukopenia yang menandakan prognosis buruk. Dapat ditemukan anemia ringan atau sedang.
- b. *X-ray* dada
 Temuan pada *x-ray* dada pneumonia antara lain:
 - 1) Infiltrat Intersisial, ditemukan gambaran bronkovaskular, hiperaerasi (menunjukkan adanya kumpulan udara yang lebih banyak di bagian paru yang digambarkan dengan air *bronchogram*+), dan peribronchial.
 - 2) Infiltrat Alveolar, ditemukan gambaran konsolidasi paru dengan air bronkogram. Jika terdapat kelainan pada satu lobus dinamakan pneumonia lobaris. Jika tampak sebagai lesi tunggal, berbentuk oval, berbatas tidak jelas, dan seperti gambaran keganasan paru maka dinamakan *round* pneumonia.
 - 3) Bronkopneumonia, pada radiografi akan terlihat gambaran corakan infiltrat, disertai dengan peningkatan corakan peribronkial.
- c. Pemeriksaan mikrobiologik, dapat dibiak dari spesimen usap tenggorok, sekresi nasofaring, bilasan bronkus atau sputus, darah, aspirasi trakea, fungsi pleura atau apirasi paru. (Sukarmin, 2013)

H. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial, dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. (Sumijatun, 2010)

Menurut Yasmara, Deni, Nursiswati (2016) diagnosa keperawatan yang dapat diangkat untuk penyakit bronkopneumonia pada anak adalah:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan kapiler alveolus.
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi bronchial yang dibuktikan oleh: irama pernapasan teratur dan tidak ada penggunaan otot bantu napas.
4. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan parenkim paru.
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
6. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis peningkatan kebutuhan metabolik (demam, proses infeksi, distensi abdomen dan gas)
7. Hipertemi berhubungan dengan toksemia.
8. Cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi, faktor psikologis, ancaman konsep diri

I. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. (Dermawan, 2012)

Menurut Yasmara, Deni, Nursiswati (2016) rencana keperawatan yang dapat dilakukan untuk penyakit bronkopneumonia pada anak adalah:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum.

Tujuan: Jalan napas kembali efektif

Kriteria hasil:

- a. Suara napas vesikuler
- b. Tidak ada dispnea
- c. Tidak ada sianosis

Intervensi:

Mandiri:

- a. Kaji kecepatan dan kedalaman napas, serta pergerakan dada.
- b. Auskultasi suara napas.
- c. Bantu klien untuk sering melakukan latihan napas dalam.

Kolaborasi:

- a. Berikan terapi mukolitik, ekspektoran, bronkodilator, dan analgesik sesuai indikasi.
- b. Kolaborasi fisioterapi dada dengan petugas fisioterapi.
- c. Kolaborasi pemberian antibiotik.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan kapiler alveolus.

Tujuan: Kerusakan pertukaran gas tidak terjadi

Kriteria hasil:

- a. Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan dengan AGD dalam rentang normal.
- b. Tidak terjadi distress pernafasan.

Intervensi:

Mandiri:

- a. Kaji frekuensi dan kedalaman napas.
- b. Observasi warna kulit, membran mukosa, dan bantalan kuku.
- c. Kaji status mental.
- d. Pantau frekuensi dan irama jantung.
- e. Pantau suhu tubuh.

- f. Kaji tingkat ansietas. Kunjungi dengan sering dan atur orang dekat dan orang yang menjenguk klien untuk tinggal menemani klien.

Kolaborasi:

- a. Berikan terapi oksigen
- b. Pemantauan AGD (Analisa Gas Darah).

3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi bronchial

Tujuan: pola napas kembali efektif.

Kriteria hasil:

- a. Pola napas, irama frekuensi dan kedalaman yang normal.
- b. Tidak ada penggunaan otot bantu napas.
- c. Tidak gelisah.

Intervensi:

Mandiri:

- a. Kaji status pola napas, irama, frekuensi, kedalaman pernapasan.
- b. Kaji ada penggunaan otot bantu napas.
- c. Kaji tingkat kegelisahan.
- d. Tinggikan posisi kepala.

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi tindakan fisioterapi dada

4. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan parenkim paru.

Tujuan: Nyeri dapat teratasi

Kriteria hasil:

- a. Nyeri berkurang.
- b. Menunjukkan rileks.
- c. Menunjukkan istirahat dan tidur yang baik.

Intervensi:

Mandiri:

- a. Kaji karakteristik nyeri (P, Q, R, S, dan T).
- b. Pantau tanda-tanda vital (RR dan TD).

- c. Berikan tindakan distraksi misalnya mendengarkan musik dan menonton video kartun tentang anak-anak.
- d. Berikan tindakan nyaman
- e. Anjurkan keluarga untuk menekan dada pasien selama batuk.

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian analgesik dan antitusif sesuai indikasi.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan: menoleransi aktivitas yang bisa dilakukan.

Kriteria hasil:

- a. Menunjukkan adanya peningkatan toleransi terhadap aktivitas yang dapat diukur dengan tidak adanya dispnea, dan kelemahan.
- b. TTV dalam batas normal.

Intervensi:

Mandiri:

- a. Evaluasi respon pasien terhadap aktivitas.
- b. Berikan lingkungan yang tenang.
- c. Jelaskan pentingnya istirahat dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat.
- d. Bantu aktivitas perawatan diri yang diperlukan.

6. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis peningkatan kebutuhan metabolik (demam, proses infeksi, distensi abdomen dan gas).

Tujuan: kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil:

- a. Menunjukkan peningkatan nafsu makan
- b. Berat badan stabil
- c. Memiliki nilai laboratorium dalam batas normal

Intervensi:

Mandiri:

- a. Kaji keluhan mual muntah pada pasien.
 - b. Auskultasi bunyi usus.
 - c. Berikan makanan dalam porsi kecil dan sering termasuk makanan kering atau makanan yang menarik untuk pasien.
 - d. Timbang berat badan.
7. Hipertemi berhubungan dengan toksemia.
- Tujuan: tidak terjadi hipertermi
- Kriteria hasil:
- a. Suhu tubuh dalam batas normal
 - b. Tidak ada menggigil
 - c. Nadi dalam batas normal
 - d. Tidak tampak kemerahan pada wajah
- Intervensi:
- Mandiri:
- a. Kaji suhu tubuh dan nadi pasien
 - b. Pantau warna kulit dan suhu
 - c. Berikan dorongan untuk minum yang cukup
 - d. Lakukan kompres hangat
- Kolaborasi:
- a. Kolaborasi pemberian antipiretik sesuai dengan instruksi dokter.
8. Cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi, faktor psikologis, ancaman konsep diri.
- Tujuan: cemas anak dan orang tua berkurang
- Kriteria hasil:
- a. Pasien tampak tenang
 - b. Orang tua tampak tenang.
 - c. Pasien dan orang tua tampak nyaman.
 - d. Rasa cemas pada anak dan orang tua berkurang.
- Intervensi:
- Mandiri:

- a. Amati perilaku pasien saat perawat datang.
- b. Kaji penyebab cemas anak dan orang tua.
- c. Libatkan orang tua dalam menemani anak selama perawatan
- d. Ciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak.

J. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien. Pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan maka akan dicatat dalam catatan keperawatan. Dalam melakukan tindakan keperawatan pun perlu menggunakan 3 tahap pendekatan yaitu, mandiri adalah kegiatan yang dilakukan tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan yang lainnya, kolaborasi adalah tindakan yang berhubungan dengan rencana tindakan medis lainnya. (Sukarmin, 2013)

K. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. (Manurung, 2011). Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor:

1. Tujuan tidak realistis
2. Tindakan keperawatan yang tidak tepat
3. Terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

1. Pernyataan evaluasi formatif. Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan
2. Pernyataan evaluasi sumatif. Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 11 Februari 2020 di Ruang Gladiola di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.

1. Data biografi

Nama pasien An. J berusia 1 tahun 27 hari, berjenis kelamin laki-laki, lahir di Bekasi tanggal 15 Januari 2019, beragama Islam, suku Jawa. Identitas kedua orang tua pasien yaitu Ibu pasien bernama Ny. H yang berusia 34 tahun, pendidikan SLTA sebagai ibu rumah tangga, beragama Islam, dan bersuku Jawa. Sedangkan ayah pasien bernama Tn. Y yang berusia 43 tahun, pendidikan terakhir SLTA, bekerja sebagai karyawan swasta, beragama Islam, dan bersuku Jawa. Alamat rumah di Prima Harapan *Regency*.

2. Resume

An. J datang ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 9 Februari 2020 pukul 11.00 wib. Pada pukul 13.00 pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Gladiola, dilakukan pemeriksaan oleh perawat ruangan didapatkan hasil ibu pasien mengatakan An. J demam naik turun sudah satu minggu yang lalu, batuk pilek ada dan sudah satu minggu. Masalah keperawatan yang diangkat yaitu hipertermi. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil suhu 37,9°C, pernapasan 48x/menit, nadi 119x/menit. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu dipasang infus dari IGD KAEN 3A 750 cc/24 jam, diberikan tempra 3 x 2,5 cc, cohistan 3 x 5 cc, isoprinosin 2 x 5 cc melalui oral, diberikan terapi inhalasi yaitu fartolin 3 x 1 cc, pulmicort 3 x 1 cc dan NaCl 3 x 2 cc, diberikan elpicef 2 x 250 mg melalui intravena, dan diberikan diit lunak. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Ibu pasien mengatakan selama masa kehamilan An. J tidak mengalami mual muntah yang berlebihan, mengalami flek atau perdarahan pada saat usia kehamilan 7 bulan, tidak anemia, tidak ada penyakit infeksi, tidak mengalami pre eklamsi atau eklamsi, serta tidak mengalami gangguan kesehatan lainnya. Ibu pasien mengatakan rutin dalam melakukan pemeriksaan di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat, diperiksa oleh dr. Lina dengan hasil pemeriksaan pada usia kehamilan 1-6 bulan kandungan dalam kondisi baik namun pada usia kehamilan 7 bulan ibu pasien mengalami flek namun setelah itu tidak ada flek lagi diusia kehamilan selanjutnya. Ibu pasien juga mengatakan mendapatkan imunisasi TT sebanyak dua kali di bidan namun lupa pada usia kehamilan beberapa. Ibu pasien mengatakan hanya mengkonsumsi vitamin zat besi yang diberikan oleh dr. Lina. Ibu pasien mengatakan An. J dilahirkan diusia kehamilan 37 minggu secara norma dibantu oleh dr. Lina dengan berat badan 3000 gram dan panjang badan 47 cm dengan keadaan bayi saat lahir terdapat benjolan ditelinga sebelah kiri pasien yang dibantu oleh dr. Lina dan An. J langsung diberika imunisasi BCG dan Hb 0 serta langsung di IMD.

b. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Ibu pasien mengatakan An. J sudah bisa menyebut “mama” namun jarang, tumbuh gigi pertama diusia 9/10 bulan, mulai merangkak diusia 10 bulan, dan bisa berdiri diusia 1 tahun namun belum bisa berjalan hanya berjalan merayap saja, An. J belum bisa berbicara lebih dari 2 suku kata dan ibu pasien mengatakan belum pernah dicoba untuk menulis atau mecoret-coret sesuatu dikertas.

c. Riwayat kesehatan

Ibu dan ayah pasien mengatakan An. J hanya pernah sakit biasa seperti batuk pilek dan demam saja, sempat diare diusia 6 bulan

namun tidak pernah dirawat inap, An. J tidak pernah mengonsumsi obat-obatan rutin, An. J alergi terhadap *seafood* namun tidak ada alergi pada obat, dan ibu pasien mengatakan imunisasi An. J lengkap dan sesuai jadwal pemberian, reaksi yang pernah terjadi setelah pemberian imunisasi campak yaitu An. J mengalami demam, lalu upaya untuk mengatasinya diberikan obat *tempra* dan ibu pasien memilih jenis imunisasi DPT yang tidak mengakibatkan efek sampingnya demam. Diusia An. J satu tahun, diberikan imunisasi *Varicella*, 2 minggu setelah pemberian imunisasi tersebut An. J mengalami demam naik turun dan batuk pilek (kondisi yang sekarang).

d. Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

1) Pola pemenuhan nutrisi

Ibu pasien mengatakan anaknya diberikan ASI sampai berusia 1 bulan saja karena ibu mengalami *Baby Blues* sampai An. J berusia 3 bulan, pada saat An. J berusia 1-6 bulan diberikan susu formula. Saat An. J berusia 6 bulan sudah mulai diberi makanan pendamping seperti bubur. Ibu pasien mengatakan frekuensi makan An. J yaitu 2x/hari di pagi dan malam hari dengan jenis makanan bubur tim, saat siang hari hanya diberikan cemilan seperti biskuit atau buah-buahan, An. J alergi terhadap *seafood* dan makan masih disuapi oleh ibunya. Ibu pasien mengatakan jumlah minum An. J dalam sehari yaitu air putih 2 botol bayi dan susu 4 botol bayi yang berukuran 100 cc.

2) Pola tidur

Ibu pasien mengatakan lama tidur siang An. J 2 jam lebih dan jamnya tidak menentu, sedangkan tidur malam mulai dari jam 19.30 sampai 04.00. Kebiasaan menjelang tidur ibu dan ayah pasien mengatakan An. J harus minum susu sambil dielus-elus.

3) Pola aktivitas atau latihan

Ibu pasien mengatakan An. J sering bermain mobil-mobilan dan jarang bermain dengan teman-teman sebayanya.

4) Pola kebersihan diri

Ibu pasien mengatakan anaknya mandi 2x sehari dipagi dan sore hari, menggunakan sabun, menggosok gigi jarang, 1-2 minggu sekali karena giginya masih sedikit, tidak menggunakan pasta gigi, cuci rambut 2-3x seminggu menggunakan shampoo. Ibu mengatakan pola kebersihan anaknya dibantu semua oleh ibunya.

5) Pola eliminasi

Ibu mengatakan anaknya BAB 2x sehari di pagi dan sore hari dengan konsistensi lembek, warna kuning kecokelatan, bau khas feses, tidak menggunakan obat pencahar, dan tidak ada keluhan saat BAB. Ibu mengatakan anaknya masih menggunakan pampers dan mengganti pampers sebanyak 4x dalam sehari sudah termasuk ganti saat An. J BAB.

6) Kebiasaan lain

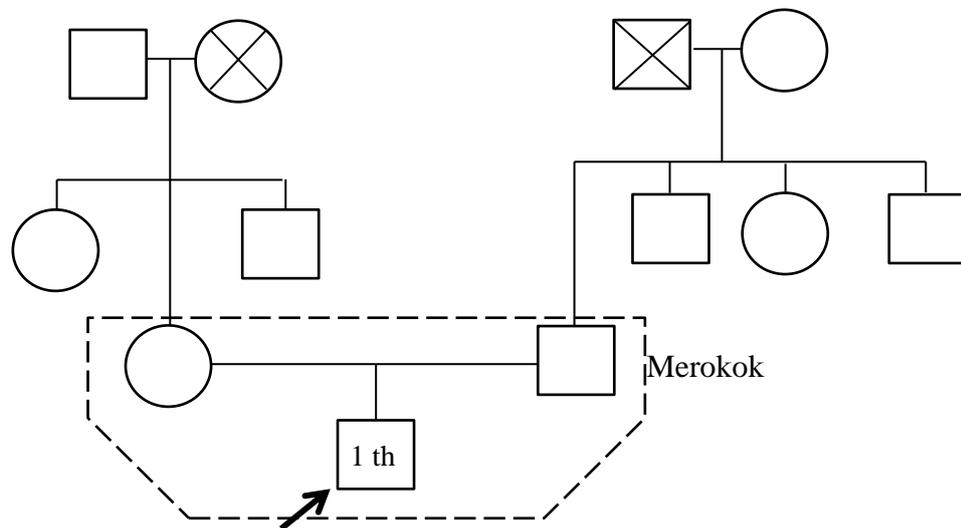
Ibu pasien mengatakan anaknya suka memasuki jarinya dan mainan kedalam mulut.

7) Pola asuh

Ibu dan ayah pasien mengatakan pola asuh terhadap An. J tidak terlalu dimanja/keras.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Susunan keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus-kasus tertentu).



Bronkopneumonia

Keterangan:



Meninggal



Laki-laki



Tinggal serumah



Perempuan



Pasien

- b. Riwayat penyakit keluarga

Ibu pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi, ginjal, jantung, dan lain-lain. Namun, ayah dari suaminya mempunyai riwayat penyakit hipertensi, ayah pasien mengatakan sering merokok, dan tidak ada riwayat penyakit asma.

c. Koping keluarga

Ibu dan ayah pasien mengatakan apabila ada anggota keluarga yang sakit, diberikan obat-obatan yang tersedia dirumah terlebih dahulu, apabila belum sembuh maka dibawa ke Rumah Sakit.

d. Sistem nilai

Ibu dan ayah pasien mengatakan tidak ada budayanya yang bertentangan dengan kesehatan.

e. Spiritual

Ibu dan ayah pasien mengatakan tidak ada kepercayaan atau keyakinan yang bertentangan dengan kesehatan.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

a. Resiko bahaya kecelakaan

Ibu dan ayah pasien mengatakan rumahnya tidak licin dan tidak mempunyai lantai 2, lingkungan rumahnya juga jauh dari jalan raya.

b. Polusi

Ibu dan ayah pasien mengatakan rumahnya jauh dari pabrik, namun ayah pasien mengatakan sering merokok.

c. Kebersihan

Ibu pasien mengatakan rumahnya dibersihkan setiap 2xhari, lingkungan rumahnya bersih namun tetangganya banyak yang merokok, ventilasi rumah baik atau udara dan sinar matahari dapat masuk kedalam rumah.

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Riwayat penyakit sekarang

An. J mulai sakit pada tanggal 2 Februari 2020 dan dirawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 9 Februari 2020. Ibu mengatakan anaknya demam naik turun kemudian batuk dan pilek terjadi secara bertahap, lamanya sudah 1 minggu. Menurut ibu sakitnya ini disebabkan karena pemberian imunisasi varicella dan sering memasuki jari dan mainan kedalam mulutnya, namun menurut

ayahnya sakit anaknya ini disebabkan karena ayahnya sering merokok. Ibu merasa khawatir karena anaknya tidak kunjung sembuh, lalu dibawa ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat untuk mendapatkan penanganan. Kondisi saat ini, ibu dan ayah pasien mengatakan An. J sudah tidak demam hanya batuk dan pilek saja namun tidak dapat mengeluarkan dahaknya.

b. Pengkajian fisik secara fungsional

1) Data Klinik

Data yang terdapat pada pasien yaitu kesadaran compos mentis, suhu 37,1°C, nadi 114x/menit, pernafasan 43x/menit, tekanan darah tidak terkaji.

2) Nutrisi dan Metabolisme

Data Subjektif

Ibu dan ayah pasien mengatakan An. J tidak nafsu makan, tidak makan pagi, makan siang habis ¼ porsi dan makan sore hanya 12 suap, ada penurunan berat badan sebanyak 0,4 kg, minum sudah 2 botol bayi dan susu sudah 3 botol bayi yang berukuran 100cc. Ibu pasien mengatakan tidak ada muntah dan tidak ada kesulitan untuk menelan.

Data Objektif

Hasil pemeriksaan yang ditemukan saat pengkajian mukosa mulut pasien tampak lembab, berwarna merah muda, tidak ada lesi, tidak ada kelainan palatum, bibir simetris dan lembab, tidak ada pembengkakan pada gusi, lidah tampak sedikit kotor. Saat ini An. J sudah memiliki 2 gigi bawah dibagian depan, tidak ada karang gigi, tidak ada karies gigi, tidak obesitas. Integritas kulit utuh, turgor kulit elastis, tekstur kulit lembut, berwarna kuning langsung, tidak ada tanda-tanda dehidrasi dan tidak menggunakan sonde/NGT.

3) Respirasi/sirkulasi

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan napas anaknya bunyi “grek-grek”, tidak tahu sesak atau tidak, ada batuk berdahak namun tidak bisa dikeluarkan atau ditelan lagi oleh An. J.

Ibu dan ayah pasien mengatakan tidak tahu An. J ada sakit dada atau tidak namun saat dipegang bagian dadanya An. J tidak tampak kesakitan serta tidak ada bengkak pada anggota tubuh An. J.

Data Objektif

Hasil pemeriksaan yang ditemukan saat pengkajian An. J tampak sesak dengan frekuensi napas 43x/menit, irama napas tidak teratur, pola napas cepat. Terdengar suara ronchi di kedua paru bagian anterior. Batuk produktif namun tidak dapat dikeluarkan, pilek ada, tidak ada batuk darah, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan pernapasan cuping hidung.

Tidak ada ikterus, sianosis, edema, pengisian kapiler An. J < 3 detik dan temperatur suhu An. J $37,1^{\circ}\text{C}$, An. J tampak lemas.

4) Eliminasi

Data Subjektif

Ibu mengatakan anaknya tidak ada kembung, tidak ada nyeri pada perut An. J. Ibu mengatakan anaknya sudah BAB 1x hari ini di jam 1 siang dengan konsistensi lembek, berwarna coklat, tidak ada lendir. Ibu mengatakan anak frekuensi BAK An. J tidak tahu karena menggunakan pampers dan sudah mengganti pampers sebanyak 3x.

Data Objektif

Saat dilakukan pengkajian abdomen pasien teraba lemas, tidak tampak tegang atau kaku, tidak ada kembung, bising usus 8x/menit. BAB pasien tidak terkaji. Pengkajian BAK dilihat dari pampers An. J dengan hasil warna kuning, bau khas urin, tidak menggunakan kateter. Kondisi rectum tidak ada iritasi, tidak ada

atresia ani ataupun prolaps.

5) Aktivitas/latihan

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan An. J belum bisa berjalan tapi jalan merambat bisa, namun sudah bisa berdiri sendiri tapi terkadang jatuh. Karena itu, kebutuhan sehari-hari An. J masih bergantung sama orang tuanya.

Data ObjektifAn. J belum dapat berjalan, hanya bisa berdiri dan berjalan merambat sambil berpegangan, kekuatan menggenggam An. J pada kedua tangannya baik, bentuk kaki simetris.

6) Sensori Persepsi

Data Subjektif

Ibu mengatakan pendengaran anaknya normal misalnya saat dipanggil An. J meresponnya dengan menoleh. Penglihatan anaknya normal karena mampu menatap ibunya dan ayahnya tanpa menggunakan kacamata. Penciuman anaknya normal seperti mampu mencium bau makanan. Perabaan anaknya baik karena mampu meraba benda disekitarnya dengan baik. Pengecapan anaknya baik namun belum bisa mengungkapkan rasanya.

Data Objektif

An. J tampak bereaksi saat rangsangan diberikan, pupil isokor, konjungtiva ananemis, penglihatan dan pendengaran normal ketika dipanggil An. J dapat mendengar dan melihat kearah yang memanggilnya.

7) Konsep diri

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan kondisi ini sangat mempengaruhi anaknya, karena anak nya rewel sejak sakit dan tidak mau jauh dari ibu dan ayahnya. Namun sekarang sudah tidak terlalu rewel lagi.

Data Objektif

Saat pengkajian, kontak mata An. J baik selalu melihat kearah

suster dan tidak terlalu takut dengan kehadiran suster. Namun tampak pendiam selama diajak ngobrol dan terkadang memeluk ibunya.

8) Tidur/istirahat

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan tidur anaknya nyenyak, walaupun sering batuk namun An. J tidak terbangun.

Data Objektif

Tidak ada tanda-tanda kurang tidur pada An. J.

9) Seksualitas/reproduksi

Data Subjektif

Tidak terkaji

Data Objektif

Tidak ada kelainan skrotum pada An. J.

c. Dampak Hospitalisasi

1) Pada Anak

Ibu pasien mengatakan awal masuk rumah sakit An. J sangat rewel dan selalu minta digendong. Saat melihat suster selalu menangis dan tidak mau minum obat sehingga butuh bujukan yang *extra*. Namun saat ini rewel sudah berkurang, minum obat sudah mulai mau namun harus dikasih pengalihan dan menangis sudah jarang.

2) Pada Keluarga

Ibu dan ayah pasien mengatakan sangat cemas dengan kondisi anaknya karena pertama kalinya anaknya masuk rumah sakit dan dirawat juga anak pertamanya.

d. Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Saat ini

1) Pertumbuhan

Berat badan An. J saat pengkajian adalah 9,4kg dimana berat badan ideal An. J adalah 10kg, tinggi badan 76cm, lingkar kepala

43cm, lingkaran lengan atas 5,5cm dan baru tumbuh 2 gigi bawah dibagian depan.

2) Perkembangan

Motorik kasar pada An. J yaitu An. J belum dapat berjalan sendiri hanya baru bisa berdiri dan bisa berjalan sambil merambat, motorik halus nya yaitu saat diberikan benda kecil seperti pulpen, An. J mengambil dengan menggunakan 5 jarinya, bahasa yang digunakan juga belum jelas seperti An. J diam saja saat diajak bicara dan ketika meminta sesuatu hanya menunjuk barang yang ia mau tapi tidak bicara dengan jelas, sosialisasi An. J ketika diajak ke *play land* mampu bermain dengan teman sebayanya tetapi tidak ada komunikasi.

7. Pengetahuan dan Pemahaman Keluarga tentang Penyakit dan Perawatan Anak

Ibu dan ayah pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang diderita oleh anaknya setelah dokter menjelaskan hasil *rontgen* An. J. Ibu dan ayah pasien mengatakan bahwa bronkopneumonia adalah sama seperti flek paru yang tanda gejalanya salah satunya batuk berdahak. Ayah pasien mengatakan bahwa sakit anaknya ini karena kebiasaannya yang sering merokok, dan nanti ketika An. J pulang ayahnya tidak mau merokok lagi agar penyakit An. J tidak terulang kembali.

8. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 9 Februari 2020 pukul 14.22 WIB. yaitu **Hematologi:** hemoglobin 12,5 g/dL (nilai normal 10,5 – 14,0 g/dL), LED 28 mm/jam (nilai normal 0 – 10 mm/jam), leukosit 7.300/ul (nilai normal 6.000 – 14.000/ul), hematokrit 38/vol% (nilai normal 32 – 42/vol%), trombosit 295.000/ul (nilai normal 150.000 – 450.000/ul), eritrosit 4,53 juta/ul (nilai normal 3,80 – 5,40 juta/ul), basofil 0% (nilai normal 0 – 1%), eosinofil 0% (nilai

normal 1 – 5%), batang 0% (nilai normal 3 – 6%), segmen 31% (nilai normal 25 – 60%), limfosit 62% (nilai normal 25 – 50%), monosit 7% (nilai normal 1 – 6 %), MCV 84 Fl (nilai normal 72 – 88 Fl), MCH 28 pg (nilai normal 24 – 30 pg), MCHC 33% (nilai normal 32 – 36%), natrium 138 mmol/l (nilai normal 135 – 146 mmol/l), kalium 4,61 mmol/l (nilai normal 3,50 – 5,50 mmol/l), klorida 105 mmol/l (nilai normal 95 – 112 mmol/l). **Widal:** S. Typhi O, S. Paratyphi AO, S. Paratyphi BO, S. Paratyphi CO, S. Typhi H, S. Paratyphi AH, S. Paratyphi BH, S. Paratyphi CH didapatkan hasil negatif (nilai normal negatif).

Hasil pemeriksaan foto *rontgen thorax* pada tanggal 10 Februari 2020 yaitu:

Thorax:

Sinus dan diaphragm normal, infiltrat di kedua paru hiler dan paru cardial, jantung: normal.

Kesan: Bronkopneumonia *duplex*.

9. Penatalaksanaan Medis

Pasien diberikan terapi cohistan 3x4,1 mg melalui oral, isoprinosin 2x5 cc melalui oral, fartolin 3x1 mg, pulmicort 3x0,5 mg, NaCl 3x2 cc melalui inhalasi, elpicef 2x250 mg melalui intravena. Terpasang infus ditangan kiri vena brakialis KAEN 3A 750cc/24 jam, 30 tetes/menit (mikro). Diberi diet lunak.

Data Fokus

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran *compos mentis*, suhu 37,1°C, frekuensi pernapasan 43x/menit, dan nadi 114x/menit.

a. Kebutuhan Oksigenasi

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan napas An. J bunyi “grek-grek”, anaknya tampak sesak, batuk berdahak ada tapi tidak bisa dikeluarkan / ditelan lagi oleh An. J, pilek ada.

Data Objektif

Frekuensi napas 43x/menit, suara napas ronchi dikedua paru bagian anterior, irama napas tidak teratur, pola napas cepat, ada batuk produktif tetapi sputum tidak dapat dikeluarkan, tampak sesak, ada pilek, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan pernapasan cuping hidung. Hasil *rontgen thorax* kesan: Bronkopneumonia *duplex*.

b. Kebutuhan cairan**Data Subjektif**

Ibu pasien mengatakan anaknya minum air putih sudah 2 botol susu dan minum susu sudah 3 botol @100cc, tidak ada bengkak pada anggota tubuh anaknya, BAB sudah 1x dijam 1 siang di pampers lumayan banyak, dan sudah mengganti pampers 3x.

Data Objektif

An. J tampak lemas, tidak ada edema pada, tidak tampak tanda-tanda dehidrasi, turgor kulit elastis, bibir tampak lembab, terpasang infus KAEN ditangan kiri vena brakialis 750cc/24jam. Hasil pemeriksaan laboratorium natrium 138mmol/l, kalium 4,61mmol/l, klorida 105mmol/l.

c. Kebutuhan nutrisi**Data Subjektif**

Ibu dan ayah pasien mengatakan An. J tidak nafsu makan, makan siang habis $\frac{1}{4}$ porsi dan makan sore hanya 12 suap saja, frekuensi makan sebelum masuk rumah sakit 2x/hari di pagi dan malam hari, siang hari hanya konsumsi buah/biskuit saja, berat badan sebelum sakit 9,8 kg, tidak ada mual dan muntah.

Data Objektif

Berat badan pasien saat pengkajian adalah 9,4kg (mengalami penurunan BB 0,4 kg), berat badan ideal An. J 10 kg, tidak menggunakan NGT, diet lunak, bising usus 8x/menit. Hasil

pemeriksaan laboratorium hemoglobim 12,5 g/dL.

d. Kebutuhan eliminasi BAB dan BAK

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit frekuensi BAB An. J 2x/hari setiap pagi dan sore hari. Hari ini BAB 1x dengan pampers, lumayan banyak dan sudah ganti pampers sebanyak 3x.

Data Objektif

Data yang didapatkan pada saat pengkajian adalah abdomen teraba lemas, tidak ada kembung, bising usus 8x/menit, dan tidak menggunakan kateter.

e. Tumbuh kembang

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan An. J sudah bisa menyebut “mama” namun jarang, tumbuh gigi pertama diusia 9/10 bulan, mulai merangkak diusia 10 bulan, dan bisa berdiri diusia 1 tahun namun belum bisa berjalan hanya berjalan merayap saja, An. J belum bisa berbicara lebih dari 2 suku kata dan ibu pasien mengatakan belum pernah dicoba untuk menulis atau mencoret-coret sesuatu di kertas.

Data Objektif

Berat badan An. J saat pengkajian adalah 9,4 kg dimana berat badan ideal An. J adalah 10 kg, tinggi badan 76 cm, lingkar kepala 43cm, lingkar lengan atas 5,5 cm dan baru tumbuh 2 gigi bawah dibagian depan. Motorik kasar pada An. J yaitu An. J belum dapat berjalan sendiri hanya baru bisa berdiri dan bisa berjalan sambil merambat, motorik halus nya yaitu saat diberikan benda kecil seperti pulpen, An. J mengambil dengan menggunakan 5 jarinya, bahasa yang digunakan juga belum jelas seperti An. J diam saja saat diajak bicara dan ketika meminta

sesuatu hanya menunjuk barang yang ia mau tapi tidak bicara dengan jelas, sosialisasi An. J ketika diajak ke *play land* mampu bermain dengan teman sebayanya tetapi tidak ada komunikasi.

f. Dampak hospitalisasi

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan awal masuk rumah sakit An. J sangat rewel dan selalu minta digendong. Saat melihat suster selalu menangis dan tidak mau minum obat sehingga butuh bujukan yang *extra*.

Data Objektif

An. J tidak tampak rewel, hanya diam saja, minum obat sudah mulai mau namun harus dikasih pengalihan dan menangis sudah jarang.

Analisa Data

Tabel 1.1

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif</p> <p>Ibu pasien mengatakan:</p> <p>a. Napas An. J bunyi “grek-grek”</p> <p>b. Anaknya tampak sesak</p> <p>c. Batuk berdahak ada tapi tidak bisa dikeluarkan/ditelan lagi oleh An. J</p> <p>d. Pilek ada</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Frekuensi napas 43x/menit</p>	<p>Bersihan Jalan</p> <p>Napas Tidak Efektif</p>	<p>Sekret yang tertahan</p>

No.	Data	Masalah	Etiologi
	b. Suara napas ronchi dikedua paru bagian anterior c. Irama napas tidak teratur d. Pola napas cepat e. Ada batuk produktif tetapi sputum tidak dapat dikeluarkan f. Tampak sesak g. Ada pilek h. Tidak ada penggunaan otot bantu napas dan pernapasan cuping hidung i. Hasil <i>rontgen thorax</i> kesan: Bronkopneumonia <i>duplex</i> .		
2.	Data Subjektif Ibu pasien mengatakan: a. Anaknya tampak sesak Data Objektif a. Frekuensi napas 43x/menit b. Irama napas tidak teratur c. Pola napas cepat d. Tampak sesak e. Tidak ada penggunaan	Pola Napas Tidak Efektif	Hiperventilasi

No.	Data	Masalah	Etiologi
	otot bantu napas dan pernapasan cuping hidung		
3.	<p>Data Subjektif</p> <p>Ibu pasien mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. An. J sudah bisa menyebut “mama” namun jarang b. Tumbuh gigi pertama di usia 9/10 bulan c. Mulai merangkak diusia 10 bulan dan bisa berdiri diusia 1 tahun namun belum bisa berjalan hanya berjalan merayap saja d. An. J belum bisa berbicara lebih dari 2 suku kata e. An. J belum pernah dicoba untuk menulis atau mencoret-coret sesuatu dikertas <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berat badan An. J saat pengkajian adalah 9,4 kg dimana berat badan ideal An. J adalah 10 kg 	Keterlambatan Tumbuh Kembang	Kurangnya Stimulasi

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>b. Tinggi badan 76 cm</p> <p>c. Lingkar kepala 43 cm</p> <p>d. Lingkar lengan atas 5,5 cm</p> <p>e. Tumbuh 2 gigi bawah dibagian depan.</p> <p>f. An. J belum dapat berjalan sendiri hanya baru bisa berdiri dan bisa berjalan sambil merambat</p> <p>g. Saat diberikan benda kecil seperti pulpen, An. J mengambil dengan menggunakan 5 jarinya</p> <p>h. Bahasa yang digunakan juga belum jelas seperti An. J diam saja saat diajak bicara dan ketika meminta sesuatu hanya menunjuk barang yang ia mau tapi tidak bicara dengan jelas</p> <p>i. Sosialisasi An. J ketika diajak ke <i>play land</i> mampu bermain dengan teman sebayanya tetapi tidak</p>		

No.	Data	Masalah	Etiologi
	ada komunikasi		
4.	<p>Data Subjektif</p> <p>Ibu pasien mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Awal masuk rumah sakit An. J sangat rewel dan selalu minta digendong b. Saat melihat suster selalu menangis dan tidak mau minum obat sehingga butuh bjujukan yang <i>extra</i> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. An. J tidak tampak rewel, hanya diam saja b. Minum obat sudah mulai mau namun harus dikasih pengalihan c. An. J jarang menangis atau sudah kooperatif 	<p>Ansietas pada Anak dan Orangtua</p>	<p>Dampak Hospitalisasi</p>

No.	Data	Masalah	Etiologi
5.	<p>Data Subjektif</p> <p>Ibu dan Ayah pasien mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. An. J tidak nafsu makan b. Makan siang habis ¼ porsi dan makan sore hanya 12 suap saja c. Frekuensi makan sebelum masuk rumah sakit 2x/hari di pagi dan malam hari, siang hari hanya konsumsi buah/biskuit saja d. Berat badan sebelum sakit 9,8kg e. Tidak ada mual dan muntah <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berat badan pasien saat pengkajian adalah 9,4 kg (mengalami penurunan BB 0,4 kg) b. Berat badan ideal An. J 10 kg c. Diet lunak d. Bising usus 8x/menit e. Hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin 12,5 g/dL. 	Resiko Kurang Nutrisi	Kurang asupan makan

No.	Data	Masalah	Etiologi
	f. Tidak menggunakan NGT		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan
Ditemukan : 11 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi
Ditemukan : 11 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi
3. Keterlambatan tumbuh kembang berhubungan dengan kurangnya stimulasi
Ditemukan : 11 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi
4. Ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi
Ditemukan : 11 Februari 2020
Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
5. Risiko kurang nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan
Ditemukan : 11 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum.

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan:

- a. Napas An. J bunyi “grek-grek”
- b. Anaknya tampak sesak
- c. Batuk berdahak ada tapi tidak bisa dikeluarkan / ditelan lagi oleh An. J
- d. Pilek ada

Data Objektif

- a. Frekuensi napas 43x/menit
- b. Suara napas ronchi dikedua paru bagian anterior
- c. Irama napas tidak teratur
- d. Pola napas cepat,
- e. Ada batuk produktif tetapi sputum tidak dapat dikeluarkan
- f. Tampak sesak
- g. Ada pilek
- h. Tidak ada penggunaan otot bantu napas dan pernapasan cuping hidung.
- i. Hasil *rontgen thorax* kesan: Bronkopneumonia *duplex*.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas kembali efektif.

Kriteria hasil: RR dalam batas normal (<40x/menit), tidak ada ronchi, suara napas vesikuler, batuk berkurang, tidak ada pilek, irama napas teratur, tidak ada sekret, dan tidak ada sesak.

Rencana Tindakan:

Tindakan Mandiri:

- a. Kaji kecepatan dan kedalaman nafas, serta pergerakan dada.
- b. Auskultasi suara nafas.
- c. Berikan *clapping* dada sesuai letak sekret dan vibrasi.

Tindakan Kolaborasi:

- a. Berikan terapi inhalasi fartolin 3x1 mg, pulmicort 3x0,5 mg, dan NaCl 3x2 cc.
- b. Berikan obat cohistan 3x4,1 mg melalui oral.

- c. Berikan obat isoprinosin 2x5 cc melalui oral.
- d. Berikan obat elpicef 2x250 mg melalui intravena.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 17.10 WIB mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada ronchi, irama napas tidak teratur, RR 41x/menit, anak tampak sesak, tidak ada otot bantu napas, tidak ada penggunaan cuping hidung, dan ibu pasien mengatakan An. J batuk terus menerus. **Pukul 18.30 WIB** memberikan terapi nebulizer fartolin 1mg, pulmicort 0,5 mg, dan NaCl 2 cc dengan hasil nebulizer dapat diberikan, An. J tampak tenang. **Pukul 18.40 WIB** memberikan obat cohistan 4,1 mg melalui oral dengan hasil obat dapat diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 18.50 WIB** melakukan *clapping* dada dan vibrasi dengan hasil An. J tampak rileks, batuk ada namun dahak tidak dapat dikeluarkan. **Pukul 19.15 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada ronchi, irama napas tidak teratur, RR 42x/menit, anak tampak sesak, tidak ada otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, dan ada pilek. Ibu pasien mengatakan batuk sudah membaik, tapi tidak keluar dahak, hanya keluar lendir dari hidung. **Pukul 21.30 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil pasien ada batuk, ada ronchi, anak tampak sesak, dan RR 39x/menit (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 07.00 WIB mengkaji pernapasan pasien dengan hasil RR 38x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur, pola napas cepat, masih ada ronchi, ibu pasien mengatakan An. J masih batuk waktu tidur semalam tapi tidak terlalu sering, dan masih ada pilek. **Pukul 08.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada ronchi, irama napas tidak teratur, RR 32x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan

otot bantu napas dan tidak menggunakan cuping hidung. Ibu pasien mengatakan masih ada batuk dan pilek. **Pukul 08.15 WIB** memberikan obat cohistan 4,1 mg dan isoprinosin 5 cc melalui oral dengan hasil obat dapat diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 08.20 WIB** memberikan terapi nebulizer fartolin 1 mg, pulmicort 0,5 mg dan NaCl 2 cc dengan hasil nebu dapat diberikan dan An. J tampak tenang. **Pukul 08.40 WIB** melakukan *clapping* dada dan vibrasi dengan hasil An. J tampak rileks, batuk masih ada dan sudah tidak terlalu sering namun dahak tidak dapat dikeluarkan. **Pukul 10.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil masih ada ronchi, pola napas cepat, irama napas tidak teratur, tidak ada sesak, dan RR 37x/menit. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat cohistan 4,1 mg melalui oral dengan hasil obat dapat diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 13.05 WIB** memberikan terapi nebulizer fartolin 1mg, pulmicort 0,5 mg dan NaCl 2 cc dengan hasil nebulizer dapat diberikan, anak tampak tertidur. **Pukul 14.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil masih ada ronchi, irama napas tidak teratur, ada batuk dan pilek, tidak ada sesak, dan RR 35x/menit. **Pukul 15.30 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada ronchi, tidak sesak dan RR 36x/menit (perawat ruangan). **Pukul 18.00 WIB** memberikan terapi nebulizer fartolin 1 mg, pulmicort 0,5 mg, dan NaCl 2 cc dengan hasil anak tampak tenang (perawat ruangan). **Pukul 18.15 WIB** memberikan obat cohistan 4,1 mg dan isoprinosin 5 cc melalui oral dengan hasil obat dapat diminum (perawat ruangan). **Pukul 21.15 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil pasien ada batuk, ada ronchi, anak tidak sesak, dan RR 33x/menit (perawat ruangan). **Pukul 05.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada ronchi, tidak sesak dan RR 34x/menit (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pada pukul 07.05 WIB mengkaji pernapasan pasien dengan hasil masih ada ronchi, RR 37x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada otot bantu

napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur pola napas cepat, dan ibu pasien mengatakan batuk masih ada tapi pilek sudah mulai berkurang. **Pukul 08.05 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada ronchi, irama napas tidak teratur, RR 37x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan tidak menggunakan cuping hidung. Ibu pasien mengatakan masih ada batuk dan pilek. **Pukul 08.20 WIB** memberikan obat cohistan 4,1 mg dan isoprinosin 5 cc melalui oral dengan hasil obat dapat diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 08.25 WIB** memberikan terapi nebulizer fartolin 1mg, pulmicort 0,5 mg dan NaCl 2 cc dengan hasil nebu dapat diberikan dan An. J tampak tenang. **Pukul 08.35 WIB** melakukan *clapping* dada dan vibrasi dengan hasil An. J tampak rileks, batuk masih ada dan sudah tidak terlalu sering namun dahak tidak dapat dikeluarkan. **Pukul 10.10 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil masih ada ronchi, pola napas cepat, irama napas tidak teratur, tidak ada sesak, dan RR 35x/menit. **Pukul 12.55 WIB** memberikan obat cohistan 4,1 mg melalui oral dengan hasil obat dapat diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 13.00 WIB** memberikan terapi nebulizer fartolin 1mg, pulmicort 0,5 mg dan NaCl 2 cc dengan hasil nebulizer dapat diberikan, anak tampak tertidur. **Pukul 13.45 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil masih ada ronchi, irama napas tidak teratur, ada batuk dan pilek, tidak ada sesak, dan RR 36x/menit. **Pukul 14.50 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil RR 37x/menit, masih ada ronchi, irama napas tidak teratur, masih ada batuk dan pilek, dan tidak tampak sesak. Ibu pasien mengatakan batuk dan pilek An. J sudah membaik.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020, pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan An. J masih batuk waktu tidur semalam tapi tidak terlalu sering, dan masih ada pilek.

Objektif:

RR 38x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur, pola napas cepat, dan masih ada ronchi.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020, pukul 07.05 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan batuk masih ada tapi pilek sudah mulai berkurang.

Objektif:

Masih ada ronchi, RR 37x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur, dan pola napas cepat.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020, pukul 14.50 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan batuk dan pilek An. J sudah membaik.

Objektif:

RR 37x/menit, masih ada ronchi, irama napas tidak teratur, masih ada batuk dan pilek, dan tidak tampak sesak.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan:

- a. Anaknya tampak sesak

Data Objektif

- a. Frekuensi napas 43x/menit
- b. Irama napas tidak teratur
- c. Pola napas cepat
- d. Tampak sesak
- e. Tidak ada penggunaan otot bantu napas dan pernapasan cuping hidung

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas kembali efektif.

Kriteria hasil: Pola napas tidak cepat, irama napas teratur, frekuensi napas dalam batas normal (<40 x/menit), dan tidak ada penggunaan otot bantu napas

Rencana Tindakan:

Mandiri:

- a. Kaji status pola napas, irama, frekuensi, kedalaman pernapasan
- b. Kaji ada penggunaan otot bantu napas
- c. Kaji tingkat kegelisahan
- d. Tinggikan posisi kepala

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi tindakan fisioterapi dada

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 17.10 WIB mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada, irama napas tidak teratur, RR 41x/menit, anak tampak sesak, tidak ada otot bantu napas, tidak ada penggunaan cuping hidung. Ibu pasien

mengatakan anaknya tampak sesak. **Pukul 19.15 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil irama napas tidak teratur, RR 42x/menit, anak tampak sesak, tidak ada otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, dan ada pilek. **Pukul 21.30 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil pasien ada batuk, ada ronchi, anak tampak sesak, dan RR 39x/menit (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 07.00 WIB mengkaji pernapasan pasien dengan hasil RR 38x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur, pola napas cepat. **Pukul 08.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil ada ronchi, irama napas tidak teratur, RR 32x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan tidak menggunakan cuping hidung. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak sesak. **Pukul 10.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil pola napas cepat, irama napas tidak teratur, tidak ada sesak, dan RR 37x/menit. **Pukul 14.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil irama napas tidak teratur, ada batuk dan pilek, tidak ada sesak, dan RR 35x/menit. **Pukul 15.30 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil tidak sesak dan RR 36x/menit (perawat ruangan). **Pukul 21.15 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil anak tidak sesak, dan RR 33x/menit (perawat ruangan). **Pukul 05.00 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil tidak sesak dan RR 34x/menit (perawat ruangan).

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pada pukul 07.05 WIB mengkaji pernapasan pasien dengan hasil RR 37x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur pola napas cepat. **Pukul 08.05 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil irama napas

tidak teratur, RR 37x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan tidak menggunakan cuping hidung. **Pukul 10.10 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil pola napas cepat, irama napas tidak teratur, tidak ada sesak, dan RR 35x/menit. **Pukul 13.45 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil irama napas tidak teratur, tidak ada sesak, dan RR 36x/menit. **Pukul 14.50 WIB** mengkaji pernapasan pasien dengan hasil RR 37x/menit, irama napas tidak teratur, dan tidak tampak sesak. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak sesak.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020, pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya tampak sesak

Objektif:

RR 38x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur, pola napas cepat, dan masih ada ronchi.

Analisa:

Masalah tertasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020, pukul 07.05 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak sesak

Objektif:

RR 37x/menit, tidak tampak sesak, tidak ada otot bantu napas dan penggunaan cuping hidung, irama napas tidak teratur, dan pola napas cepat.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020, pukul 14.50 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak sesak

Objektif:

RR 37x/menit, irama napas tidak teratur, dan tidak tampak sesak.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

3. Keterlambatan tumbuh kembang berhubungan dengan kurangnya stimulasi

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan:

- a. An. J sudah bisa menyebut “mama” namun jarang
- b. Tumbuh gigi pertama diusia 9/10 bulan
- c. Mulai merangkak diusia 10 bulan dan bisa berdiri diusia 1 tahun namun belum bisa berjalan hanya berjalan merayap saja
- d. An. J belum bisa berbicara lebih dari 2 suku kata
- e. An. J belum pernah dicoba untuk menulis atau mecoret-coret sesuatu dikertas.

Data Objektif

- a. Berat badan An. J saat pengkajian adalah 9,4 kg dimana berat badan ideal An. J adalah 10 kg
- b. Tinggi badan 76 cm
- c. Lingkar kepala 43 cm
- d. Lingkar lengan atas 5,5 cm

- e. Tumbuh 2 gigi bawah dibagian depan.
- f. An. J belum dapat berjalan sendiri hanya baru bisa berdiri dan bisa berjalan sambil merambat
- g. Saat diberikan benda kecil seperti pulpen, An. J mengambil dengan menggunakan 5 jarinya
- h. Bahasa yang digunakan juga belum jelas seperti An. J diam saja saat diajak bicara dan ketika meminta sesuatu hanya menunjuk barang yang ia mau tapi tidak bicara dengan jelas
- i. Sosialisasi An. J ketika diajak ke *play land* mampu bermain dengan teman sebayanya tetapi tidak ada komunikasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan proses tumbuh kembang anak semakin meningkat.

Kriteria hasil: dapat berbicara >2 kata, dapat berjalan sendiri, dan lebih sering berbicara.

Rencana Tindakan:

Tindakan Mandiri:

- a. Kaji faktor penyebab gangguan perkembangan anak
- b. Kaji tingkat tumbuh kembang anak.
- c. Lakukan komunikasi secara komperhensif baik verbal maupun non verbal.
- d. Anjurkan orang tua untuk lebih banyak memberikan kata meskipun anak belum mampu mengucapkan dengan benar.
- e. Berikan perawatan yang konsisten
- f. Berikan *reinforcement* positif atas hasil yang dicapai
- g. Dorong anak melakukan sosialisasi dengan kelompok
- h. Ciptakan lingkungan yang aman

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 18.10 WIB melakukan komunikasi dengan An. J didapatkan hasil An. J tampak tersenyum dan meminta alat tulis yang dipegang oleh

perawat. **Pukul 19.30 WIB** menganjurkan ibu/ayah untuk memberikan lebih banyak kata kepada An. J meskipun An. J belum mampu mengucapkannya dengan hasil ayah dan ibu pasien mengatakan akan melakukannya.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 07.10 WIB mengkaji tingkat tumbuh kembang anak dengan hasil An. J tertidur dan ibu pasien mengatakan sudah mengajarkan An. J untuk bicara namun An. J tetap diam, terkadang teriak/bicara tapi belum jelas. **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan ibu/ayah untuk memberikan lebih banyak kata ke An. J dengan hasil ibu pasien mengatakan sudah diberikan terus namun An. J hanya diam. **Pukul 09.30 WIB** melakukan komunikasi dengan An. J didapatkan hasil An. J tampak bicara namun tidak jelas, belum bisa berjalan sendiri hanya berdiri diatas kasur dan berjalan sambil merambat.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pada pukul 07.15 WIB mengkaji tingkat tumbuh kembang anak dengan hasil An. J tampak berbicara namun tidak jelas, An. J belum dapat berjalan sendiri hanya bisa merambat di tempat tidur saja, dan ibu pasien mengatakan sudah mengajarkan An. J untuk bicara. **Pukul 09.30 WIB** menganjurkan ibu/ayah untuk memberikan lebih banyak kata ke An. J dengan hasil ibu pasien mengatakan sudah diberikan terus namun An. J hanya diam saja dan hanya menyebutkan kata “mama”. **Pukul 09.45 WIB** melakukan komunikasi dengan An. J didapatkan hasil An. J tampak bicara namun tidak jelas, belum bisa berjalan sendiri hanya berdiri diatas kasur dan berjalan sambil merambat. **Pukul 15.00 WIB** mengkaji tingkat tumbuh kembang anak dengan hasil An. J tampak berbicara namun tidak jelas dan ibu pasien mengatakan An. J hanya bisa menyebutkan kata “mama”.

Evaluasi Keperawatan**Tanggal 12 Februari 2020, pukul 07.10 WIB****Subjektif:**

Ibu pasien mengatakan sudah mengajarkan An. J untuk bicara namun An. J tetap diam, terkadang teriak/bicara tapi belum jelas.

Objektif:

An. J tertidur.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan**Tanggal 13 Februari 2020, pukul 07.15 WIB****Subjektif:**

Ibu pasien mengatakan sudah mengajarkan An. J untuk bicara.

Objektif:

An. J tampak berbicara namun tidak jelas dan An. J belum dapat berjalan sendiri hanya bisa merambat di tempat tidur saja.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning:

Lanjutkan semua intervensi

Evaluasi Keperawatan**Tanggal 13 Februari 2020, pukul 15.00 WIB****Subjektif:**

Ibu pasien mengatakan An. J hanya bisa menyebutkan kata “mama”.

Objektif:

An. J tampak berbicara namun tidak jelas, belum bisa berjalan sendiri hanya berdiri diatas kasur, dan berjalan sambil merambat.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan intervensi a dan b.

4. Ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi

Data Subjektif

Ibu pasien mengatakan:

- a. Awal masuk rumah sakit An. J sangat rewel dan selalu minta digendong
- b. Saat melihat suster selalu menangis dan tidak mau minum obat sehingga butuh bujukan yang *extra*

Data Objektif

- a. An. J tidak tampak rewel, hanya diam saja
- b. Minum obat sudah mulai mau namun harus dikasih pengalihan
- c. An. J jarang menangis atau sudah kooperatif

Tujuan: cemas anak dan orang tua berkurang

Kriteria hasil: An. J tidak sering menangis dan rewel, An. J mau minum obat dan An. J mulai aktif kembali.

Rencana Tindakan

Tindakan Mandiri:

- a. Kaji tingkat kecemasan pasien.
- b. Kaji penyebab cemas anak dan orang tua.
- c. Libatkan orang tua dalam menemani anak selama perawatan.
- d. Orientasikan ke anak dan keluarga untuk ke unit dan ruangan anak untuk membuat mereka *familiar* dengan fasilitas.
- e. Anjurkan orangtua untuk membawa mainan/objek khusus dari rumah untuk meningkatkan perasaan aman.
- f. Ciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak.

Pelaksanaan Keperawatan**Tanggal 11 Februari 2020**

Pada pukul 17.50 WIB mengorientasikan keluarga ke unit dan ruangan untuk membuat *familiar* dengan hasil An. J dibawa ke *playland*. **Pukul 19.40 WIB** menganjurkan orangtua untuk membawa mainan/objek khusus dari rumah dengan hasil orang tua pasien menjawab besok akan dibawakan mainan kesukaan An. J.

Pelaksanaan Keperawatan**Tanggal 12 Februari 2020**

Pada pukul 06.55 WIB mengkaji penyebab cemas anak dan orang tua dengan hasil ibu pasien mengatakan cemas anaknya pada saat diberikan obat oleh perawat yang berbaju *orange*, dan orang tuanya cemas karena An. J baru pertama kalinya di rawat di rumah sakit, An. J tampak meminta digendong oleh ibunya. **Pada pukul 11.00 WIB** memberikan perawatan atraumatik dengan hasil An. J tampak rileks dan tenang. **Pukul 13.40 WIB** menganjurkan orangtua untuk membawa mainan/objek khusus dari rumah dengan hasil ayah pasien mengatakan sudah membawakan mainan robot-robotan untuk anaknya.

Pelaksanaan Keperawatan**Tanggal 13 Februari 2020**

Pada pukul 07.20 WIB mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan hasil ibu pasien mengatakan An. J tidak rewel lagi dan tidak sering menangis lagi dan sudah mulai bermain dengan robot-robotannya seperti biasa, An. J tampak tertawa saat melihat perawat.

Evaluasi Keperawatan**Tanggal 12 Februari 2020, pukul 06.55 WIB****Subjektif:**

Ibu pasien mengatakan cemas anaknya pada saat diberikan obat oleh perawat yang berbaju *orange*, dan orang tuanya cemas karena An. J baru

pertama kalinya di rawat di rumah sakit.

Objektif:

An. J tampak meminta digendong oleh ibunya.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, d, e, dan f.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020, pukul 07.20 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan An. J tidak rewel lagi dan tidak sering menangis lagi.

Objektif:

An. J tampak tertawa saat melihat perawat.

Analisa:

Masalah tertatasi, tujuan tercapai.

Planning:

Hentikan intervensi.

5. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang

Data Subjektif

Ibu dan Ayah pasien mengatakan:

- a. An. J tidak nafsu makan
- b. Makan siang habis $\frac{1}{4}$ porsi dan makan sore hanya 12 suap saja
- c. Frekuensi makan sebelum masuk rumah sakit 2x/hari di pagi dan malam hari, siang hari hanya konsumsi buah/biskuit saja
- d. Berat badan sebelum sakit 9,8 kg
- e. Tidak ada mual dan muntah

Data Objektif

- a. Berat badan pasien saat pengkajian adalah 9,4kg (mengalami

- penurunan BB 0,4 kg)
- b. Berat badan ideal An. J 10 kg
- c. Diet lunak
- d. Bising usus 8x/menit
- e. Hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin 12,5 g/dL.
- f. Tidak menggunakan NGT

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pemenuhan nutrisi tetap adekuat.

Kriteria hasil: Berat badan pasien ideal (10 kg), tidak terjadi penurunan berat badan, dan porsi makan meningkat.

Rencana Tindakan

Tindakan Mandiri:

- a. Kaji keluhan mual muntah pada pasien
- b. Anjurkan orang tua untuk memberi sari buah segelas perhari
- c. Anjurkan orang tua untuk memberi makanan dalam porsi kecil
- d. Auskultasi bunyi usus
- e. Berikan makan lunak agar tidak merangsang batuk
- f. Timbang berat badan

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 17.00 WIB menimbang berat badan pasien dengan hasil BB pasien 9,4kg.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 07.25 WIB menimbang berat badan pasien dengan hasil pasien tidur, BU 7x/menit, tidak ada muntah, dan ibu pasien mengatakan pagi ini belum makan lagi dan kemarin minum susu 3 botol @100 cc.

Pukul 10.15 WIB menganjurkan orang tua untuk memberi makanan lunak sedikit tapi sering dengan hasil ibu pasien mengatakan An. J makan hanya sedikit cuma 6 suap saja. **Pukul 10.30 WIB** menganjurkan orang

tua untuk memberi sari buah sehari sekali dengan hasil ibu pasien mengatakan An. J hanya mau minum susu saja. **Pukul 13.30 WIB** menimbang berat badan pasien dengan hasil BB pasien 9,5 kg dan ibu pasien mengatakan makan siang An. J habis $\frac{1}{2}$ porsi dan sudah minum susu 2 botol @100 cc.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB menimbang berat badan pasien dengan hasil BB pasien 9,6 kg, BU 8x/menit, dan ibu pasien mengatakan nafsu makan An. J mulai bertambah kemarin makan sore habis dan harus sambil nonton Nusa dan Rara makan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.15 WIB** menganjurkan orang tua untuk memberi makanan lunak sedikit tapi sering dengan hasil ibu pasien mengatakan An. J makan setengah porsi karena sebelumnya sudah minum susu 1 botol @100 cc. **Pukul 11.40 WIB** menganjurkan orang tua untuk memberi sari buah sehari sekali dengan hasil ibu pasien mengatakan akan memberikan sari buah. **Pukul 15.15 WIB** menimbang berat badan pasien dengan hasil BB pasien 9,6 kg, BU 6x/menit, dan ibu pasien mengatakan makan siang An. J habis 1 porsi karena belum diberi susu dari tadi pagi dan sudah diberikan jeruk peras habis 1 buah jeruk.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020, pukul 07.25 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan pagi ini belum makan lagi dan kemarin minum susu 3 botol @100cc dan tidak ada muntah.

Objektif:

Pasien tidur dan BU 7x/menit, BB pasien 9,6 kg, tidak terjadi penurunan berat badan.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020, pukul 07.30 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan nafsu makan An. J mulai bertambah kemarin makan sore habis dan harus sambil nonton Nusa dan Rara makan tidak dimuntahkan.

Objektif:

BU 8x/menit, BB pasien 9,6 kg, tidak terjadi penurunan berat badan.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020, pukul 15.15 WIB

Subjektif:

Ibu pasien mengatakan makan siang An. J habis 1 porsi karena belum diberi susu dari tadi pagi dan sudah diberikan jeruk peras habis 1 buah jeruk.

Objektif:

BB pasien 9,6kg dan BU 6x/menit, tidak terjadi penurunan berat badan.

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning:

Lanjutkan semua intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam BAB ini, penulis membahas tentang kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus. Penulis juga menganalisa faktor pendukung dan faktor penghambat serta solusi atau pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan anak yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Terdapat beberapa kesenjangan yang ditemukan antara teori dan kasus. Pada teori menurut Wijayaningsih (2013) disebutkan bahwa manifestasi klinis pada pasien bronkopneumonia yaitu demam 38,8°C sampai 41,4°C dan sianosis, namun pada kasus tidak terjadi demam karena hari perawatan pasien pada saat pengkajian yaitu sudah 2 hari, dimana sebelumnya pasien mengalami demam selama 1 minggu, kemudian di IGD sudah diberikan terapi tempra 3x2,5 cc melalui oral dan dibuktikan dengan suhu tubuh pasien saat pengkajian yaitu 37,1°C, serta tidak terjadi sianosis pada pasien karena tidak terjadi konsolidasi jaringan paru yang menyebabkan suplai oksigen menurun hal ini dibuktikan dengan pengisian kapiler <3 detik dan tidak ada kebiruan pada ekstremitas pasien. Pada teori juga disebutkan adanya sputum berwarna kuning kehijauan berubah menjadi kemerahan atau berkarat, namun pada kasus tidak ditemukan karena pasien masih berusia 1 tahun dan tidak bisa mengeluarkan sputum sendiri sehingga untuk warna sputum pasien tidak dapat dikaji. Pada teori menyebutkan bahwa terdapat tanda gejala pada pola nutrisi yaitu mual dan muntah, namun pada kasus tidak terjadi hal ini karena tidak ada peningkatan rangsangan gaster yang dapat merangsang untuk timbulnya mual dan muntah.

Selain itu, pemeriksaan diagnostik pada teori dan kasus terdapat kesenjangan.

Pada teori, pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukan yaitu pemeriksaan darah lengkap, *x-ray*, dan pemeriksaan mikrobiologik, namun pada kasus hanya dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan *x-ray* saja hal ini dibuktikan dengan adanya hasil kesan pemeriksaan *x-ray* pada tanggal 10 Februari 2020 yaitu *Bronchopneumonia Duplex* dan pemeriksaan darah pada tanggal 9 Februari 2020 dengan hasil leukosit 7.300/ul. Pada kasus juga tidak dilakukan pemeriksaan mikrobiologik karena sudah ada pemeriksaan penunjang lain (*x-ray*) yang sudah menunjukkan bahwa pasien terkena penyakit bronkopneumonia sehingga tidak diperlukan pemeriksaan ganda. Namun pada kasus dilakukan pemeriksaan widal pada tanggal 9 Februari 2020, hal ini karena sebelumnya pasien mengalami demam yang naik turun selama 1 minggu tetapi dari hasil pemeriksaan widal, didapatkan hasil bahwa tidak ditemukan adanya *Salmonelle Thyposa* dalam darah.

Kesenjangan lainnya yaitu pada penatalaksanaan medis, pada teori disebutkan bahwa untuk pasien dengan pneumonia berat atau saturasi oksigen <90% diberikan terapi oksigen, namun pada kasus tidak diberikan karena saturasi oksigen pasien masih >90% sehingga terapi oksigen tidak diperlukan. Selain itu, dalam teori juga disebutkan bahwa tindakan medis yang dapat dilakukan yaitu dengan melakukan *suction*, hal tersebut tidak dilakukan karena dalam buku Elly (2000) menyebutkan bahwa indikasi seseorang dilakukan *suction* ketika mengalami penurunan tingkat kesadaran, penurunan saturasi oksigen, dan penurunan *pulse rate* (nadi). Pada pasien kelolaan tidak mengalami kondisi seperti diatas sehingga tidak dilakukannya *suction*.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan adalah orang tua pasien yang kooperatif dalam memberikan informasi terkait anaknya dan data didapatkan dari rekam medis dapat diperoleh dengan mudah. Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan kesulitan ketika mengkaji anak dengan usia 1 tahun yang belum dapat mengungkapkan respon verbal keluhan yang dialami. Solusi dalam menangani hal tersebut yaitu dengan metode pendekatan kepada orang tua

agar mendapatkan data dengan lengkap.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori, terdapat 7 diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada kasus bronkopneumonia, namun pada kasus hanya 4 diagnosa yang muncul yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis peningkatan kebutuhan metabolik, dan cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi.

Diagnosa yang tidak terdapat pada kasus yang pertama adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan kapiler alveolus. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena tidak terjadinya proses konsolidasi paru dimana paru tersebut dipenuhi dengan berkumpulnya sel darah putih dan bakteri yang sudah mati dan membentuk nanah. Hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 7.300/ul.

Diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan kerusakan parenkim paru. Diagnosa tersebut tidak diangkat oleh penulis karena tidak terjadi proses eksudat (cairan patologis dan sel yang keluar dari kapiler) di alveoli sehingga tidak terjadinya nyeri akibat kerusakan di parenkim paru. Hal ini dibuktikan pada saat palpasi dan perkusi pada bagian dada pasien, An. J tidak menjerit ataupun meringis kesakitan.

Diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena tidak terjadi proses konsolidasi paru yang dapat menyebabkan penurunan suplai oksigen sehingga dapat terjadinya intoleransi aktivitas. Hal ini dibuktikan dengan pasien masih mampu berdiri sendiri namun belum dapat berjalan, baru hanya bisa merambat dengan

menggunakan ranjang kasur/*bed*.

Diagnosa keempat yaitu hipertemi berhubungan dengan toksemia. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena pada pasien sudah melewati tahap hipertermi tersebut ketika dilakukan pengkajian, sehingga pada saat pengkajian tidak terjadi lagi peningkatan suhu tubuh atau hipertermi. Hal ini dibuktikan dengan data hasil pengkajian suhu tubuh pasien yaitu 37,1°C,

Diagnosa yang muncul pada teori yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis peningkatan kebutuhan metabolik (demam, proses infeksi, distensi abdomen dan gas). Pada kasus, penulis tidak mengangkat diagnosa secara aktual melainkan resiko. Hal ini disebabkan karena tidak ada penurunan berat badan sebanyak 20% dari berat badan pasien sehingga penulis mengangkat diagnosa risiko. Hal ini dibuktikan dengan adanya penurunan berat badan pasien sebanyak 0,4 kg dan ibu pasien mengatakan An. J tidak nafsu makan.

Adapun diagnosa yang penulis angkat diluar teori yaitu keterlambatan tumbuh kembang berhubungan dengan kurangnya stimulasi. Diagnosa tersebut diangkat karena adanya hambatan tumbuh kembang pada pasien. Hal ini dibuktikan dengan berat badan An. J saat pengkajian adalah 9,4 kg dimana berat badan ideal An. J adalah 10 kg, tinggi badan pasien 76 cm dimana disebutkan dalam teori bahwa tinggi badan anak usia *toddler* normalnya sekitar 86,6 cm, tumbuh 2 gigi bawah dibagian depan, An. J belum dapat berjalan sendiri hanya baru bisa berdiri dan bisa berjalan sambil merambat, saat diberikan benda kecil seperti pulpen, An. J mengambil dengan menggunakan 5 jarinya, bahasa yang digunakan juga belum jelas seperti An. J diam saja saat diajak bicara dan ketika meminta sesuatu hanya menunjuk barang yang ia mau tapi tidak bicara dengan jelas, dan sosialisasi An. J ketika diajak ke *play land* mampu bermain dengan teman sebayanya tetapi tidak ada komunikasi.

Dalam penentuan diagnosa keperawatan pada kasus, penulis tidak menemukan faktor penghambat. Adapun faktor pendukungnya yaitu adanya referensi serta data-data yang mendukung untuk diangkatnya diagnosa tersebut.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada perencanaan keperawatan, diagnosa prioritas antara diteori dengan kasus sama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum. Pada tahapan perencanaan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu tujuan dalam teori tidak mempunyai batasan waktu, tetapi dalam kasus penulis mencantumkan batasan waktu yaitu 3x24 jam sebagai tolak ukur tercapainya tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan pada kriteria hasil dalam kasus, penulis tidak mencantumkan berdasarkan teori melainkan disesuaikan dengan kondisi pasien kelolaan.

Diagnosa pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum. Dalam teori menyebutkan untuk melakukan teknik batuk efektif, hal ini tidak dicantumkan karena pasien masih berusia 1 tahun sehingga belum dapat melakukan teknik batuk efektif. Lalu dalam teori tidak menyebutkan untuk melakukan tindakan *clapping* atau vibrasi, namun pada kasus penulis mencantumkan rencana kegiatan tersebut berdasarkan NIC (*Nursing Interventions Classification*) guna membantu memaksimalkan ekspansi paru dan meningkatkan gerakan sekret di jalan napas untuk dikeluarkan.

Dalam menuliskan perencanaan keperawatan pada kasus, ada beberapa faktor penghambat seperti mempertimbangkan rasional rencana keperawatan. Adapun faktor pendukungnya yaitu adanya referensi serta data-data yang mendukung untuk menuliskan perencanaan keperawatan tersebut.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahapan pelaksanaan keperawatan ada beberapa intervensi yang telah direncanakan tetapi tidak dapat dilaksanakan seperti pada diagnosa pertama

yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum telah direncanakan untuk memberikan obat elpicef 2x250mg melalui intravena, namun hal tersebut tidak terlaksana oleh penulis namun telah dilakukan oleh perawat ruangan.

Diagnosa ketiga yaitu gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan kurangnya stimulasi. Tidak semua perencanaan yang telah dibuat oleh penulis dilakukan, seperti dorong anak melakukan sosialisasi dengan kelompok. Hal tersebut tidak dilakukan karena tidak dilakukan kegiatan TAB (Terapi Bermain Anak) dimana kegiatan tersebut mendorong pasien dalam kegiatan sosialisasi dengan kelompok.

Diagnosa keempat yaitu ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan situasi rumah sakit. Telah direncanakan tindakan seperti ciptakan kondisi lingkungan yang nyaman seperti terapi bermain anak, memberikan anak tontonan edukasi dan mainan kesukaan anak, namun hal tersebut tidak terlaksana karena untuk memberikan TAB tidak sempat penulis lakukan dan masih kurang dalam persiapan untuk diberikan TAB tersebut.

Faktor pendukung yaitu keluarga pasien yang sangat kooperatif dan juga perawat ruangan yang memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Adapun faktor penghambat yaitu ketika memberikan tindakan kepada pasien dimana pada saat hari pertama pasien masih belum kooperatif, penulis juga memiliki keterbatasan waktu sehingga pelaksanaannya tidak dapat dilakukan dengan maksimal dan perawat ruangan hanya mengangkat 1 diagnosa sehingga dalam menuliskan tindakan keperawatan selama 24 jam masih belum maksimal karena terdapat perbedaan diagnosa. Solusi yang dapat diatasi yaitu dengan melakukan kerja sama dengan perawat ruangan agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

E. Evaluasi Keperawatan

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dan dilakukan

evaluasi pada hari ke-3 didapatkan hasil yaitu pada evaluasi keperawatan terdapat 1 diagnosa yang masalahnya sudah teratasi dan tujuan tercapai yaitu pada diagnosa keempat, ansietas pada anak dan orang tua berhubungan dengan situasi rumah sakit. Hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan An. J tidak rewel lagi, tidak sering menangis lagi, dan An. J tampak tertawa saat melihat perawat.

Pada diagnosa pertama, kedua, ketiga, dan kelima evaluasi keperawatan belum teratasi dan tujuan belum tercapai hal ini dikarenakan pelaksanaan keperawatan yang belum maksimal sehingga ketiga diagnosa tersebut belum teratasi. Diagnosa pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan batuk dan pilek An. J sudah membaik, RR 37x/menit, masih ada ronchi, irama napas tidak teratur, masih ada batuk dan pilek, dan tidak tampak sesak. Diagnosa kedua yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, hal ini dibuktikan dengan RR 37x/menit, irama napas tidak teratur, dan tidak tampak sesak. Diagnosa ketiga yaitu gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan kurangnya stimulasi, hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan An. J hanya bisa menyebutkan kata “mama”, An. J tampak berbicara namun tidak jelas, belum bisa berjalan sendiri hanya berdiri diatas kasur, dan berjalan sambil merambat. Diagnosa kelima yaitu risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang, hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan makan siang An. J habis 1 porsi karena belum diberi susu dari tadi pagi dan sudah diberikan jeruk peras habis 1 buah jeruk, BB pasien 9,6 kg dan BU 6x/menit.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah penulis mendapatkan buku yang bisa dijadikan acuan dalam melakukan evaluasi (SOAP) setiap harinya. Faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah tidak semua masalah pasien dapat teratasi dalam waktu yang ditentukan karena keterbatasan waktu penulis. Solusinya yaitu

meminta bantuan kepada perawat ruangan untuk tetap melanjutkan asuhan keperawatan pada pasien khususnya An. J agar masalah dapat tertasi dan tujuan tercapai.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada tahap pengkajian ditemukan adanya kesenjangan pada manifestasi klinis dimana dalam teori disebutkan bahwa manifestasi klinis pada pasien bronkopneumonia yaitu demam 38,8°C sampai 41,4°C dan sianosis, namun pada kasus tidak terjadi demam karena hari perawatan pasien pada saat pengkajian yaitu sudah 2 hari, dimana sebelumnya pasien mengalami demam selama 1 minggu, kemudian di IGD sudah diberikan terapi tempra 3x2,5 cc melalui oral serta tidak terjadi sianosis hal ini dibuktikan dengan pengisian kapiler <3 detik dan tidak ada kebiruan pada ekstremitas pasien.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk pasien bronkopneumonia yaitu dapat melakukan pemeriksaan darah, *X-ray* dada, dan pemeriksaan mikrobiologik. Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan untuk pasien dengan bronkopneumonia yaitu dengan pemberian antibiotik seperti ampisilin/amoksisilin, pemberian oksigen pada semua anak dengan pneumonia berat, dan *suctioning* (penghisapan lendir) metode untuk melepaskan sekresi yang berlebihan pada jalan napas.

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori, terdapat 7 diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada kasus bronkopneumonia, namun pada kasus hanya 3 diagnosa yang muncul yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis peningkatan kebutuhan metabolik, cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi, dan terdapat satu diagnosa yang muncul pada kasus namun tidak terdapat dalam teori yaitu gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan kurangnya

stimulasi.

Dalam penyusunan perencanaan keperawatan, penulis sudah sesuai antara teori dan kasus untuk memprioritaskan diagnosa yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum. Untuk mengatasi masalah tersebut, direncanakan berbagai intervensi atau perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan mandiri diantara adalah kaji kecepatan dan kedalaman nafas, serta pergerakan dada, auskultasi suara nafas, berikan *clapping* dada sesuai letak sekret dan vibrasi. Tindakan kolaborasi yang direncanakan yaitu berikan terapi inhalasi fartolin 3x1 mg, pulmicort 3x0,5 mg, dan NaCl 3x2 cc, berikan obat cohistan 3x4,1 mg melalui oral, berikan obat isoprinosin 2x5 cc melalui oral, dan berikan obat elpicef 2x250 mg melalui intravena. Setiap diagnosa keperawatan dilakukan perencanaan tindakan selama 3x24 jam.

Dalam melakukan pelaksanaan keperawatan sudah dilakukan dengan baik dan sesuai yang direncanakan oleh penulis. Pada tahapan pelaksanaan keperawatan ada beberapa intervensi yang telah direncanakan tidak dapat dilaksanakan, selain itu ada 3 diagnosa yang tidak dilakukan pelaksanaan selama 24 jam hal ini dikarenakan perawat ruangan hanya mengangkat satu diagnosa prioritas sehingga ada ketidakmaksimalan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Pada tahap evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa tidak semua masalah keperawatan dapat teratasi dalam waktu yang sudah ditentukan. Pada masalah utama atau diagnosa pertama evaluasi akhirnya masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Untuk masalah kedua evaluasi akhirnya masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Untuk masalah ketiga evaluasi akhirnya masalah teratasi, tujuan tercapai. Sedangkan pada masalah keempat didapatkan evaluasi akhirnya masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat mempertahankan dan meningkatkan kerjasama yang baik antara sesama perawat, dokter, pasien, dan keluarga pasien. Selain itu diharapkan penulis dapat meningkatkan wawasan dengan lebih banyak membaca literatur agar lebih memudahkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkopneumonia. Hal ini untuk meningkatkan mutu studi kasus asuhan keperawatan serta pengembangan profesi keperawatan.

2. Bagi Perawat

Bagi perawat ruangan diharapkan agar lebih maksimal dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien guna meningkatkan mutu rumah sakit dan alangkah lebih baik bila dalam satu pasien tidak hanya mengangkat satu diagnosa prioritas saja namun tetap mengangkat diagnosa penyerta lain juga. Selain itu, untuk pemberian obat sebaiknya sesuai waktu dan tidak kurang ataupun tidak lebih, sekalipun hal ini terjadi, maka dokumentasikan sesuai waktu yang dilaksanakan.

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi*. EGC.
- Carman, T. K. & S. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri, Ed 2, Vol.1*. EGC.
- Dermawan. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja*. Gosyen Publishing.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi. (2017). *Profil Kesehatan Kabupaten Bekasi*.
- Hariadi. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru*. Departemen Ilmu penyakit paru FK Unair RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Karel Anggrek, Ari Lukas Runtunuwu, Audrey Wahani, L. M. (2010). Faktor Risiko Kejadian Distres Pernapasan pada Anak dengan Pneumonia. *Sari Pediatri*, 393–395.
- Kementrian Kesehatan RI. (2019). *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia*.
- Manurung, S. (2011). *Keperawatan Profesional*. TIM.
- Nurarif, Amin Huda, dan H. K. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Mediacation Jogja.
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Graha Ilmu.
- Sukarmin, S. R. dan. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Graha Ilmu.
- Sumijatun. (2010). *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional*. TIM.
- Suriadi, R. Y. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. CV Sagung Seto.
- Susi Hartati, Nani Nurhaeni, dan D. G. (2012). Faktor Risiko Terjadinya Pneumonia Pada Anak Balita. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13–20.
- Utami, Y. (2014). *Dampak Hospitalisasi Terhadap Perkembangan Anak*. Jurnal

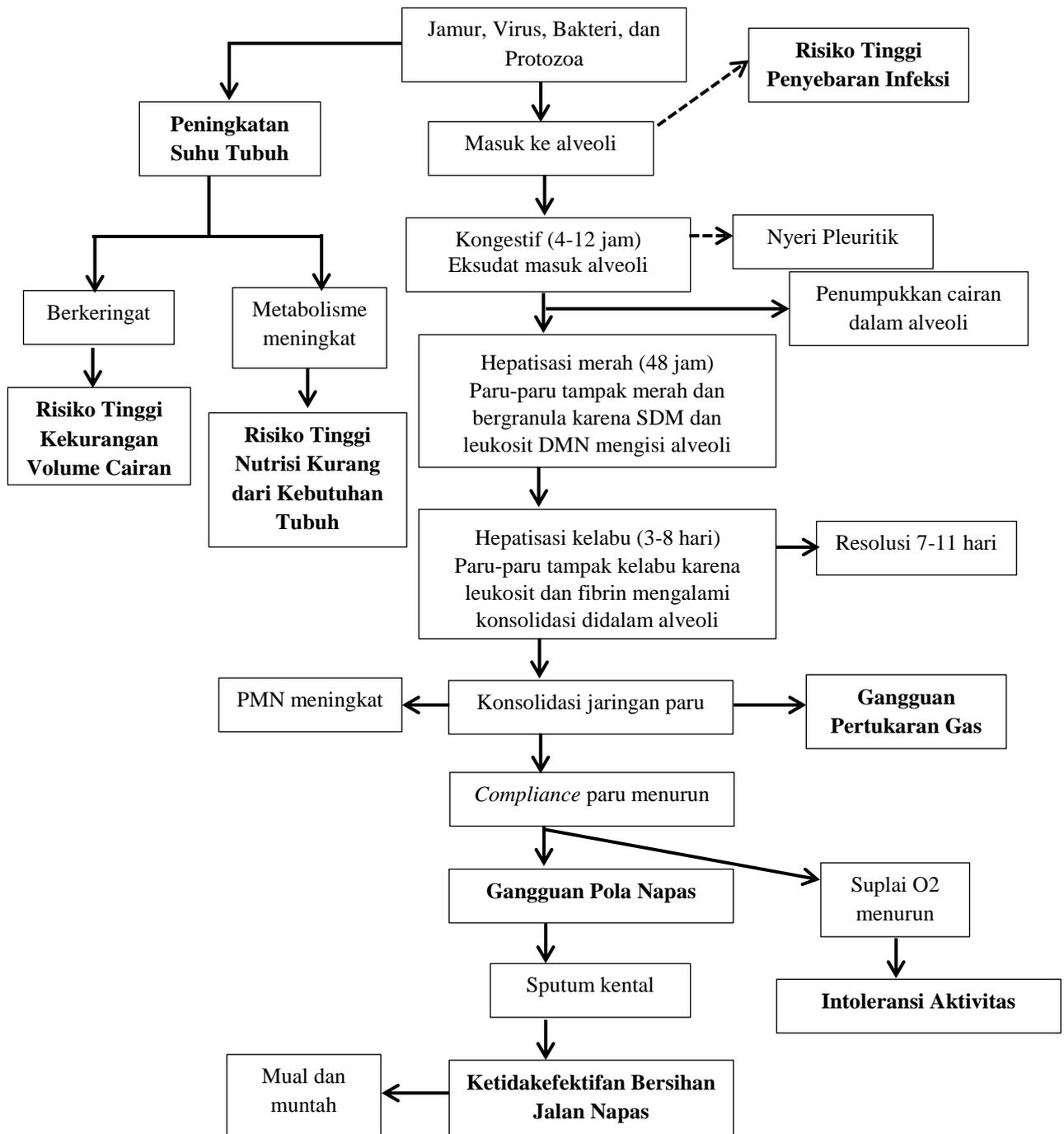
Ilmiah WIDYA, 11.

Wijayaningsih, K. S. (2013). *Standar Asuhan Keperawatan*. CV Trans Info Media.

World Health Organization (WHO). (2019). *Pneumonia*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>

Yasmara, Deni, Nursiswati, dan R. A. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. EGC.

Lampiran 1: Patoflowdiagram



Sumber: (Wijayaningsih, 2013)