



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK M DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG DORI
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

INEZ IMANIAR

2011020

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK M DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG DORI
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

INEZ IMANIAR

2011020

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Inez Imaniar

NIM : 2011020

Tanda tangan : 

Tanggal : 21 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

Asuhan Keperawatan Pada Anak M Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Dori RSUD Koja Jakarta Utara

Jakarta, 21 Juni 2023

Pembimbing

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Ns. Ernawati', written in a cursive style.

Ns. Ernawati, M.Kep., Sp.Kep.An.

LEMBAR PENGESAHAN

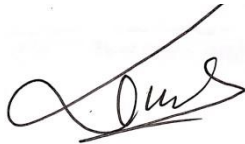
Asuhan Keperawatan Pada Anak M Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Dori RSUD Koja Jakarta Utara

Pembimbing



(Ns.Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An.)

Penguji I



(Dameria Br Saragih, S.Kp., M. Kep)

Penguji II



(Ns.Veronica Y.R., M.Kep., Sp.Kep.Mat.)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, SE.,MM)

Ketua

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb.

Puji syukur kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara”. Shalawat serta salam selalu dipanjatkan kepada Nabi junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah menjadikan zaman ini menjadi terang benderang.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini tidak dapat terselesaikan dengan baik tanpa bantuan dan bimbingan dari pihak-pihak yang terkait. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ellynia, SE.,MM., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
2. Ns. Veronica Y.R., M.Kep., Sp.Kep.Mat., selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Rumah Sakit Husada dan sekaligus penguji KTI yang selalu memberikan arahan dan dukungan ilmu.
3. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep Sp.Ke.J., selaku dosen wali 3A Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Rumah Sakit Husada yang selalu memberikan dukungan dan nasehat untuk para mahasiswa.
4. Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan waktu, tenaga, dan ilmunya untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Dameria Br Saragih, M.Kep., selaku penguji II dalam sidang karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh dosen dan tenaga pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran studi dan memberikan ilmu pengetahuan yang sangat bermanfaat dan berharga bagi penulis.
7. Kedua orang tua penulis, Hanry Kiss Setyabudi dan Heni Nurhasanah yang selalu memberikan doa, kasih sayang, dukungan, nasehat, dan perjuangan

yang luar biasa bagi penulis sehingga mampu menyelesaikan studi Diploma Tiga Keperawatan.

8. Seluruh rekan-rekan angkatan 33 Diploma Tiga Keperawatan atas kekompakan dan kebersamaan selama menempuh studi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
9. Teman penulis tercinta, Aeni, Salma, Alya, Isti, Mirda, Fath Ma, Hani, Alfina, Rosa, Rici, Nia, Nadya, terima kasih atas pertemanan selama 3 tahun dan segala kenangan, serta perjuangan yang sudah dilalui bersama selama menempuh studi Diploma Tiga Keperawatan di Sekolah Tinggi Rumah Sakit Husada.
10. Sahabat penulis tersayang, Siti Nur Aenah, yang selalu menemani dan memberikan dukungan selama penulis menempuh studi Diploma Tiga Keperawatan.
11. Saudara dan saudari tersayang, Helma Nur Halimah, Risma Carolin, Ginanjar Wisnu Aji dan Manis, yang selalu memberikan dukungan dan perhatian kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan studi Diploma Tiga Keperawatan.

Penulis berharap semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah dan menyelesaikan studi Diploma Tiga Keperawatan.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini. Oleh sebab itu, penulis mengharapkan saran dan kritikan agar karya tulis ilmiah ini menjadi lebih baik.

Wassalamualaikum wr.wb

Jakarta, 21 Juni 2023



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	.iii
LEMBAR PERSETUJUAN	.iv
LEMBAR PENGESAHAN	.v
KATA PENGANTAR.....	.vi
DAFTAR ISI.....	.viii
DAFTAR LAMPIRAN	.x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	7
A. Pengertian.....	7
B. Patofisiologi.....	8
C. Manifestasi klinik	11
D. Komplikasi	12
E. Pemeriksaan diagnostik	13
F. Penatalaksanaan	14
G. Konsep dasar tumbuh kembang anak.....	15
H. Konsep hospitalisasi.....	21
I. Pengkajian keperawatan	23
J. Diagnosis keperawatan.....	25
K. Perencanaan keperawatan	26
L. Pelaksanaan keperawatan	33
M. Evaluasi keperawatan	33
BAB III TINJAUAN KASUS.....	34
A. Pengkajian keperawatan.....	34
B. Diagnosis keperawatan.....	50
C. Perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi keperawatan	51
BAB IV PEMBAHASAN.....	69
A. Pengkajian	69
B. Diagnosis keperawatan.....	71
C. Perencanaan keperawatan.....	73
D. Pelaksanaan keperawatan.....	74
E. Evaluasi keperawatan.....	75
BAB V PENUTUP	75
A. Kesimpulan	77
B. Saran	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80
LAMPIRAN.....	84

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pathway

Lampiran 2 : Analisa Obat

Lampiran 3 : Perhitungan BB dan TB

Lampiran 4 : Media pendkes

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bronkopneumonia adalah jenis Pneumonia yang berkembang di bronkus dan alveoli yang menyebabkan nyeri atau infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri, dan jamur. Jenis Pneumonia yang paling umum pada anak adalah Bronkopneumonia (Kemenkes, 2022). Bronkopneumonia adalah peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing (Safitri, 2022).

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2019), sekitar 800.000 hingga 2 juta anak meninggal dunia setiap tahun karena Bronkopneumonia. Dari data *United Nation Children's Fund* (UNICEF) (2019), sekitar 2200 anak balita meninggal akibat Pneumonia. Pada tahun 2018, angka kematian anak akibat penyakit Pneumonia lebih tinggi dibanding penyakit lainnya seperti Diare dan Malaria. Berdasarkan laporan WHO tahun 2017, 15% dari kematian anak dibawah 5 tahun atau 5,5 juta disebabkan Pneumonia dan berdasarkan sampel sistem registrasi Balitbangkes tahun 2016, lebih dari 800.000 jumlah anak di Indonesia terkena Pneumonia. Di Provinsi DKI Jakarta didapatkan angka 3.582 (4,2%) kasus Bronkopneumonia pada usia anak (Risikesdas, 2018).

Selain itu, Bronkopneumonia menjadi salah satu penyakit yang cukup banyak diderita anak di RSUD Koja Jakarta. Berdasarkan data statistik

rekam medis RSUD Koja periode Januari 2022 – Januari 2023 jumlah pasien anak yang dirawat inap dengan Bronkopneumonia mencapai 619 kasus (11,27%) dari 5.491 kasus anak.

Menurut Damanik (2019) akibat Bronkopneumonia dapat menimbulkan masalah-masalah seperti berikut, Otitis Media Akut (OMA), Efusi Pleura, Emfisema, Meningitis. Sekitar 70 % anak diperkirakan mengalami OMA satu kali bahkan lebih, penyebab OMA tersering adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (Ilmyasri, 2020). Efusi pleura merupakan penimbunan cairan di rongga pleura yang dibedakan menjadi eksudat dan transudat berdasarkan penyebabnya. Infeksi yang menjalar sampai ke pleura menyebabkan Efusi Pleura, 5,3% anak di Indonesia didiagnosis dengan Efusi Pleura (Shah, 2021). Emfisema adalah penyakit yang menyerang paru-paru dan menyebabkan kerusakan alveolus, pada penderita emfisema, alveoli dan jaringan paru-paru rusak sehingga kantong udara tidak mampu menopang saluran bronkial. Di Indonesia kematian anak akibat penyakit paru termasuk emfisema sekitar 182.338. Meningitis dapat menyebabkan kematian namun dapat disembuhkan, kecacatan dapat terjadi seperti kerusakan otak, gangguan pendengaran, dan ketidakmampuan belajar. Saat ini diperkirakan angka kejadian Meningitis pediatrik di Indonesia masih terus meningkat dengan tingkat kematian 18-40% (Rizky, 2022).

Dalam upaya pencegahan dan penanganan kasus Bronkopneumonia, peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan sangat penting, dengan melaksanakan empat peran yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan

rehabilitatif. Pelaksanaan upaya promotif yaitu dengan memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi bagi anak dan pentingnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang bermanfaat untuk meningkatkan ketahanan tubuh dari berbagai penyakit yang disebabkan oleh virus atau bakteri sebagai upaya memutus penularan Bronkopneumonia. Upaya preventif yaitu dengan memberikan informasi tentang pencegahan terjadinya Bronkopneumonia dengan menerapkan pola hidup sehat, hindarkan anak dari paparan polusi seperti polusi debu dan asap rokok, jauhkan anak dari penderita Bronkopneumonia dan menciptakan lingkungan yang sehat serta melakukan imunisasi atau vaksin agar anak terlindungi dari bakteri dan virus penyebab infeksi Bronkopneumonia. Vaksinasi yang dapat diberikan untuk pencegahan Bronkopneumonia diantaranya, vaksinasi pneumokokus dan vaksinasi influenza. Upaya kuratif yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami Bronkopneumonia yaitu, memberikan asuhan keperawatan mandiri dan kolaborasi. Asuhan keperawatan mandiri, dengan meningkatkan asupan air minum untuk mengencerkan sekret, mengajarkan dan memberikan memberikan latihan batuk efektif, mengajarkan dan memberikan fisioterapi dada, memberikan posisi *fowler* atau *semi fowler*. Asuhan keperawatan kolaboratif yaitu dengan memberikan obat dan cairan sebagai pengganti elektrolit pada kasus Bronkopneumonia. Upaya rehabilitatif dengan menganjurkan cukup istirahat serta meningkatkan asupan nutrisi untuk meningkatkan daya tahan tubuh dalam mempercepat proses penyembuhan, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang optimal.

Hal ini yang menjadi latar belakang penulis untuk mengambil studi kasus karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta” dengan harapan semoga hasil studi ini dapat bermanfaat dan dapat dijadikan pembandingan dari satu pasien ke pasien lain yang memiliki masalah yang sama sehingga bermanfaat dalam menangani kasus Bronkopneumonia di RSUD Koja.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa dapat mengaplikasikan pengetahuan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.
- b. Mahasiswa mampu menentukan masalah keperawatan pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.
- c. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.

- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta menentukan pemecahan masalah pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.
- g. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan masalah pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja.

C. Ruang Lingkup

Lingkup bahasan pada karya tulis ilmiah ini adalah asuhan keperawatan pada pasien anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 14 sampai dengan 16 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode penulisan deskriptif, berupa studi kasus, teknik yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah dengan, pengumpulan data, analisis dan penarikan kesimpulan melalui:

1. Studi Kepustakaan, yaitu dengan membaca dan mempelajari buku-buku keperawatan dan literatur yang berkaitan dengan masalah yang ada pada pasien.
2. Studi lapangan, yaitu dengan mempelajari kasus dan praktik secara nyata serta berpartisipasi aktif dalam memberikan asuhan keperawatan.
3. Wawancara, baik dengan pasien, keluarga pasien dan petugas kesehatan yang mengetahui tentang keadaan pasien serta melakukan validasi

melalui data rekam medis pemeriksaan langsung pada pasien meliputi: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

4. Dokumentasi, yaitu pengumpulan data dengan mempelajari data pada rekam medis dan catatan medis lain yang berhubungan dengan pasien.

E. Sistematika Penulisan

BAB I, pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulis, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan teori terdiri dari Pengertian, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, pemeriksaan diagnostic, penatalaksanaan, konsep dasar tumbuh kembang anak, konsep hospitalisasi, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV Pembahasan tentang teori dan kasus. BAB V Penutup meliputi kesimpulan dan saran. Dalam karya tulis ini dilengkapi lampiran-lampiran dan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

1. Pengertian

Bronkopneumonia adalah jenis Pneumonia yang berkembang di bronkus dan alveoli menyebabkan nyeri atau infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri, dan Jamur. Jenis Pneumonia yang paling umum pada anak adalah Bronkopneumonia (Kemenkes, 2022). Kondisi yang dikenal dengan Bronkopneumonia adalah peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing (Safitri, 2022). Anak kecil dan bayi baru lahir lebih mungkin terkena Bronkopneumonia yang biasanya disebabkan oleh Pneumonia dan kuman streptokokus. Bronkopneumonia merupakan salah satu bagian dari penyakit Pneumonia. Bronkopneumonia disebut juga Pneumonia lobaris merupakan suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang melibatkan bronkus atau bronkiolus yang berupa bercak-bercak (*patchy distribution*) disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur, dan benda asing (Samuel, 2014). Bronkopneumonia merupakan infiltrat yang menyebar ke kedua hemisfer paru mulai dari bronkiolus terminal yang selanjutnya tersumbat oleh eksudat, hal ini sering dialami oleh bayi dan anak-anak akibat bakteri,

virus, jamur, dan benda asing (Tehupeiory, 2022).

2. Klasifikasi

WHO menyarankan pedoman manajemen dan diagnostik yang lebih sederhana. Bronkopneumonia dapat diidentifikasi dengan:

- a. Bronkopneumonia sangat serius: jika terjadi sianosis sentral dan anak tidak dapat menelan, rawat inap dan memerlukan antibiotik.
- b. Bronkopneumonia berat: Jika terlihat retraksi tanpa sianosis dan anak masih dapat minum, rawat inap dan memerlukan antibiotik.
- c. Bronkopneumonia: jika tidak ada retraksi tetapi terdapat pernapasan cepat, yaitu >60 napas per menit atau lebih pada usia 2 bulan atau kurang; >50 kali napas per menit pada usia 2 bulan hingga 1 tahun; >40 napas per menit untuk anak usia 1 sampai 5 tahun.

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Menurut Kemenkes (2022) penyebab Bronkopneumonia adalah infeksi bakteri. Infeksi bakteri yang paling umum menyebabkan Bronkopneumonia adalah salah satu dari berikut ini: *Streptococcus Pneumoniae*, *Staphylococcus Aureus*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Haemophilus Influenzae* dan *Klebsiella Pneumoniae*.

Selain infeksi bakteri, Bronkopneumonia juga bisa disebabkan oleh infeksi jamur seperti *Aspergillus Fumigatus* atau infeksi virus seperti virus covid 19 (Kemenkes, 2022). Risiko Bronkopneumonia dapat meningkat

bila anak tinggal di lingkungan yang kotor, sering terpapar asap rokok dan kontak langsung dengan penderita Pneumonia (Kemenkes, 2022).

2. Proses Perjalanan Penyakit

Sebagian besar penyebab dari Bronkopneumonia adalah mikroorganisme (jamur, bakteri, virus) awalnya mikroorganisme masuk melalui percikan ludah (droplet), invasi ini dapat masuk ke saluran pernafasan atas dan menimbulkan reaksi imunologis dari tubuh. Reaksi ini menyebabkan peradangan, dimana ketika terjadi peradangan ini tubuh menyesuaikan diri maka timbulah gejala demam pada penderita. Reaksi peradangan ini dapat menimbulkan sekret, semakin lama sekret semakin menumpuk di bronkus maka aliran bronkus menjadi semakin sempit dan pasien dapat merasa sesak. Sekret tidak hanya terkumpul di bronkus lama-kelamaan sekret dapat sampai ke alveolus paru dan mengganggu sistem pertukaran gas di paru. Bakteri tidak hanya menginfeksi saluran nafas, juga dapat menginfeksi saluran cerna ketika terbawa oleh darah. Bakteri ini dapat membuat flora normal dalam usus menjadi agen patogen sehingga timbul masalah pencernaan. Dalam keadaan sehat, pada paru tidak akan terjadi pertumbuhan mikroorganisme, keadaan ini disebabkan adanya mekanisme pertahanan paru. Terdapatnya bakteri di dalam paru menunjukkan adanya gangguan daya tahan tubuh, sehingga mikroorganisme dapat berkembang biak dan mengakibatkan timbulnya infeksi penyakit. Masuknya mikroorganisme ke dalam saluran nafas dan paru dapat melalui berbagai cara, antara lain inhalasi langsung dari udara, aspirasi dari bahan-bahan yang ada di nasofaring dan orofaring serta

perluasan langsung dari tempat-tempat lain, dan penyebaran secara hematogen (Nurarif, 2015).

Menurut Samuel (2014), Bronkopneumonia dalam perjalanan penyakitnya akan menjalani beberapa stadium, yaitu:

a. Stadium Kongesti (4-12 jam pertama)

Mengarah pada peradangan permulaan berlangsung di bagian yang baru terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler. Hal ini terjadi karena pelepasan mediator peradangan dari sel mast. Mediator tersebut mencakup histamin dan prostaglandin. Degranulasi sel mast dapat mengaktifkan jalur komplemen bekerjasama dengan histamin dan prostaglandin untuk melemaskan otot polos vaskuler paru dan peningkatan permeabilitas kapiler paru. Akibatnya, menyebabkan perpindahan eksudat plasma ke dalam ruang interstitial sehingga terjadi pembengkakan dan edema antara kapiler dan alveolus, yang meningkatkan jarak yang harus ditempuh oleh oksigen dan karbondioksida maka perpindahan gas ini paling berpengaruh dan sering mengakibatkan penuh.

b. Stadium Hepatisasi Merah (48 jam berikutnya)

Lobus dan lobulus yang terkena menjadi lebih padat dan tidak mengandung udara, warna menjadi merah dan jika diraba teraba seperti hepar. Pada alveolus didapatkan fibrin, leukosit neutrofil, eksudat, dan banyak eritrosit dan kuman. Stadium ini berlangsung sangat pendek.

c. Stadium Hepatisasi Kelabu (3-8 hari)

Lobus masih tetap padat dan warna merah akan berubah menjadi pucat kelabu hal ini dikarenakan sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Permukaan pleura suram karena diliputi oleh fibrin. Alveolus terisi fibrin dan leukosit, tempat terjadi fagositosis pneumococcus, kapiler tidak lagi kongestif.

d. Stadium Resolusi (7-11 hari)

Stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan dan eksudasi lisis. Eksudat berkurang. Pada alveolus makrofag bertambah dan leukosit mengalami nekrosis dan degenerasi lemak. Fibrin diabsorpsi dan menghilang.

C. Manifestasi Klinik

Menurut Safitri (2022) manifestasi klinik Bronkopneumonia adalah

1. Demam
2. Gelisah
3. Dispneau
4. Nafas cuping hidung
5. Takipnea
6. Sianosis
7. Retraksi dada,
8. Penurunan nafsu makan
9. Muntah
10. Diare
11. Batuk kering dan produktif.

D. Komplikasi

Menurut Damanik (2019), jika tidak ditangani secara efektif, masalah-masalah berikut kemungkinan akan terjadi:

1. Otitis media akut (OMA) jika tidak diobati, dahak ekstra akan masuk ke tuba eustachius, menghalangi aliran udara ke telinga tengah dan menciptakan ruang hampa. Gendang telinga kemudian akan ditarik ke dalam, dan efusif akan terjadi.
2. Efusi pleura, penumpukan cairan antara jaringan yang melapisi paru-paru dan dada, merupakan komplikasi dari Bronkopneumonia dan terjadi pada pneumokokus atau streptokokus grup A. Karena kesehatan jantung yang buruk atau peradangan, cairan dapat menumpuk di sekitar paru-paru. Batuk, nyeri dada yang menyiksa, atau kesulitan bernapas adalah gejalanya. Tablet air (diuretik), antibiotik, dan penghilangan cairan adalah bagian dari pengobatan.
3. Emfisema, adalah penyakit paru yang terjadi akibat adanya kerusakan pada alveoli. Lapisan dinding pada kantong udara penderita emfisema akan hancur sehingga terjadi penyatuan kantong-kantong tersebut menjadi satu.
4. Meningitis, radang selaput otak dan sumsum tulang belakang, biasanya disebabkan oleh infeksi. Infeksi virus biasanya menjadi penyebab meningitis. Meskipun mereka mungkin juga jamur atau bakteri. Beberapa jenis meningitis dapat dicegah dengan vaksinasi. Sakit kepala, demam, dan leher kaku adalah beberapa gejalanya. Meningitis dapat

sembuh dengan sendirinya tergantung penyebabnya, atau ini mungkin mengancam jiwa dan memerlukan terapi antibiotik segera.

E. Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan darah lengkap perifer pada Pneumonia yang disebabkan oleh virus biasanya leukosit dalam batas normal, namun pada Pneumonia yang disebabkan oleh bakteri didapatkan leukositosis ($15.000 \pm 40.000/\text{mm}^3$) dengan dominan PMN. Leukopenia ($<5000/\text{mm}^3$) menunjukkan prognosis yang buruk (Samuel, 2014).

2. Tes Urin

Kemampuan untuk mendeteksi semua serotipe *S. Pneumoniae* dengan menggunakan antigen urin. Tes urin bermanfaat karena cepat (sekitar 15 menit), cukup akurat, dan mampu mengidentifikasi infeksi aktif pada individu yang menjalani terapi antibiotik (Natasya, 2022).

3. Foto Thorax

Foto dada sangat penting untuk mengelola Pneumonia dalam beberapa cara. Jika dibandingkan dengan CT, yang merupakan standar emas metode ini, radiografi dada memiliki akurasi diagnosis sebesar 75% untuk konsolidasi alveolar dan 47% untuk Efusi Pleura (Natasya, 2022).

4. Ultrasonografi

Teknik untuk menilai kondisi pernapasan, termasuk Pneumonia, adalah ultrasonografi paru. Dalam meta-analisis baru-baru ini, diagnosis Pneumonia pada orang dewasa memiliki sensitivitas 94,0% (95% CI 92,0-

96,0) dan spesifisitas 96,0% (94,0-97,0). Ultrasonografi paru memiliki beberapa keunggulan dibandingkan metode sebelumnya; bebas radiasi, dapat dilakukan di tempat tidur samping dan pada wanita hamil, memungkinkan untuk evaluasi dinamis, meningkatkan akurasi efusi pleura dan deteksi konsolidasi jika dibandingkan dengan radiografi dada, tetapi membutuhkan waktu sedikit lebih lama untuk menyelesaikannya (Natasya, 2022).

F. Penatalaksanaan

1. Terapi medis

Antibiotik diperlukan untuk pengobatan Pneumonia. Tablet terdispersi amoksisilin adalah antibiotik terbaik untuk digunakan sebagai garis pertahanan pertama. Antibiotik oral, yang sering direkomendasikan di rumah sakit, dibutuhkan pada sebagian besar kasus Pneumonia. Tenaga profesional kesehatan masyarakat dengan pelatihan yang tepat juga dapat mengidentifikasi pasien ini dan merawatnya secara lokal dengan antibiotik oral yang terjangkau. Rawat inap hanya disarankan dalam kasus Pneumonia yang paling parah (WHO, 2022). Jika terjadi hipoksemia, berikan oksigen yang sesuai dan sesuai kebutuhan. Ekspektoran dapat diberikan bersama *postural drainase* (Damanik, 2019).

2. Terapi keperawatan

Pernapasan yang lancar dapat dipertahankan pada individu dengan Bronkopneumonia, terutama pada mereka yang kesulitan membersihkan

saluran napasnya. Selain relaksasi, minuman dan nutrisi juga harus diperhatikan. Fisioterapi dada adalah salah satu perawatan untuk anak dengan Bronkopneumonia (Tehupeiory, 2022).

G. Konsep Dasar Tumbuh Kembang Anak

1. Pengertian

a. Pertumbuhan (*growth*)

Adalah perubahan kuantitatif yang mengacu pada peningkatan jumlah, ukuran, dan dimensi sel, organ, pada manusia. Anak-anak tidak hanya berkembang secara fisik, tetapi mereka juga berubah dalam ukuran dan cara kerja tubuh dan otak mereka. Misalnya, pertumbuhan otak untuk meningkatkan kemampuan mereka untuk belajar, mengingat, dan menerapkan pemikiran mereka. Dengan demikian, anak berkembang secara fisik dan intelektual. Berat badan adalah cara yang baik untuk mengukur perkembangan fisik (gram, pon, kilogram), panjang (diukur dalam sentimeter), usia tulang, dan ciri-ciri seks sekunder (Soetjiningsih, 2016).

b. Perkembangan (*development*)

Adalah perubahan kualitatif dan kuantitatif. Perkembangan yang terjadi sebagai hasil proses maturasi atau pematangan adalah perkembangan kemampuan (keterampilan) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diprediksi. Perkembangan menyangkut proses pembedaan jaringan biologis, organ, dan sistem organ sehingga masing-masing dapat berkembang

dan bekerja secara maksimal. Sebagai hasil interaksi dengan lingkungan, hal ini meliputi perkembangan dalam ranah kognitif, verbal, motorik, emosional, dan perilaku. Perkembangan merupakan suatu bentuk perubahan yang terpadu, terarah, dan progresif. Progresif mengacu pada perubahan yang memiliki arah yang jelas dan sering bergerak maju daripada mundur. Terbukti dari analisis terarah dan integratif bahwa ada hubungan yang jelas antara perubahan yang terjadi saat ini sebelum dan selanjutnya (Soetjiningsih, 2016).

2. Kebutuhan Dasar Anak

Menurut Soetjiningsih (2016). Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang secara umum digolongkan menjadi tiga kebutuhan dasar.

a. Kebutuhan Fisik-Biomedis (ASUH)

Kebutuhan fisik-biomedis mencakup kebutuhan pangan atau gizi merupakan kebutuhan terpenting, kebutuhan perawatan kesehatan dasar antara lain : imunisasi, pemberian ASI, penimbangan bayi atau anak secara teratur, perawatan kesehatan apabila sakit, tempat tinggal yang layak, kebersihan perorangan, sanitasi lingkungan, pakaian, kesehatan jasmani, hiburan dan lain-lain

b. Kebutuhan Emosi atau Kasih Sayang (ASIH)

Seorang ibu atau pengasuh utama lainnya dan anak harus memiliki hubungan yang penuh kasih, perhatian, dekat, pribadi, dan harmonis sepanjang tahun pertama kehidupan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental, dan psikologis anak yang terbaik. Bayi akan merasa lebih aman jika ibu atau pengasuh lainnya berperan

dan hadir selama mungkin. Inisiasi dini, seperti menyusui bayi sesegera mungkin setelah melahirkan, atau kontak kulit ke kulit atau mata ke mata, adalah contoh bagaimana ikatan ini diekspresikan secara fisik. Keterlibatan ayah juga sangat berpengaruh dalam membangun kasih sayang dan keharmonisan keluarga untuk tumbuhkembang anak. Kekurangan kasih sayang ibu pada tahun-tahun pertama kehidupan mempunyai dampak negatif pada tumbuh kembang anak secara fisik, mental, sosial, emosi, yang disebut *sindrom deprivasi materna*. Kasih sayang dari orangtuanya (ayah-ibu) akan menciptakan ikatan yang erat dan kepercayaan dasar.

c. Kebutuhan Stimulasi Mental (ASUH)

Proses pembelajaran (pendidikan dan pelatihan) pada anak-anak dimulai dengan stimulasi mental. Stimulasi mental (ASAH) ini mendorong pertumbuhan kecerdasan psikososial, kemampuan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moralitas, produktivitas, dan sifat mental lainnya.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Menurut Soetjiningsih (2016) secara umum terdapat dua faktor utama yang berpengaruh dalam tumbuh kembang anak, yaitu:

a. Faktor Genetik

Gangguan pertumbuhan di negara maju lebih sering disebabkan oleh faktor genetik seperti kelainan bawaan yang disebabkan oleh kelainan kromosom misalnya, Sindrom Down, Sindrom Turner, dan sebagainya. Sedangkan di negara yang sedang berkembang, gangguan

pertumbuhan selain disebabkan oleh faktor genetik, juga disebabkan oleh faktor lingkungan yang kurang kondusif untuk tumbuh kembang anak, seperti penyakit infeksi, kurang gizi, penelantaran anak dan sebagainya, yang juga berdampak terhadap tingginya angka kematian bayi dan anak. Faktor genetik mempunyai peran utama dalam tumbuh kembang anak. Melalui genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan, Pertumbuhan ditandai oleh intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang. Yang termasuk faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Potensi genetik yang baik, bila berinteraksi dengan lingkungan yang positif, akan membuahkan hasil akhir yang optimal (Soetjiningsih, 2016).

b. Faktor Lingkungan Biofisikopsikososial

Kurangnya potensi genetik sangat ditentukan oleh lingkungan. Potensi gen seseorang dapat diwujudkan dalam lingkungan yang sehat. Sedangkan yang negatif akan menghalanginya.

1) Faktor Biologis

Faktor biologis meliputi : Rasa tau suku bangsa, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, kerentanan terhadap penyakit, kondisi kesehatan kronis, fungsi metabolisme, dan hormone.

2) Faktor Lingkungan Fisik

Faktor lingkungan fisik yang mempengaruhi tumbuh kembang bagi seorang anak antara lain: cuaca, musim, keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, radiasi, keadaan rumah seperti struktur bangunan, ventilasi, cahaya, dan kepadatan hunian.

3) Faktor psikososial

Faktor psikososial yang berperan dalam tumbuh kembang anak adalah stimulasi, motivasi belajar, ganjaran ataupun hukuman yang wajar, kelompok sebaya, stress, sekolah, cinta dan kasih sayang, dan kualitas interaksi antara orang tua dan anak.

4) Faktor Keluarga dan Adat Istiadat

Faktor keluarga dan adat istiadat yang mempengaruhi tumbuh kembang anak meliputi, pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan ayah dan ibu, jumlah saudara, jenis kelamin dalam keluarga, stabilitas rumah tangga, kepribadian ayah dan ibu, pola pengasuhan, adat istiadat, norma, tabu, agama, urbanisasi, kehidupan politik.

4. Tumbuh Kembang Normal Pada Anak

a. Berat Badan dan Tinggi Badan

Pertumbuhan fisik pada anak mengarah pada penambahan ukuran tubuh. Puncak pertumbuhan fisik pada anak setelah umur 0-3 tahun adalah pada masa usia sekolah yaitu 6-12 tahun. Proses pertumbuhan tinggi badan (TB) relatif cepat dan diikuti dengan bertambahnya berat badan (BB). Memasuki usia sekolah terlihat badan anak bagian

atas berkembang dari pada bagian bawah. Tinggi rata-rata 117 cm dan berat 22,5 kg (Damayanti, 2017).

b. Perkembangan Personal Sosial

Pada usia 7-8 tahun anak sudah mengerti akan rasa malu dan bangga terhadap sesuatu. Anak dapat mengungkapkan emosi yang dirasakannya. Semakin bertambah usia anak semakin anak dapat memahami perasaan orang lain (Dewi, 2020).

c. Perkembangan Motorik Kasar dan Motorik Halus

Motorik kasar adalah gerakan tubuh yang menggunakan otot-otot besar, sebagian besar atau keseluruhan anggota tubuh yang dipengaruhi oleh kematangan anak itu sendiri. Keterampilan motorik anak usia sekolah meliputi bermain lempar tangkap, *jumping jack*, berdiri setelah melompat kaki, melakukan permainan *rough and tumble* yaitu permainan dengan berguling, menendang, bergumul, bergulat terkadang berkejar-kejaran, seringkali ditingkahi dengan jeritan dan tawa (Elizabeth, 2014). Motorik halus adalah gerakan yang menggunakan otot-otot halus atau sebagian anggota tubuh tertentu yang dipengaruhi oleh kesempatan untuk belajar dan berlatih. Unsur-unsur dalam keterampilan motorik halus atau keterampilan manipulasi adalah menulis dengan huruf lepas dan tulisan tegak bersambung, menggambar dengan adanya pola atau objek (pada anak 6-9 tahun lebih senang menggambar dengan kuatnya daya fantasi dan imajinasi), menggunting kertas dengan

mengikuti pola, melempar dan memainkan benda-benda atau alat-alat mainan (Pangaribuan, *et.al*, 2022).

d. Perkembangan Bahasa

Perkembangan bahasa pada usia sekolah (6-8 tahun) bahasa yang digunakan anak sudah berkembang mendekati kesempurnaan. Terdapat penambahan kosakata pada anak, dan anak mulai mengerti bahwa kata-kata memiliki lebih dari satu arti. Usia 6-8 tahun, sekitar 50.000 kata sudah mulai dikuasai oleh anak (Dewi, 2020).

H. Konsep Hospitalisasi

1. Pengertian

Hospitalisasi adalah suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan yang dapat menyebabkan beberapa perubahan psikis pada anak (Oktiawati, 2017).

2. Dampak Hospitalisasi Pada Anak

Prosedur rawat inap dapat menjadi sumber kebingungan dan rasa sakit bagi anak dan orang tua. Biasanya, ketika seorang anak dan keluarganya dipanggil untuk operasi atau rawat inap, mereka memiliki banyak pertanyaan. Prosedur rawat inap mempengaruhi anak-anak secara berbeda, tergantung pada usia mereka, kebutuhan perawatan yang diberikan kepada mereka, dan temperamen mereka. Yang membentuk temperamen secara umum, reaksi anak terhadap penyakit adalah kecemasan karena terpisah dari keluarga dan teman, berada di lingkungan baru, mendapat

pemeriksaan dan pengobatan, serta kehilangan kontrol diri. Kecemasan karena berpisah dengan keluarga dan teman mempengaruhi aktivitas bersama teman, rutinitas yang dilakukan bersama keluarga, hubungan teman sebaya, dan prestasi di sekolah. Anak-anak yang berada di lingkungan baru selama proses rawat inap juga merasa takut terhadap orang asing yang merawatnya dan lingkungan rumah sakit yang asing. Selain itu, ketidaksukaan anak terhadap lingkungan rumah sakit juga berasal dari ruangan rumah sakit yang ramai/berisik, lingkungan yang panas, fasilitas bermain yang kurang memadai, dan makanan rumah sakit yang mungkin terasa hambar dan tidak enak. Hal lain yang menyebabkan anak mengalami kecemasan selama proses hospitalisasi adalah anak harus mendapatkan pengobatan dan pemeriksaan. Saat menerima penitipan anak, mereka biasanya takut dengan proses yang harus mereka lalui, seperti operasi, suntikan, mutilasi, dan konsumsi obat secara teratur. Ketakutan selama proses pengobatan juga dapat disebabkan oleh gambaran tentang rasa sakit, perubahan penampilan tubuh, dan kecemasan akan kematian. Anak adalah bagaimana mereka bereaksi terhadap situasi baru (Mendri, 2015).

3. Reaksi Anak Terhadap Sakit dan Hospitalisasi

Anak usia sekolah ingin menjadi sangat mandiri dari orang tua mereka. Proses sosialisasi dan hubungan teman sebaya menjadi lebih penting selama usia ini. Mereka sangat sensitif terhadap pemeriksaan tubuh dan mungkin merasa malu. Proses hospitalisasi memaksa anak berpisah dengan lingkungan yang dicintainya, yakni keluarga dan teman sebaya.

Hal tersebut sangat berpotensi membuat anak menjadi *stress* (Mendri, 2015).

I. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap pertama dari semua proses asuhan keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Informasi dan data tersebut digunakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan pasien, baik fisik, psikologi, sosial, spiritual dan lingkungan (Hadinata, 2022).

Menurut Makdalena (2021), pengkajian pada kasus Bronkopneumonia sebagai berikut:

1. Usia

Anak kecil dan bayi lebih mungkin terkena Bronkopneumonia

2. Keluhan utama

Pada penderita Bronkopneumonia keluhan utama biasanya batuk dan sesak nafas.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pada penderita Bronkopneumonia biasanya tanda-tanda vital peningkatan denyut nadi, merasakan sulit untuk bernafas, dan disertai dengan batuk berdahak, terlihat otot bantu pernafasan, adanya suara nafas tambahan, penderita biasanya juga lemah dan tidak nafsu makan, pada saluran pencernaan adanya rasa mual, muntah dan diare.

4. Riwayat penyakit dahulu

Anak sering menderita penyakit saluran pernafasan bagian atas, faktor pemicu Bronkopneumonia misalnya riwayat terpapar asap rokok, debu atau polusi dalam jangka panjang.

5. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Kaji upaya pernafasan, anak yang mengidap Pneumonia dapat menunjukkan retraksi substernal, subkosta atau interkosta, takipnea dan nafas cuping hidung serta sianosis.

b. Palpasi

Fremitus biasanya terdengar lemah pada bagian yang terdapat cairan atau secret, getaran hanya teraba pada sisi yang tidak terdapat secret.

c. Perkusi

Normalnya perkusi pada paru adalah sonor, namun untuk kasus Bronkopneumonia biasanya saat diperkusi terdengar bunyi redup.

d. Auskultasi

Auskultasi sederhana dapat dilakukan dengan cara mendekatkan telinga ke hidung atau mulut anak. Pada anak Pneumonia akan terdengar stridor, ronkhi atau wheezing. Sementara dengan stetoskop, akan terdengar suara nafas akan berkurang, ronkhi halus pada posisi yang sakit, dan ronkhi basah pada masa resolusi. Pernapasan bronkial, egotomi, bronkofoni, kadang kadang terdengar bising gesek pleura.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pada pemeriksaan darah ditemukan adanya peningkatan leukosis.

- b. Pada pemeriksaan foto thorax

Pada anak dengan kasus Bronkopneumonia kesan yang didapatkan dari foto thorax yaitu infiltrat di lapang paru.

J. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon kepada individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah nyata atau potensial sebagai dasar untuk memilih intervensi atau perencanaan keperawatan yang layak untuk mencapai tujuan keperawatan yang sesuai dengan kompetensi perawat (Hadinata, 2022). Diagnosis keperawatan pada kasus Bronkopneumonia menurut Mendri (2015) disesuaikan dengan Tim Pokja PPNI (2016) antara lain :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
4. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis
5. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi
6. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan
7. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis ituasional

K. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tindakan perawatan meliputi semua perawatan yang dilakukan perawat dengan mengandalkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Perencanaan keperawatan merupakan proses asuhan keperawatan yang ketiga, yaitu setelah perawat membuat diagnosis keperawatan, perawat membuat rencana tindakan sebagai dasar pelaksanaan kerja atau intervensi keperawatan. Rencana keperawatan juga harus didokumentasikan dengan baik sebagai dasar pertimbangan (Hadinata, 2022).

Intervensi keperawatan berdasarkan Tim Pokja PPNI (2018) sebagai berikut:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler

Tujuan : Pertukaran gas meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Kriteria hasil : Dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, takikardia menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, Ph arteri membaik, sianosis membaik, nafas cuping hidung membaik.

Rencana Tindakan :

Pemantauan Respirasi :

Observasi : Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, Cheyne-stokes, biot, ataxic), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, palpasi

kesimetrisan ekspansi paru ,auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai analisa gas darah, monitor hasil x-ray thorax.

Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan.

Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

Tujuan : Bersihan jalan napas meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Kriteria hasil : Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, crackles menurun, gelisah menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik.

Tindakan keperawatan :

Latihan batuk efektif

Observasi : Identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, monitor tanda dan gejala infeksi saluran pernapasan, monitor input dan output cairan

Terapeutik : Atur posisi semi fowler atau fowler, pasang pernak dan bengkak di pangkuan pasien, buang sekret pada tempat sputum.

Edukasi : Jelaskan prosedur dan tujuan batuk efektif, anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan)

selama 8 detik, anjurkan tarik napas dalam sebanyak 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke 3

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

Manajemen jalan napas

Observasi : Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas , monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum

Terapeutik : Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt and chin lift (jaw thrust jika dicurigai trauma servikal), posisikan semi fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisap lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill, berikan oksigen, jika perlu

Edukasi : Anjurkan asupan cairan 2000 ml/24 jam, ajarkan teknik batuk efektif

3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Tujuan : Pola nafas membaik setelah dilakukan intervensi keperawatan

Kriteria hasil : Dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi nafas menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik.

Tindakan keperawatan :

Manajemen jalan napas

Observasi : Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas , monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum.

Terapeutik : Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head tilt and chin lift (jaw thrust* jika dicurigai trauma servikal), *posisi*kan semi fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisap lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill, berikan oksigen, jika perlu.

Edukasi : Anjurkan asupan cairan yang adekuat, ajarkan teknik batuk efektif.

4. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka, Tingkat keletihan menurun.

Kriteria hasil : Verbalisasi kepulihan energi meningkat, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, verbalisasi lelah menurun, lesu menurun.

Tindakan keperawatan :

Manajemen energi

Observasi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau

aktif, berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

Edukasi : Anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

5. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka, tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil : Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik.

Tindakan keperawatan :

Reduksi ansietas

Observasi : Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).

Terapeutik : Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi

mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

Edukasi : jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, latih teknik relaksasi.

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

6. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan intake cairan tidak adekuat

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka, keseimbangan cairan meningkat.

Kriteria hasil : Asupan cairan meningkat, membrane mukosa lembab meningkat, turgor kulit membaik, output urin meningkat.

Tindakan keperawatan :

Observasi : Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah), monitor berat badan harian, monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis, monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, na, k, cl, berat jenis urin, bun), monitor status hemodinamik (mis: map, cvp, pap, pcwp, jika tersedia).

Terapeutik : Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam, berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan. Berikan cairan intravena, jika perlu.

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu.

7. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan kondisi kronik

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka, proses keluarga membaik.

Kriteria hasil : Adaptasi keluarga terhadap situasi meningkat, kemampuan keluarga berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga meningkat.

Tindakan keperawatan :

Dukungan koping keluarga

Observasi : Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini, identifikasi beban prognosis secara psikologis, identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang, identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Terapeutik : Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga, terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi, diskusikan rencana medis dan perawatan, fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga,fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian).

Edukasi : Informasikan kemajuan pasien secara berkala, informasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia.

Kolaborasi : Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu.

L. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan tertentu. Fase implementasi dimulai setelah rencana intervensi dibuat sesuai mandat perawatan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi adalah pengelolaan dan pelaksanaan rencana perawatan yang dibuat pada tahap perencanaan. Agar pekerjaan keperawatan berhasil sesuai dengan rencana keperawatan, staf keperawatan harus memiliki keterampilan kognitif, keterampilan interaktif, dan keterampilan operasional. Pelaksanaan atau efisiensi kerja keperawatan berarti pelaksanaan sarana untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan implementasi juga mencakup pengumpulan data terus menerus, pemantauan tanggapan klien selama dan setelah intervensi, dan evaluasi informasi baru (Hadinata, 2022).

M. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan membandingkan perubahan kondisi pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil terjadi pada tahap perencanaan. evaluasi berarti penilaian, tingkat dan peningkatan. Selama pengkajian, perawat mengevaluasi respon klien Intervensi untuk memberi dan menentukan apa konsisten dengan rencana perawatan yang dapat diterima (Hadinata, 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori Rumah Sakit Umum Daerah Koja dari tanggal 14 sampai dengan 16 Maret 2023. Asuhan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan tahapan proses keperawatan meliputi: pengkajian keperawatan, pengangkatan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan hari Selasa, 14 Maret 2023 pukul 09.30. Data-data yang didapatkan penulis merupakan data yang didapat melalui pengamatan secara langsung, seperti pengkajian fisik, wawancara dengan pasien, ibu pasien serta petugas medis yang merawat dan berhubungan dengan pasien, catatan rekam medis, catatan keperawatan yang dilakukan pada pasien.

1. Data biografi

a. Identitas pasien

Pasien bernama anak M jenis kelamin laki-laki, pasien berumur 7 tahun 1 bulan 18 hari, agama Islam, suku NTB, bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa Indonesia, pendidikan pasien TK

b. Identitas orang tua

Nama ibu pasien Ny. K, umur 34 tahun pendidikan SMK, agama Islam, pekerjaan sebagai karyawan swasta, suku bangsa NTB, ayah pasien Tn. M umur 35 tahun pendidikan SMK, pekerjaan kontraktor, suku bangsa Palembang, alamat rumah. Jl. Lagoa terusan gang lima baru RT 07 RW 03.

2. Resume

Senin, 13 Maret 2023 pukul 07:00:49 WIB anak M usia 7 tahun 1 bulan 18 hari datang ke IGD bersama kedua orang tua. Ibu pasien mengatakan anak M sudah demam selama 1 minggu, batuk berdahak, pusing, pilek dan sesak napas. Ibu pasien mengatakan anak M memiliki penyakit Asma, dan pernah dirawat ketika berumur 9 bulan karena Asma di RSUD Koja. Pukul 12:01:07 pasien dipindahkan ke ruang rawat inap ruang Dori 1605. Pada pengkajian didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis E:4 M:6 G:5 Nadi : 100x/menit, SaO₂:100%, 38C, S:24x/menit, BB : 17 kg TB: 120cm, suara napas crackles pada paru kanan, terdapat sputum kental berwarna hijau, terdapat secret pada hidung, batuk tidak efektif, mukosa bibir kering, pasien tampak kurus, ibu pasien mengatakan pasien enggan makan karena mual. Masalah keperawatan yang diangkat adalah hipertermi dan bersihan jalan nafas tidak efektif. Tindakan keperawatan yang sudah diberikan: Memasang jalur intravena pada tangan kiri, mengauskultasi bunyi napas, memonitor pola napas dan bunyi napas tambahan, memberikan minum air hangat, memberikan posisi fowler, memonitor batuk dan sputum, menghitung kebutuhan cairan, memasang pagar tempat tidur. Tindakan kolaborasi

yang sudah diberikan:memberikan terapi nebulizer dan ventolin dengan perbandingan 1:3 memberikan cairan KA-EN 3B+KCL 10 Meq 1100ml/hari 12 tpm, memberikan terapi iv Paracetamol 175 mg, memberikan terapi iv Ceftriaxone 850 mg dengan loading test. Diet yang diberikan NB oral dengan kebutuhan gizi energy: 1500 kkal, protein 56gr, lemak:33 gr, karbohidrat: 244 gr. Hasil pemeriksaan laboratorium Senin, 13 Maret 2023 yaitu: hemoglobin: 9.4 g/dl (11.5-14.5 g/dl), jumlah leukosit:18,57 $10^3/\mu\text{L}$ (4.00-12.00 $10^3/\mu\text{L}$), hematocrit: 27,2% (33.00-43.00%), jumlah trombosit:516 $10^3/\mu\text{L}$ (163-337 $10^3/\mu\text{L}$), Ph:7.504 (7.359-7.450) , PCO₂: 26.2 mmHg (32.0-45.0 mmHg), PO₂:161,3 mmHg (95.0-100.0 mmHg) HCO₃:20,8 mEq/L (21.0-28.8 mEq/L , Base Excess:-2.5mmol/L (-2.5 - +2.5 mmol/L) Elektrolit Na: 134 mEq/L (135 – 147 mEq/L) K:2.99 mEq/L (3.5 – 5.0 mEq/L), Cl: 96 mEq/L (96- 108 mEq/L), GDS:103mg/dl.(60-100 mg/Dl). Pada pemeriksaaan foto thoraks ditemukan jantung besar dan bentuk normal, tampak infiltrate di paracardial kanan dan parahiler kiri, hilus tidak melebar, corakan bronchovaskular normal, sinus costophrenicus kanan tajam kiri tumpul.

3. Riwayat kesehatan pada masa lalu

a. Riwayat kehamilan dan kelahiran

1) Antenatal Care

Ibu pasien mengatakan pada saat kehamilan pasien, tidak ada penyakit yang spesifik, pemeriksaan kehamilan dilakukan secara teratur diperiksa oleh bidan, tempat pemeriksaan di tempat

praktik mandiri bidan Prapti dengan hasil pemeriksaan bagus di setiap kunjungan. Mendapatkan imunisasi tetanus dua kali selama kehamilan pada minggu ke-24 dan minggu ke-32 kehamilan.

2) Masa Natal

Usia kehamilan saat kelahiran 36 minggu 1 hari, persalinan secara normal ditolong oleh bidan, berat badan anak saat lahir 3200 gr, PB: 51 cm, pengobatan yang diberikan vitamin A dan imunisasi HB0.

3) Neonatal

Pasien lahir normal, menangis spontan, gerak aktif, tidak ada cacat bawaan lahir, tidak ada ikterus, tidak ada kejang, perdarahan normal, tidak ada trauma persalinan.

b. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Ibu pasien mengatakan sejak umur 3 tahun pasien menjadi sulit untuk naik berat badan, tetapi perkembangan normal tengkurap ketika umur 9 bulan, duduk 9 bulan, merangkak 10 bulan, berdiri 14 bulan berjalan 14 bulan.

c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita

Ibu pasien mengatakan anak memiliki penyakit Asma

d. Pernah dirawat dirumah sakit

Ibu pasien mengatakan anak pernah dirawat di Rumah Sakit Koja ketika berumur 9 bulan karena Asma, dirawat inap selama kurang lebih satu minggu

e. Obat-obat

Ibu pasien mengatakan anak tidak mempunyai obat yang rutin dikonsumsi, hanya mendapat obat ambroxol cair dari puskesmas sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa.

f. Tindakan (Misalnya operasi)

Ibu pasien mengatakan anak tidak pernah mendapat tindakan medis seperti operasi.

g. Alergi

Ibu pasien mengatakan pasien memiliki alergi udara dingin.

h. Kecelakaan

Ibu pasien mengatakan anak tidak pernah mengalami kecelakaan.

i. Imunisasi

Ibu pasien mengatakan anak sudah mendapat imunisasi BCG, imunisasi polio 1 2 3, imunisasi hepatitis B 1 2 3, imunisasi varicella, imunisasi DPT 1 2 3 dan imunisasi campak. Ibu pasien mengatakan lupa kapan diberikan imunisasi tersebut.

j. Kebiasaan sehari-hari

Ibu pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sehari-hari yang khusus dilakukan pasien.

1) Pola pemenuhan nutrisi

a) ASI atau susu buatan

Pasien diberikan ASI sejak umur 0-2 tahun waktu pemberian ASI pagi, siang, sore, dan malam. Pasien tidak diberikan susu buatan

b) Makanan padat

Makanan padat diberikan ketika pasien berumur 6 bulan cara pemberian makanan yaitu dengan cara ditim atau diulek jenis makanan yang diberikan yaitu beras merah.

c) Vitamin

Pasien diberikan vitamin curcuma plus sejak umur 3 tahun sampai sekarang.

d) Pola makan dan minum

Frekuensi makan pasien 3x sehari, jenis makanan nasi dan lauk pauk. Makanan yang disenangi pasien yaitu rendang dan ayam. Pasien tidak memiliki alergi makanan, pasien makan bersama keluarga, jika makan pasien makan secara mandiri tidak disuapi, waktu makan pasien pagi, siang, malam. Ibu pasien mengatakan pasien sering minum, jumlah minum sehari sekitar 1 botol aqua besar +- 1500 ml.

2) Pola Tidur

Ibu pasien mengatakan pasien jarang tidur siang karena aktif bermain. Pasien tidur malam setiap jam 9 malam dan bangun pukul 7 pagi. Pasien tidur malam selama 10 jam.

3) Pola aktivitas/latihan/olahraga/bermain/hobi

Ibu pasien mengatakan pasien suka bermain bola dan badminton.

4) Pola kebersihan diri

Pasien mandi 2x dalam sehari menggunakan sabun, pasien mandi secara mandiri, pasien sikat gigi 2x sehari menggunakan odol,

pasien keramas 4x dalam seminggu, pasien mampu berpakaian secara mandiri.

5) Pola eliminasi

Pasien buang air besar kurang lebih 14x dalam seminggu, waktu buang air tidak tentu, warna kuning, tidak berbau menyengat dan tidak ada bau abnormal, konsistensi padat normal, cara buang air besar normal melalui anus, tidak ada keluhan. Pasien BAK kurang lebih 7x sehari warna urin putih jernih, tidak ada keluhan selama buang air kecil, pasien sudah tidak mengompol.

6) Kebiasaan lain

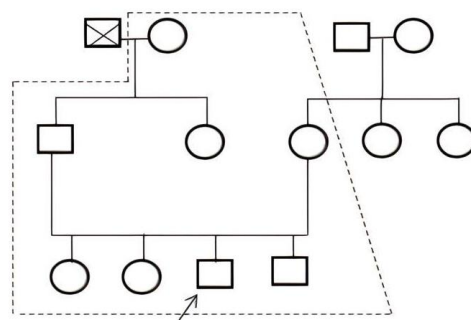
Pasien tidak memiliki kebiasaan seperti menggigit jari, menggigit kuku, menghisap jari, memainkan genital.

7) Pola asuh

Ibu pasien mengatakan sejak lahir pasien diasuh oleh ibu dan ayah. Pola asuh terbuka dan tidak keras.

4. Riwayat kesehatan keluarga

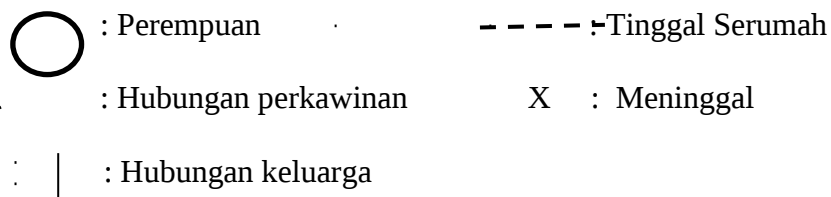
a. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

↗ : Pasien



b. Riwayat penyakit keluarga

Ayah dan ibu pasien tidak memiliki penyakit tertentu, kakek, nenek dan bude dari ayah pasien memiliki penyakit asma.

c. Koping keluarga

Dari hasil pengkajian tidak didapatkan cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptive. Keluarga akan membelikan obat dan membawa ke pelayanan kesehatan terdekat apabila ada anggota keluarga yang sakit.

d. Sistem nilai

Tidak ada sistem nilai yang bertentangan dengan kesehatan.

e. Spiritual

Kegiatan spiritual anak yaitu mengaji dan sholat.

5. Riwayat kesehatan lingkungan

a. Resiko bahaya lingkungan

Rumah pasien terletak jauh dari jalan raya, sungai, maupun tempat-tempat yang membahayakan kesehatan pasien

b. Polusi

Rumah pasien jauh dari jalan raya dan kebisingan, rumah pasien bebas dari polusi suara. Ayah pasien merupakan perokok aktif, sehingga pasien termasuk perokok pasif dan terpapar asap rokok (polusi udara).

c. Tempat bermain

Pasien biasanya bermain di sekitar rumah jauh dari jalan raya sungai dan aman untuk kesehatan.

6. Riwayat kesehatan sekarang

a. Riwayat penyakit sekarang

Pasien sakit sejak 7 Maret 2023 sekitar pukul 13.00 wib, keluhan utama pasien batuk, pilek, dan sesak nafas. Ibu pasien mengatakan anak demam. Ibu pasien mengatakan anak batuk setelah memakan semangka. Kemudian demam naik turun selama 1 minggu, batuk dan pilek serta sesak napas. Ibu pasien sudah membawa pasien ke puskesmas dan diberikan obat ambroxol cair. Satu hari setelah ke puskesmas pasien bersama orang tua datang ke RSUD Koja karena demam tidak turun dan semakin sesak napas.

b. Pengkajian fisik secara fungsional

Data Subyektif

1) Data klinik

Ibu pasien mengatakan anak masih, batuk, pilek serta sesak napas.

2) Nutrisi atau metabolisme

Nafsu makan kurang baik, anak diberikan makan 3x sehari tetapi hanya dihabiskan 1-3 sendok makan, ibu pasien mengatakan celana anak menjadi kendur setelah sakit, BB sebelum sakit 18,6 kg, tidak ada diet khusus, warna kulit coklat kemerahan, pasien mengatakan mual tetapi tidak muntah.

3) Respirasi atau sirkulasi

Pasien mengatakan sulit untuk bernafas, pasien mengatakan masih batuk dan ada dahak. Tidak ada sakit dada.

4) Eliminasi

Pasien mengatakan tidak ada mules, sakit dan kembung pada perut.

Ibu pasien mengatakan anak BAB 2x per hari, tidak encer, warna kuning, tidak ada bau abnormal. Ibu pasien mengatakan anak BAK 6-7x per hari tidak ada keluhan saat buang air kecil ataupun buang air besar.

5) Aktivitas atau latihan

Tingkat kekuatan pasien kuat, pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari secara mandiri, tidak ada kekakuan pergerakan sendi, tidak ada rasa nyeri persendian.

6) Sensori persepsi

Pasien mampu mendengar dengan baik, penglihatan normal, penciuman normal, perabaan normal, pengecapian normal.

7) Konsep diri

Pasien menjadi lebih pendiam dibanding biasanya selama sakit.

8) Tidur atau istirahat

Ibu pasien mengatakan, anak tidur kurang nyenyak, mudah terbangun, selama di rumah sakit hanya tidur 5 jam.

9) Seksualitas atau reproduksi

Laki-laki tidak ada Kelainan.

Data Obyektif

1) Data klinik

Kesadaran umum lemah, tanda-tanda vital: TD: 80/60 mmHG, N:

83x/menit, Suhu: 37 C, RR: 21x/menit

Pola napas dyspnea, BB: 17 kg, TB: 120 CM, lingkar kepala 45 cm, lingkar dada:54 cm, lingkar lengan atas:15 cm.

2) Nutrisi atau metabolisme

Mukosa bibir lembab, warna pink, tidak ada lesi, tidak ada kelainan palatum, gusi tidak ada lesi, lidah bersih. Gigi lengkap, tidak ada karang gigi dan karies. Tidak ada obesitas, integritas kulit baik, tidak ada kelainan *sonde*.

3) Respirasi atau sirkulasi

Suara pernapasan crackles pada paru kanan, terdapat sputum banyak, berwarna putih dan kental. Tidak ada ikterus, tidak ada sianosis, tidak ada palpitasi.

4) Eliminasi

Abdomen teraba lemas, tidak ada kembung, bising usus 8x/menit. Pasien BAB 2x dengan konsistensi normal, berwarna kuning, tidak ada bau abnormal, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien BAK 6x, warna urine kuning jernih, tidak ada bau abnormal, tidak ada keluhan saat BAK.

5) Aktivitas atau latihan

Pasien mampu berjalan seimbang, kekuatan menggenggam tangan kanan dan kiri kuat. Tidak ada kelainan bentuk dan otot kaki.

6) Sensori persepsi

Reaksi terhadap rangsangan normal, orientasi normal, pupil mata isokor, konjungtiva pucat, pendengaran normal.

7) Konsep diri

Kontak mata kurang, pasien sering membungkuk, pasien banyak diem dan menjawab singkat.

8) Tidur atau istirahat

Daerah sekitar mata hitam, pasien tampak lemas dan mengantuk di siang hari, mata tampak sayu.

9) Seksualitas atau reproduksi

Laki-laki tidak ada Kelainan.

c. Dampak hospitalisasi

Pasien tampak diam dan murung, tampak tegang, pasien menanyakan kapan boleh pulang.

d. Tingkat perkembangan saat ini

Motorik kasar : Ibu pasien mengatakan pasien mampu berlari dan menendang bola, pasien mampu berjinjit.

Motorik halus : Ibu pasien mengatakan pasien mampu menulis dan menggambar dengan rapi.

Bahasa : Pasien mampu berbicara dengan lancar dan normal.

Sosialisasi: Ibu pasien mengatakan pasien aktif bermain dengan anak seusianya dan mau membantu pekerjaan rumah.

e. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium Senin, 13 Maret 2023 yaitu:
hemoglobin: 9.4 g/dl (11.5-14.5 g/dl), jumlah leukosit: $18,57 \times 10^3/\mu\text{L}$

($4.00-12.00 \times 10^3/\mu\text{L}$), hematocrit: 27,2% (33.00-43.00%), jumlah trombosit: $516 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($163-337 \times 10^3/\mu\text{L}$), Ph: 7.504 (7.359-7.450), PCO₂: 26.2 mmHg (32.0-45.0 mmHg), PO₂: 161,3 mmHg (95.0-100.0 mmHg) HCO₃: 20,8 mEq/L (21.0-28.8 mEq/L, Base Excess: -2.5 mmol/L (-2.5 - +2.5 mmol/L) Elektrolit Na: 134 mEq/L (135 – 147 mEq/L) K: 2.99 mEq/L (3.5 – 5.0 mEq/L), Cl: 96 mEq/L (96- 108 mEq/L), GDS: 103 mg/dl. (60-100 mg/Dl).

Pada pemeriksaan foto thoraks ditemukan jantung besar dan bentuk normal, tampak infiltrate di paracardial kanan dan perihiler kiri, hilus tidak melebar, corakan bronkovaskuler normal, sinus costophrenicus kanan tajam kiri tumpul.

7. Penatalaksanaan

Ceftriaxone 1 x 850 mg (intravena) pada jam 18.00

Paracetamol 4x175 mg (oral) tiap 6 jam 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 sesudah makan.

Ranitidin 2 x 20 mg (intravena) jam 24.00 dan 12.00

Metilprednisolon 2 x 10 mg (intravena) jam 05.00 dan 17.00

Cairan KA-EN 3B + KCL 10 meq 1100ml/24 jam 12 tpm.

Salbutamol 3x1 mg (oral) tiap 8 jam, 05.00, 13.00, 21.00 sesudah makan.

8. Data Fokus

a. Data subyektif

Ibu pasien mengatakan anak masih sesak, batuk dan pilek masih ada, sulit mengeluarkan dahak. Ibu pasien mengatakan pasien enggan makan karena mual. Pasien mengatakan menyukai rendang dan ayam. Ibu

pasien mengatakan sehari-hari hanya masak sayur. Ibu pasien mengatakan setelah sakit celana pasien menjadi kendur, Ibu pasien mengatakan BB pasien sebelum sakit 18,6 kg, Ibu pasien mengatakan pasien makan sedikit hanya 3-4 sendok setiap makan dan selalu menyisakan makanan, di rumah sakit pasien sulit tidur di malam hari karena terlalu dingin dan sering terjaga. Ibu pasien mengatakan semalam pasien hanya tidur 5 jam. Pasien mengeluh nyeri pada area pemasangan infus. Pasien menanyakan kapan pulang.

b. Data obyektif

Keadaan umum pasien sakit sedang, tanda-tanda vital: TD:80/60 mmHg, N:83x/menit, suhu: 37 C, RR: 21/menit, BB: 17 kg (BB sebelum sakit : (18.6 kg), TB : 120 cm, lila : 15 cm, lingkar kepala: 45 cm, lingkar dada : 54 cm, lingkar perut 52 cm. Pasien tampak dyspnea, terdapat suara crackles pada paru kanan, terdapat sputum kental, berwarna putih, tidak ada bau abnormal. Terdapat sekret pada hidung, konsistensi cair, tampak infiltrate di parakardial kanan. Konjungtiva anemis, mata pasien tampak sayu, tampak lemah dan mengantuk di siang hari. Terdapat edema pada area pemasangan infus, pasien terlihat menghabiskan makan 1-3 sendok setiap makan, makan puding 1 cup, pasien tampak tegang, murung dan sering diam. Hb : 9.4 g/dl Leukosit : $18.57 \times 10^3/\mu\text{L}$ Ht : 27, 2 % SpO₂ : 98.7 % Na :134 mEq / L , K :2.99 mEq/L, Foto Thorax infiltrat di parakardial kanan dan perihiler kiri, sinus costophrenicus kanan tajam, kiri tumpul, kesan : Bronkopneumonia.

9. Analisis Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS : Ibu pasien mengatakan pasien masih sesak, batuk dan pilek masih ada dan sulit mengeluarkan dahak. DO : Keadaan pasien sakit sedang, tampak dyspnea, terdapat suara napas crackles pada paru kanan, terdapat sputum, berwarna putih, kental, tidak ada bau abnormal, terdapat secret pada hidung dengan konsistensi cair, RR : 21x/menit, Foto Thorax infiltrate di paracardial kanan	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	Hipersekresi Jalan Napas
2	DS : Ibu pasien mengatakan pasien enggan makan karena mual. Ibu pasien mengatakan setelah sakit celana pasien menjadi kendur. Ibu pasien mengatakan BB pasien sebelum sakit 18,6 kg. Pasien mengatakan menyukai rendang dan ayam. Ibu pasien mengatakan sehari-hari	Defisit Nutrisi	Keengganan untuk makan

	hanya masak sayur. Ibu pasien mengatakan pasien makan sedikit hanya 3 sendok setiap makan dan selalu menyisakan makanan DO : Pasien pucat, konjungtiva anemis BB: 17 kg TB : 120 cm, lila : 15 cm, lingkar kepala: 45 cm, lingkar dada : 54 cm, lingkar perut 52 cm. IMT : 11, 8 (Kurus) Hb : 9.4 g/dl, pasien terlihat menghabiskan makan 1-3 sendok setiap makan.		
3.	DS : Ibu pasien mengatakan di rumah sakit pasien sulit tidur di malam hari karena terlalu dingin dan sering terjaga. Ibu pasien mengatakan semalam pasien tidur hanya 5 jam DO : Pasien tampak lemah dan mengantuk di siang hari, mata tampak sayu dan tampak lingkaran hitam. Tampak tidur disiang hari	Gangguan Pola Tidur	Hambatan lingkungan : suhu lingkungan

4.	DS : Pasien mengeluh nyeri pada area pemasangan infus. DO : Terdapat edema pada area pemasangan infus, Leukosit : $18.57 \times 10^3/\mu\text{L}$, kemerahan (-), demam (-), drainase (-)	Risiko Infeksi	Efek prosedur invasif : pemasangan infus
5.	DS : Pasien menanyakan kapan boleh pulang DO : Pasien tampak tegang, murung dan sering diam, kontak mata kurang	Ansietas	Krisis situasional: : hospitalisasi

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang penulis angkat sesuai Tim Pokja PPNI (2016) yaitu:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan:suhu lingkungan
4. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif : pemasangan infus
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional:hospitalisasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas

Data subjektif : Ibu pasien mengatakan pasien masih sesak, batuk dan pilek masih ada dan sulit mengeluarkan dahak.

Data objektif : Keadaan pasien sakit sedang, tampak dyspnea, terdapat suara napas crackles pada paru kanan, terdapat sputum berwarna putih, kental, tidak ada bau abnormal, terdapat sekret pada hidung dengan konsistensi cair, RR : 21x/menit, tampak infiltrate di paracardial kanan

Tujuan : Bersihan jalan nafas meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria hasil : Batuk efektif meningkat, sputum menurun, suara napas crackles menurun, dispnea menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik.

Tindakan keperawatan :

Latihan Batuk Efektif

Observasi : Identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, monitor adanya tanda dan gejala infeksi saluran pernafasan, monitor input dan output cairan.

Terapeutik : Atur posisi semi fowler atau fowler, pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien, buang sekret pada tempat sputum.

Edukasi : Jelaskan prosedur dan tujuan batuk efektif, anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.

Kolaborasi : Metilprednisolon 2 x 10 mg (intravena) jam 05.00 dan 17.00, Salbutamol 3x1 mg (oral) jam 05.00 13.00 21.00, Paracetamol 4x175 mg (oral) jam 06.00, 12.00, 18.00, 24.00.

Manajemen jalan napas

Observasi : Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan. monitor sputum.

Terapeutik : Posisikan *semi fowler* atau *fowler*, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada.

Edukasi : Anjurkan asupan cairan 1350 ml/hari, ajarkan teknik batuk efektif, edukasi fisioterapi dada.

Implementasi

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.30 memonitor adanya tanda dan gejala infeksi saluran pernafasan, pasien batuk ada, sputum ada, pilek ada, tidak ada demam, tidak ada nyeri tenggorokan; pukul 09.00 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 96/70 mmHg, pernafasan 21×/menit, suhu 37°C, nadi 64×/menit; pukul 10.30 WIB memonitor pola nafas dan frekuensi nafas, pola nafas dispnea, pernafasan : 21 ×/menit; pukul 10.35 WIB memonitor bunyi nafas tambahan, bunyi napas crackles pada paru kanan; mengobservasi kedalaman pernafasan dan gerakan dada, kedalaman pernafasan dalam, gerakan dada normal; pukul 10.40 WIB memonitor sputum, sputum kental, berwarna putih, tidak ada bau abnormal; pukul 10.43 WIB memposisikan *semi fowler*, pasien sudah dalam posisi *semi fowler*; pukul 10.45 WIB memberikan minum air hangat, pasien minum 50

ml air hangat; pukul 12.00 WIB memberikan Paracetamol 75 mg (oral) sesuai program, pukul pasien sudah meminum obat; pukul 13.00 memberikan pasien terapi Salbutamol 1 mg (oral) sesuai program; 13.15 memonitor input dan output cairan, pasien sudah minum 500 ml, infus masuk 370 ml, pasien pipis 700 ml; pukul 13.20 menganjurkan meningkatkan asupan minum, pasien sudah minum 500 ml.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 100/72 mmHg, pernafasan 19×/menit, suhu 36,9°C, nadi 64×/menit; pukul 09.00 WIB memberikan air hangat, pasien minum 50 ml air hangat; pukul 09.05 WIB memonitor bunyi nafas tambahan, bunyi nafas tambahan crackles pada paru kanan; pukul 09.06 WIB memonitor pola dan frekuensi nafas, pola nafas eupnea, pernafasan : 19×/menit; pukul 09.10 WIB memonitor sputum, sputum berwarna putih, kental tidak ada bau abnormal; pukul 09.15 memonitor input dan output cairan, pasien sudah minum 200ml dan BAK 60ml; pukul 09.40 WIB memberikan pendidikan kesehatan mengenai fisioterapi dada, keluarga pasien dapat menyebutkan tujuan dan cara fisioterapi dada, keluarga pasien dapat melakukan cara fisioterapi dada; pukul 11.00 WIB mengajarkan teknik batuk efektif , pasien sudah diajarkan teknik batuk efektif, pasien dapat melakukan teknik batuk efektif; pukul 12.00 WIB memberikan pasien Paracetamol 75 mg (oral) sesuai program, pasien sudah meminum obat; pukul 13.00 memberikan pasien terapi Salbutamol 1 mg (oral) sesuai program.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 102/52 mmHg, pernafasan 24×/menit, suhu 36,5°C, nadi 71×/menit; pukul 09.00 mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien dapat batuk efektif, pasien mengatakan kadang masih batuk; pukul 09.15 mengatur posisi fowler, pasien dalam posisi *fowler*; pukul 09.17 memonitor pola dan frekuensi napas, pola nafas eupnea frekuensi pernafasan :24×/menit; pukul 09.20 WIB memonitor bunyi napas tambahan, tidak ada bunyi napas tambahan, bunyi napas vesikuler; pukul 09.23 WIB memonitor sputum, sputum encer, bening, tidak bau abnormal; pukul 10.00 WIB mengobservasi kedalaman pernafasan dan gerakan dada, kedalaman pernafasan dalam, gerakan dada normal; pukul 12.00 WIB Paracetamol 75 mg (oral) sesuai program, pasien sudah meminum obat; pukul 12.20 memonitor input dan output cairan, pasien sudah minum : 400 ml, infus masuk:270 ml, urin:600ml; pukul 13.00 WIB memberikan pasien terapi Salbutamol 1 mg (oral) sesuai program; pukul 13.20 menganjurkan meningkatkan asupan minum, pasien sudah minum 400 ml.

Evaluasi

Tanggal 14 Maret 2023

Data subjektif : Ibu pasien mengatakan anak masih batuk

Data objektif : Pola nafas dispnea, suara napas crackles pada paru kanan, RR:21×/menit, terdapat sputum kental, berwarna putih, tidak ada bau abnormal, pasien sudah minum 500 ml, infus masuk 370 ml, pasien pipis 700 ml, obat Salbutamol 1 mg sudah diberikan.

Analisis : Bersihan jalan nafas belum teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan latihan batuk efektif dan manajemen jalan nafas.

Tanggal 15 Maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan masih batuk, keluarga pasien mengatakan paham cara melakukan fisioterapi dada.

Data objektif : Pola nafas eupnea, suara nafas crackles pada paru kanan, RR: 19×/menit, terdapat sputum, kental, berwarna putih, tidak ada bau abnormal.

Analisis : bersihan jalan nafas belum teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan latihan batuk efektif dan manajemen jalan napas

Tanggal 16 Maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan masih batuk

Data objektif : Pola nafas eupnea, RR 24×/menit, suara napas vesikuler, terdapat sputum encer, berwarna bening, tidak ada bau abnormal, pasien dapat batuk efektif, kedalaman pernafasan dalam, gerakan dada normal.

Analisis : Bersihan jalan nafas teratasi

Perencanaan : Hentikan intervensi keperawatan latihan batuk efektif dan manajemen jalan napas.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan

Data subjektif : Ibu pasien mengatakan pasien enggan makan karena mual. Ibu pasien mengatakan setelah sakit celana pasien menjadi kendur. . Ibu pasien mengatakan BB pasien sebelum sakit 18,6 kg. Pasien

mengatakan menyukai rendang dan ayam. Ibu pasien mengatakan sehari-hari hanya masak sayur. Ibu pasien mengatakan pasien makan sedikit hanya 3 sendok setiap makan dan selalu menyisakan makanan

Data objektif : 17 kg (BB sebelum sakit : 18,6 kg), TB : 120 cm, lila : 15 cm, lingkar kepala: 45 cm, lingkar dada : 54 cm, lingkar perut 52 cm. IMT: 11,8 (Kurus).

Tujuan : Status nutrisi meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria hasil : Porsi makan yang dihabiskan meningkat, BB membaik, indeks massa tubuh membaik.

Tindakan keperawatan :

Manajemen nutrisi

Observasi : Identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium.

Terapeutik : Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

Kolaborasi: kolaborasi pemberian Ranitidine 2 x 20 mg (iv) jam 24.00 dan 12.00, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori : Energi 1500 kkal, Protein 56 gr, Lemak 33 gr, Karbohidrat 244 gr, Cairan KA-EN 3B + KCL 10 meq 1100ml/24 jam 12 tpm,

Implementasi

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor asupan makanan, pasien sudah makan bubur habis 3 sendok makan; makan *snack* puding 1 cup; Pukul 12.00 WIB memberikan terapi ranitidine 20 mg melalui intravena, obat sudah; pukul 12.10 WIB mengidentifikasi status nutrisi, BB : 17 kg IMT : 11,8 kurus; pukul 12.15 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai, pasien menyukai rendang dan ayam; pukul 12.20 memonitor BB, BB : 17 kg; pukul 12.30 WIB menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, makanan sudah diberikan dalam kondisi hangat; pukul 12.50 WIB memonitor asupan makanan, pasien makan nasi, dihabiskan 5 sendok makan, pukul 13.00 WIB menghitung tetesan infus, cairan KA-EN 3B 12 tpm.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 100/72 mmHg, pernafasan 19×/menit, suhu 36,9°C, nadi 64×/menit; pukul 09.00 memonitor asupan makanan; pasien makan bubur, habis 4 sendok makan; makan buah pisang 1; pukul 12.00 WIB memberikan terapi ranitidine 20 mg intravena, obat sudah diberikan; pukul 12.10 WIB memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, pasien makan nasi dan daging, pasien makan 6 sendok nasi; pukul 12.15 WIB menghitung tetesan infus, cairan KA-EN 3B 12 tpm.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor asupan makanan; pasien makan roti tawar 2 lembar dan minum susu 1 kotak 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 102/52 mmHg, pernafasan 24×/menit, suhu 36,5°C,

nadi 71x/menit; pukul 12.00 WIB memberikan terapi ranitidine 20 mg intravena, obat sudah diberikan; pukul 12.10 WIB memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, pasien makan nasi dengan lauk rendang habis 1 porsi, pasien pukul 12.15 menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, makanan sudah diberikan dalam kondisi hangat; pukul 13.00 WIB menghitung tetesan infus, cairan KA-EN 3B 12 tetes per menit.

Evaluasi

Tanggal 14 Maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan enggan makan, pasien mengatakan menyukai rendang dan ayam.

Data objektif : BB : 17 kg IMT : 11,8 kurus, pasien makan nasi dihabiskan 5 sendok makan, makan *snack* puding 1 cup.

Analisis : Defisit nutrisi belum teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen nutrisi.

Tanggal 15 Maret 2023

Data subjektif : Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien mulai membaik, sudah makan yang diberikan rumah sakit.

Data objektif : BB : 17 kg IMT : 11,8 kurus, pasien makan nasi dan rendang, dihabiskan 6 sendok, makan *snack* buah pisang 1.

Analisis : Defisit nutrisi belum teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen nutrisi.

Tanggal 16 Maret 2023

Data subjektif : Ibu pasien mengatakan nafsu makan anak mulai membaik, pasien mau makan sedikit-sedikit.

Data objektif : BB : 17 kg IMT : 11,8 kurus, pasien makan nasi dengan lauk rendang habis 1 porsi.

Analisis : Defisit nutrisi tidak teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen nutrisi.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan:suhu lingkungan.

Data subjektif : Ibu pasien mengatakan di rumah sakit pasien sulit tidur di malam hari karena terlalu dingin dan sering terjaga. Ibu pasien mengatakan semalam pasien hanya tidur 5 jam.

Data objektif : Pasien tampak lemah dan mengantuk di siang hari, tampak tidur di siang hari.

Tujuan : Pola tidur membaik setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria hasil : Keluhan sulit tidur membaik, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun.

Tindakan keperawatan :

Dukungan tidur

Observasi : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi makanan dan

minuman yang mengganggu tidur (makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).

Terapeutik : Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batasi waktu tidur siang, jika perlu, tetapkan jadwal tidur rutin.

Edukasi : Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

Implementasi

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 09.00 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 96/70 mmHg, pernafasan 21×/menit, suhu 37°C, nadi 64×/menit; pukul 10.00 WIB mengidentifikasi pola tidur, ibu pasien mengatakan jika malam pasien susah tidur dan tidur di siang hari; pukul 11.00 mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, ibu pasien mengatakan pasien sering minum sebelum tidur; pukul 13.00 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, ibu pasien mengatakan pasien alergi udara dingin sehingga kesulitan tidur karena suhu lingkungan terlalu dingin; pukul 13.15 WIB memodifikasi lingkungan, tempat tidur pasien jauh dari ac dan pintu; pukul 13.20 menetapkan jadwal tidur rutin, pasien tidur setiap jam 20.00 WIB; pukul 13.00 mengajak pasien bermain puzzle, pasien bermain puzzle; pukul 14.00 membatasi waktu tidur siang, pasien tidak tidur siang, pasien bermain puzzle.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 100/72 mmHg, pernafasan 19×/menit, suhu 36,9°C, nadi 64×/menit; pukul 12.30 WIB menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, pasien mengatakan semalam bisa tidur, pasien tidur pukul 21.00 WIB; pukul 12.45 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, pasien mengatakan akan tidur lebih awal; pukul 12.50 WIB anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ibu pasien mengatakan akan membatasi minum pasien sebelum tidur. pukul 13.00 WIB membatasi waktu tidur siang, pasien tidak tidur siang, menemani pasien dan bercerita, pasien bercerita tentang sekolahnya.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 102/52 mmHg, pernafasan 24×/menit, suhu 36,5°C, nadi 71×/menit; pukul 09.40 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Ibu pasien mengatakan semalam pasien tidur nyenyak, tidur pukul 21.00 WIB bangun pukul 07.00 WIB; pukul 10.00 memberikan posisi nyaman, pasien sudah dalam posisi nyaman; pukul pukul 12.50 WIB anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ibu pasien mengatakan akan membatasi minum pasien sebelum tidur. pukul 13.20 menetapkan jadwal tidur rutin, pasien tidur setiap jam 20.00 WIB.

Evaluasi

Tanggal 14 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan alergi udara dingin sehingga kesulitan tidur karena suhu lingkungan dingin, ibu pasien mengatakan

jika malam pasien susah tidur dan tidur di siang hari

Data objektif : Pasien tampak lemah, tampak mengantuk di siang hari, tempat tidur pasien jauh dari ac dan jendela.

Analisis : Gangguan pola tidur belum teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan dukungan tidur

Tanggal 15 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan semalam tidur nyenyak.

Data objektif : Pasien tampak lemah, tampak mengantuk di siang hari, tempat tidur pasien jauh dari ac dan jendela.

Analisis : Gangguan pola tidur teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan dukungan tidur.

Tanggal 16 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan semalam tidur nyenyak pukul 21.00 WIB bangun pukul 07.00 WIB

Data objektif : Pasien tampak segar dan tidak lesu, keluhan sulit tidur membaik, pasien tidak tidur di siang hari, pasien tidur 10 jam di malam hari.

Analisis : Gangguan pola tidur teratasi

Perencanaan : Hentikan intervensi keperawatan dukungan tidur.

4. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif : pemasangan infus.

Data subjektif : Pasien mengeluh nyeri pada area pemasangan infus.

Data objektif : Terdapat edema pada area pemasangan infus, Leukosit : $18.57 \times 10^3/\mu\text{L}$, kemerahan (-), demam (-), drainase (-).

Tujuan : Tingkat infeksi menurun setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam.

Kriteria hasil : Nyeri menurun, bengkak menurun, demam menurun, kemerahan menurun, drainase menurun.

Tindakan keperawatan :

Pencegahan infeksi

Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik : Berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik *aseptic* pada pasien berisiko tinggi.

Edukasi : Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Implementasi

14 Maret 2023

Pukul 09.00 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 96/70 mmHg, pernafasan 21x/menit, suhu 37°C, nadi 64x/menit; pukul 13.35 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, pasien mengatakan nyeri pada saat ditekan pada area pemasangan infus, bengkak pada area pemasangan infus, tidak ada kemerahan, tidak ada drainase; pukul 13.40 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien; pukul 13.45 WIB memindahkan pemasangan infus ,

infus sudah dipindahkan; Pukul 13.50 memberikan perawatan kulit pada area edema, sudah diberikan kompres air hangat, bengkak menurun.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 100/72 mmHg, pernafasan 19×/menit, suhu 36,9°C, nadi 64×/menit; pukul 12.50 mengajarkan cara mencuci tangan, pasien dapat mencuci tangan 6 langkah dengan benar; pukul 13.00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, pasien mengatakan tangan sudah tidak nyeri, bengkak tidak ada, kemerahan tidak ada, drainase tidak ada.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 102/52 mmHg, pernafasan 24×/menit, suhu 36,5°C, nadi 71×/menit; pukul 12.40 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien; pukul 12.55 melepas infus pasien, infus pasien sudah dilepas.

Evaluasi

Tanggal 14 Maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri ketika ditekan pada area pemasangan infus.

Data objektif : Bengkak (+), kemerahan (-), *drainase* (-) demam (-) nyeri (+) sudah diberikan kompres, bengkak menurun, terpasang infus di tangan kanan.

Analisis : Tujuan keperawatn tidak teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan pencegahan infeksi

Tanggal 15 Maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri tidak ada.

Data objektif : Bengkak (-), kemerahan (-), *drainase* (-) demam (-) nyeri (-) sudah diberikan kompres, bengkak menurun

Analisis : Risiko infeksi teratasi

Perencanaan : Lanjutkan intervensi keperawatan pencegahan infeksi.

Tanggal 16 Maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri pada area pemasangan infus.

Data objektif : Bengkak (-), kemerahan (-), *drainase* (-), demam (-) nyeri (-).

Analisis : Risiko infeksi teratasi

Perencanaan : Hentikan intervensi keperawatan pencegahan infeksi.

5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional: hospitalisasi

Data subyektif : Pasien menanyakan kapan boleh pulang

Data objektif : Pasien tampak tegang, diam dan tampak murung, kontak mata kurang

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka, tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil : Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir menurun, tegang menurun, konsentrasi membaik.

Tindakan keperawatan

Reduksi ansietas

Observasi : Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda-tanda ansietas.

Terapeutik : Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, ajak anak bermain sesuai dengan usianya, pahami situasi yang membuat ansietas, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

Edukasi : Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan keluarga untuk membawa mainan kesukaannya.

Implementasi

14 Maret 2023

Pukul WIB 13.35 memonitor tanda-tanda ansietas, pasien tampak tegang, kontak mata kurang, pasien menjadi lebih pendiam, pasien bertanya kapan pulang; pukul 13.40 WIB memonitor saat tingkat ansietas berubah, pasien tampak tenang dan tidak murung ketika bersama kakaknya; pukul 14.00 WIB menganjurkan keluarga untuk membawa mainan kesukaannya; pasien tampak bermain lego; pukul 14.15 WIB menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, pasien mau mengobrol dan bercerita dengan perawat; 14.30 memahami situasi yang membuat ansietas, pasien tampak murung saat ditinggal kakaknya.

15 Maret 2023

Pukul WIB 13.45 memonitor tanda-tanda ansietas, pasien tampak tenang, kontak mata baik, pukul 13.40 WIB memonitor saat tingkat ansietas berubah, pasien tidak menanyakan kapan pulang ketika sedang bermain

lego; pukul 14.00 WIB menemani pasien bermain, pasien tampak tenang bermain lego dan puzzle; pukul 14.15 WIB menciptakan suasana terapeutik untuk menciptakan kepercayaan, pasien mau bercerita dan bermain bersama perawat.

16 Maret 2023

Pukul 13.30 WIB menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan; pasien tampak tenang dan mau mengobrol dengan perawat; pukul 13.40 WIB menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien; pasien ditemani nenek dan kakaknya; pukul 13.45 mengajak pasien bermain, pasien tampak tenang dan tidak menanyakan kapan pulang saat bermain puzzle dengan perawat; pukul 14.00 memonitor tanda-tanda ansietas, pasien tampak tenang, tidak sering bertanya kapan pulang, kontak mata baik, pasien mau mengobrol dengan perawat.

Evaluasi

14 Maret 2023

Data subyektif : Pasien bertanya kapan pulang.

Data obyektif : Pasien tampak tegang, tampak diam dan murung, kontak mata pasien kurang.

Analisis : Ansietas belum teratasi

Perencanaan : Intervensi keperawatan reduksi ansietas dilanjutkan.

15 Maret 2023

Data subyektif : Tidak ada

Data obyektif : Pasien tampak tenang saat bermain dengan perawat, kontak mata membaik, pasien tidak bertanya kapan pulang.

Analisis : Ansietas belum teratasi

Perencanaan : Intervensi keperawatan reduksi ansietas dilanjutkan.

16 Maret 2023

Data subyektif : tidak ada

Data obyektif : Pasien tampak tenang saat bermain dengan perawat, kontak mata membaik, pasien tidak bertanya kapan pulang.

Analisis : Ansietas teratasi

Perencanaan : Intervensi keperawatan reduksi ansietas dihentikan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus, faktor pendukung, faktor penghambat dan pemecahan masalah yang penulis temukan. Asuhan keperawatan anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta melalui proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian adalah data primer yang meliputi pengkajian fisik, observasi, dan wawancara, sedangkan data sekunder didapatkan melalui keluarga, perawat ruangan, dan catatan medis meliputi pemeriksaan penunjang. Pada tahap pengkajian terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan kasus.

Dimulai dari etiologi, antara teori dan kasus tidak sesuai, menurut teori Kemenkes (2022) disebutkan penyebab Bronkopneumonia adalah bakteri, jamur, dan virus. Pada kasus penyebab Bronkopneumonia pada pasien tidak diketahui secara pasti, dikarenakan pasien tidak dilakukan pemeriksaan sputum kultur, faktor risiko Bronkopneumonia pada pasien, berhubungan sering terpapar asap rokok karena ayah pasien merupakan perokok aktif. Pada manifestasi klinik Bronkopneumonia pada teori menurut Safitri (2022)

adalah demam, gelisah, dispneua, nafas cuping hidung, takipnea, sianosis, retraksi dada, penurunan nafsu, muntah, diare, batuk kering dan produktif. Sedangkan pada kasus hanya terdapat beberapa tanda dan gejala yaitu, penurunan nafsu makan, mual, batuk, demam naik turun dan sesak nafas. Pasien tidak mengalami retraksi dada, takipnea, nafas cuping hidung karena setelah gejala sesak nafas muncul keluarga pasien segera membawa pasien ke fasilitas pelayanan terdekat sehingga hanya mengalami sesak nafas saja. Pasien tidak mengalami sianosis karena ketika dilakukan pemeriksaan saturasi oksigen, saturasi oksigen pasien 98% dan CRT <3 detik. Pasien tidak mengalami diare, karena pasien dapat mengeluarkan sekret bila batuk sehingga sekret tidak tertelan ke saluran pencernaan dibuktikan dengan pasien BAB 1-2 kali per hari dengan konsistensi lunak.

Pada teori disebutkan komplikasi apabila Bronkopneumonia tidak ditangani akan mengakibatkan masalah seperti, Otitis Media Akut, Efusi Pleura, Emfisema, dan Meningitis (Damanik, 2019). Sedangkan pada kasus, penulis tidak menemukan komplikasi yang terjadi pada pasien. Karena keluarga pasien segera membawa pasien berobat ke rumah sakit dan segera diobati sehingga tidak menimbulkan terjadinya komplikasi lebih lanjut.

Menurut Natasya (2022) pemeriksaan penunjang Bronkopneumonia perlu dilakukan pemeriksaan darah, tes urin, foto thorax, dan ultrasonografi tetapi pada kasus pasien hanya dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan Foto Thorax dengan hasil infiltrate di paracardial kanan dan parahiler kiri, dengan kesan : Bronkopneumonia. Pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan tes urin dan ultrasonografi. Karena, dengan dilakukan

pemeriksaan Foto Thoraks sudah dapat menentukan pasien menderita Bronkopneumonia.

Menurut Damayanti (2017) tumbuh kembang anak, pertumbuhan fisik pada usia sekolah memiliki tinggi rata-rata anak 117 cm dan berat badan 22,5 kg. Pada kasus pasien memiliki berat badan 17 kg dan tinggi badan 120 cm.

Menurut WHO (2022) penatalaksanaan pada kasus Pneumonia yaitu diberikan antibiotik oral seperti, Amoksilin dan diberikan oksigen apabila mengalami hipoksia. Pada kasus, pasien diberikan terapi antibiotik Ceftriaxon tetapi tidak diberikan oksigen karena pasien tidak mengalami hipoksia.

Faktor penghambat pada saat pengkajian adalah pada saat dilakukan pemeriksaan fisik dan pengkajian, pasien tidak mau jika tidak ditemani Ibu pasien dan Ibu pasien sering keluar ruangan karena adanya urusan pribadi, pasien malu, serta pasien sering merasa mengantuk dan tidur di siang hari. Tetapi penulis dapat menyesuaikan waktu dan jika tidak ada ibu pasien, maka akan ditemani oleh saudara pasien, sehingga pengkajian tetap dapat diselesaikan. Faktor pendukung pada pengkajian adalah terdapat kerja sama yang baik antara pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada diagnosis keperawatan penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Penulis tidak mengangkat diagnosis gangguan pertukaran gas karena pasien tidak mengalami sianosis, saturasi oksigen: 98% tidak ada diaforesis, takikardia dan nafas cuping hidung.

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas tidak diangkat karena pada kasus pasien tidak mengalami pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu pernafasan. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis tidak diangkat karena pasien tidak mengeluh lelah, tidak merasa kurang tenaga, dan pasien tidak mengalami keterbatasan gerak.

Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan kekurangan intake cairan tidak diangkat karena balance cairan pasien pada 13 Maret 2023 yaitu, +95 ml / 8 jam (Input : infus: 500 ml, minum: 550 ml , AM: 136 ml Output : urin : 700 ml iwl : 391 ml), membran mukosa bibir pasien lembab, nadi teraba kuat. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan krisis situasional pada saat pengkajian tidak ditemukan cara keluarga menghadapi masalah secara maladaptive.

Terdapat tiga diagnosis keperawatan yang penulis angkat tetapi tidak ada di teori. Defisit nutrisi muncul karena pasien mengalami penurunan nafsu makan, tampak pucat, BB pasien 17 KG IMT : 11, 8 (kurus), HB : 9,4 g/dl, pasien tampak hanya menghabiskan makan 1-3 sendok setiap makan. Gangguan pola tidur diangkat karena pasien mengatakan susah tidur di malam hari karena suhu lingkungan rumah sakit sangat dingin, pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, mata tampak sayu, tampak sering tidur di siang hari. Risiko infeksi diangkat karena pasien mengeluh nyeri pada daerah pemasangan infus, area pemasangan infus tampak bengkak, leukosit: $18.57 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Faktor penghambat dalam perumusan diagnosis keperawatan yaitu, penulis tidak dapat mengangkat beberapa diagnosis yang terdapat pada teori karena tidak dilakukan pemeriksaan lengkap seperti analisa gas darah, karena pada

pasien anak tindakan-tindakan yang menimbulkan trauma dibatasi. Faktor pendukung dalam perumusan diagnosis keperawatan adalah dengan adanya literatur atau sumber yang memadai, dan adanya data-data yang ditemukan secara akurat dan jelas dalam perumusan diagnosis keperawatan, serta penulis menyesuaikan berdasarkan kondisi dan kebutuhan pasien sesuai prioritas.

B. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan prioritas masalah yang ada pada pasien. Pada teori dalam merumuskan tujuan keperawatan tidak disebutkan secara jelas batas waktu yang diperlukan untuk mencapai tujuan keperawatan. Pada kasus penulis menentukan batas waktu untuk mencapai tujuan keperawatan yaitu selama 3×24 jam pada empat diagnosis dan 2x24 jam pada satu diagnosis. Hal ini bertujuan untuk memudahkan penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan.

Intervensi manajemen jalan nafas pada diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif, yang terdapat pada teori tetapi tidak dibuat pada kasus, yaitu pertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head tilt* dan *chin lift (jaw thrust)* jika dicurigai trauma servikal tidak dibuat karena pada pasien tidak mengalami trauma kepala atau leher, lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal tidak dibuat karena pasien tidak mengalami gagal nafas, keluarkan sumbatan benda padat dengan *forcep McGill* tidak dibuat karena pasien tidak mengalami sumbatan benda padat, berikan oksigen tidak dibuat karena pasien tidak mengalami hipoksia dan anjurkan asupan cairan

2000 ml/24 jam. Untuk kebutuhan cairan pun disesuaikan dengan pasien yaitu dengan kebutuhan cairan 1350 ml/hari.

Intervensi reduksi ansietas pada diagnosis ansietas berhubungan dengan krisis situasional:hospitalisasi yang tidak terdapat pada teori tetapi dibuat pada kasus adalah ajak anak bermain sesuai dengan usianya, intervensi tersebut dibuat dengan tujuan memberikan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan sebagai tindakan penanganan dampak hospitalisasi pada pasien.

Penulis tidak menemukan hambatan pada saat merumuskan rencana tindakan keperawatan. Faktor pendukung dalam perencanaan tindakan keperawatan, yaitu adanya sumber atau literatur yang memadai.

C. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun. Semua tindakan keperawatan yang dilakukan penulis telah didokumentasikan secara lengkap dalam catatan keperawatan. Dalam pelaksanaan penulis menemukan hambatan rencana tindakan yang tidak dapat penulis lakukan, dikarenakan keterbatasan waktu, sehingga penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan di Ruang Dori RSUD Koja. Selain keterbatasan waktu faktor penghambat pelaksanaan keperawatan yaitu, sulit menemukan air hangat dan tidak ada penyimpanan air hangat agar bertahan lama karena suhu ruangan sangat dingin sehingga air hangat akan cepat dingin. Faktor pendukung keberhasilan pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu adanya kerja sama yang baik antara penulis,

pasien dan keluarga pasien yang kooperatif serta perawat ruangan di Ruang Dori RSUD Koja. Pelaksanaan tindakan keperawatan memperoleh hasil yang optimal sesuai dengan tujuan keperawatan yang ingin dicapai. Pemecahan masalah dari faktor penghambat pelaksanaan adalah penulis membeli air hangat di kantin RSUD Koja dan segera memberikan ke pasien. Pemecahan masalah dari faktor penghambat pelaksanaan adalah penulis membeli air hangat di kantin RSUD Koja dan segera memberikan ke pasien.

D. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan membandingkan perubahan kondisi pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Dalam membuat evaluasi penulis menggunakan teknik SOAP. Evaluasi untuk diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas teratasi dengan kriteria hasil yang dicapai, pola nafas eupnea, RR 24×/menit, suara napas vesikuler, terdapat sputum encer, berwarna bening, tidak ada bau abnormal, pasien dapat batuk efektif, kedalaman pernafasan dalam, gerakan dada normal. Evaluasi untuk diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan tidak teratasi hal ini dibuktikan Ibu pasien mengatakan nafsu makan anak mulai membaik, pasien mau makan sedikit-sedikit. BB : 17 kg IMT : 11,8 kurus, pasien makan nasi dengan lauk rendang habis 1 porsi. Evaluasi untuk diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (suhu lingkungan) teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan semalam tidur nyenyak pukul 21.00 WIB pasien tampak segar dan tidak lesu, tidak tidur di siang hari, pasien tidur

malam 10 jam, keluhan sulit tidur membaik. Evaluasi untuk diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (pemasangan infus) teratasi dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak nyeri pada area pemasangan infus. Bengkak (-), kemerahan (-), *drainase* (-), demam (-) nyeri (-). Evaluasi untuk diagnosis ansietas berhubungan dengan krisis situasional:hospitalisasi teratasi dengan hasil pasien tampak tenang saat bermain dengan perawat, kontak mata membaik, pasien tidak bertanya kapan pulang. Faktor pendukung pada tahap evaluasi, yaitu pasien dan keluarga pasien yang kooperatif dalam tindakan perawatan serta kerja sama yang baik antara penulis dengan perawat ruangan di Ruang Dori RSUD Koja. Penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat pada tahap evaluasi.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada anak M dengan Bronkopneumonia di Ruang Dori RSUD Koja selama tiga hari, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada anak M selama tiga hari mulai tanggal 14 Maret 2023 sampai 16 Maret 2023 dapat disimpulkan sebagai berikut. Bronkopneumonia adalah salah satu jenis penyakit Pneumonia yaitu terjadinya peradangan pada alveoli paru yang disebabkan karena bakteri, virus, dan jamur. Pada pasien anak M penyebab Bronkopneumonia tidak diketahui secara pasti karena pada pasien tidak dilakukan sputum kultur. Faktor risiko Bronkopneumonia pada pasien yaitu, polusi asap rokok dari ayah pasien yang merupakan perokok aktif. Tanda dan gejala yang dialami pasien anak M yaitu, batuk, pilek, sesak nafas, penurunan, nafsu makan, mual dan demam naik turun.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kasus anak M yaitu pemeriksaan darah lengkap hasil: , Hb : 9.4 g/dl Leukosit : $18.57 \times 10^3/\mu\text{L}$ Ht : 27, 2 % SpO₂ : 98.7 % Na : 134 mEq / L , K : 2.99 mEq/L, Foto Thorax infiltrat di parakardial kanan dan perihiler kiri, sinus costophrenicus

kanan tajam, kiri tumpul, dengan kesan : Bronkopneumonia. Diagnosis keperawatan pada kasus adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan:suhu lingkungan, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif:pemasangan infus. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional:hospitalisasi. Pada tahap Perencanaan dan pelaksanaan keperawatan penulis menyesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pada tahap evaluasi empat diagnosis keperawatan teratasi, satu diagnosis tidak teratasi.

B. Saran

Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam pelayanan medis khususnya pada pasien dengan Bronkopneumonia, maka penulis ingin menyampaikan saran sebagai berikut:

1. Untuk penulis dan mahasiswa

Tingkatkan terus pengetahuan kesehatan dan perawatan dengan memperbanyak membaca dan memperbarui informasi keperawatan, khususnya tentang Bronkopneumonia, dan lebih perhatian terhadap kebutuhan pasien.

2. Untuk perawat ruangan

Sebaiknya menyediakan air hangat dan tempat penyimpanan air hangat, supaya tidak perlu membeli air hangat ke kantin RSUD agar pelaksanaan tindakan keperawatan lebih efektif dan efisien.

3. Untuk Institusi

Dengan adanya studi kasus dan praktik lapangan secara nyata diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan serta menambah informasi bagi mahasiswa STIKes RS Husada khususnya di bidang keperawatan.

Daftar Pustaka

- Damanik, E. S. (2019). *Buku ajar keperawatan anak*. Respiratory.uki.ac.id.
- Damayanti, K. I. (2017). *Pola pertumbuhan berdasarkan berat dan tinggi badan siswa padasekolah negeri dan swasta di kota Denpasar, Bali*. Jurnal Biologi Udayana, 21,78-87.
- Dewi, N. I. (2020). *Perkembangan bahasa, emosi, dan sosial anak usia sekolah dasar*. Jurnal Ilmiah, 7,1-18.
- Elizabeth. B Hurlock (2014). *Perkembangan anak*. Jakarta:Erlangga
- Hadinata, A. J. (2022). *Metodologi penelitian*. Bandung: Widiana Bakti Persada Bandung.
- Ilmyasri, S.A.(2020).*Diagnosis dan tatalaksana otitis media akut*. Jurnal Penelitian Perawat Profesional, 2,473-482.
- Kemenkes. (2018). *Laporan national riskesdas 2018*. <https://kesmas.kemkes.ac.id>
- Kemenkes.(2022). *Bronkopneumonia*. 7 April 2023. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1400/bronkopneumonia
- Makdalena, M.W. (2021). *Analisis asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumona*. JCA Health Science, 1,118-128.
- Mendri, A. S. (2015).*Asuhan keperawatan pada anak sakit dan bayi resiko tinggi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Natasya, F. A. (2022). *Tatalaksana pneumonia*. Jurnal Medika Utama, 3,2392-2396.
- Nurarif, K. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic-noc*. Jogjakarta: Mediaaction Publishing.
- Oktiawati, A.K. I. (2017). *Teori dan konsep keperawatan pediatrik*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Pangaribuan, d. (2022).*Edukasi tumbuh kembang anak usia sekolah dan pelaksanaan kelompok terapeutik di sd pesantren hidayatullah tondo*. Jurnal Kolaboratif Sains, 5,23-26.

- PPNI, T.P (2016). *Standar diagnosa keperawatan indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T.P (2016). *Standar luaran keperawatan indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T.P (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Rizky, S.(2022).*Studi kasus: asuhan keperawatan pada anak dengan meningitis*. Buletin Kesehatan, 6,112-120.
- Safitri, R. (2022). *Batuk efektif untuk mengurangi sesak nafas dan sekret pada anak dengan diagnosa bronkopneumonia*.Jurnal Inovasi Penelitian, 3,5751-5754
- Samuel, A. (2014). *Bronkopneumonia on pediatric patient*. Jurnal Agromed UNILA, 1,186-188.
- Shah, A.(2022). *Profik klinis efusi pleura tuberkulosis pada anak*. Jurnal Panggilan Anak, 19,1-4.
- Soetjiningsih, R. (2016). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Tehupeiory, E. S. (2022). *Ketidakfektifan bersihan jalan napas dengan tindakan fisioterapi dada pada anak yang mengalami bronkopneumonia di rsu uki jakarta*. Jurnal Pro-Life, 9,365-375.
- Unicef Indonesia.(2019).*Lembaga kesehatan dan anak memeringatkan satu anak meninggal akibat pneumonia setiap 39 detik*. 7 April 2023. <https://www.unicef.org/indonesia/id/press-release/lembaga-kesehatan-dan-anak-memeringatkan-satu-anak-meninggal-akibat-pneumonia-setiap>
- World Healt Organization.(2019).*Pneumonia in children*.7 April 2023. <https://www.who/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An.

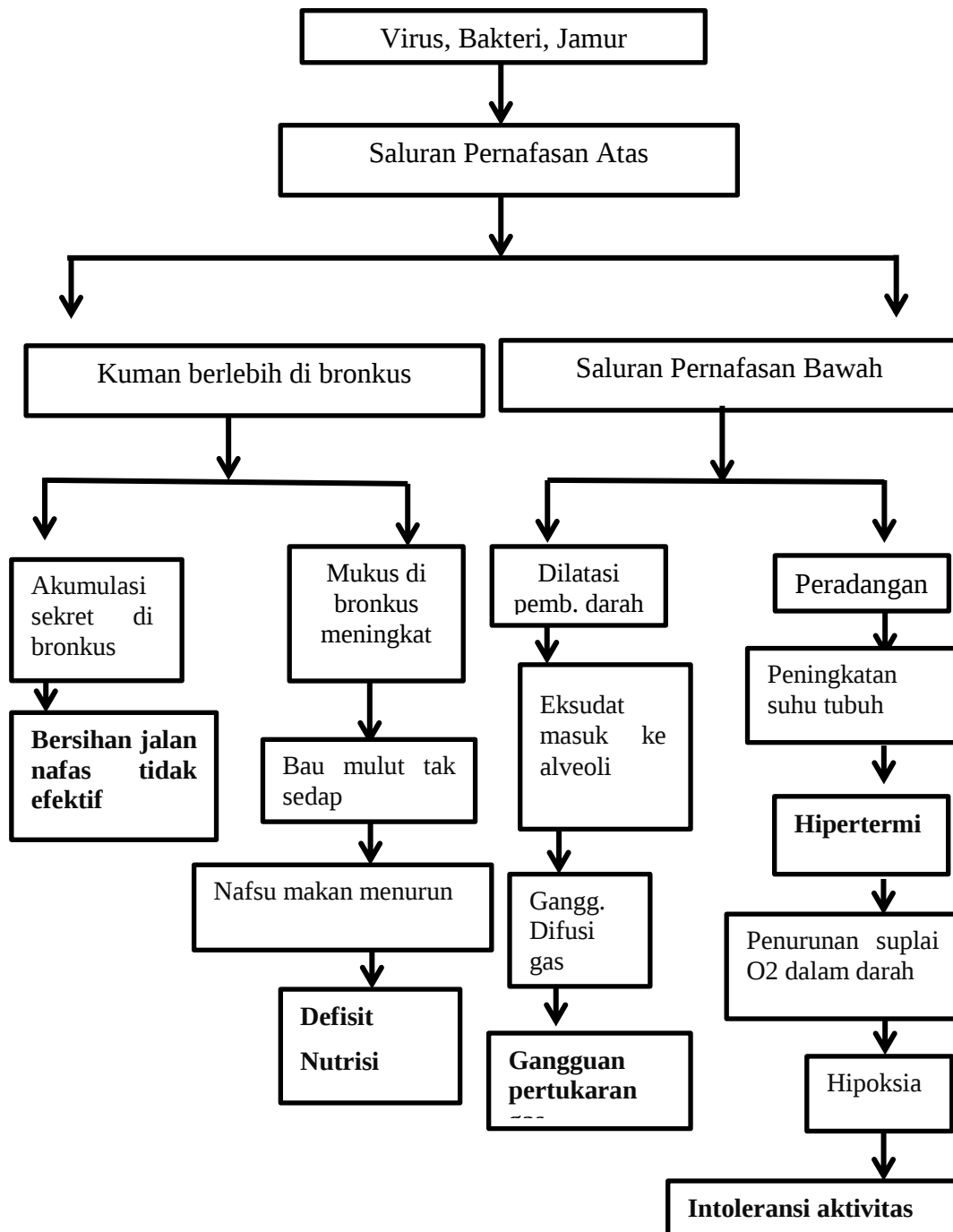
Nama Mahasiswa : Inez Imaniar

Judul : Asuhan keperawatan pada anak M di ruang dori RSUD
Koja Jakarta

No	Tanggal	Konsultasi (saran pembimbing)	Tanda Tangan
1	09 Maret 2023	Pengarahan pelaksanaan ujian praktek di ruang anak rsud koja untuk mengambil kasus yang akan di laporkan dalam KTI	
2	15 Maret 2023	Pengambilan kasus di ruang dori RSUD KOJA Jakarta pasien dengan Bronkopneumonia dan pengarahan mekanisme praktek serta askep untuk dibuat laporan KTI	
3	21 Maret 2023	Pengarahann tentang laporan studi kasus dan panduan dalam membuat KTI	
4	27 Maret 2023	Diagnosa diganti menjadi diagnosis, resume dilengkapi, pengkajian diuraikan, hasil lab satuan dituliskan.	
5	29 April 2023	Ubah semua An menjadi anak di semua bab, di setiap judul baru beri spasi, pada metode penelitian tambahkan studi lapangan.	
	30 April 2023	Setiap nama penyakit menggunakan huruf besar.	
6	4 Mei 2023	Pada diagnosis Defisit Nutrisi tambahkan data pasien pucat, bagaimana konjungtivanya, tuliskan BB,	

		implementasi dan evaluasi buat per diagnosa	
7	29 Mei 2023	Tambahkan Genogram, Diagnosis Kesiapan Peningkatan Nutrisi di Hapus, Spasi disesuaikan dengan panduan.	
8	30 Mei 2023	Setiap Judul dibold, tambahkan data di rumah sakit.	
9	5 Juni 2023	Jarak antara judul bab dengan tepi kertas 5 cm, penulisan bahasa asing menggunakan italic, tambahkan materi tumbuh kembang sesuai dengan kasus.	
10	8 Juni 2023	Pada latar belakang masalah tambahkan pembahasan tentang peran perawat dari 4 segi, promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif	
11	12 Juni 2023	Konsul BAB 4 pembahasan perbedaan antara teori dan kasus dijelaskan satu persatu.	
12	14 Juni 2023	Konsul BAB 5, tambahkan saran untuk institusi	
13	16 Juni 2023	Konsul cover dan bab 1,2,3,4 Penulisan nama institusi harus satu kalimat, perbaikan penulisan cover sisi kanan, kiri dan bawah	
14	19 Juni 2023	Briefing persiapan sidang	

Lampiran 1 : Gambar Pathway



(Nurarif, 2015)

Lampiran 2 : Analisa Obat

1. Methylprednisolon

1. Indikasi : Radang usus, asma, psoriasis, lupus, hingga multiple sclerosis.

Obat ini juga digunakan dalam pengobatan reaksi alergi yang parah.

2. Efek samping : Mual atau muntah, pusing, sakit kepala, perut kembung, sakit maag atau heartburn, nyeri otot, sulit tidur.

2. Salbutamol

1. Indikasi : Salbutamol adalah obat untuk mengatasi sesak napas akibat penyempitan saluran udara di paru-paru (bronkospasme). Obat ini tersedia dalam bentuk hirup (inhaler), tablet, sirup dan suntik.

2. Efek samping : Detak jantung terlalu cepat, terlalu lambat, atau tidak teratur (aritmia), dada terasa tertekan atau nyeri dada, demam atau menggigil.

3. Ranitidine

1. Indikasi : Ranitidin adalah obat yang digunakan untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih.

2. Efek samping : Sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah, sakit perut

4. Paracetamol

1. Indikasi : Paracetamol adalah obat untuk meredakan demam dan nyeri ringan hingga sedang, misalnya sakit kepala, nyeri haid, atau pegal-pegal.

2. Efek samping : Perut bagian kanan atas terasa sakit, urine berwarna gelap, tinja berwarna pucat atau keabu-abuan, hilang nafsu makan.

5. Cairan KA-EN 3B

1. Indikasi : KA-EN diindikasikan untuk memelihara keseimbangan elektrolit dan air untuk pasien yang tidak memperoleh makanan yang tidak cukup.
2. Efek samping. : Intoksikasi cairan, Tromboflebitis (peradangan pada pembuluh darah balik), Edema paru, otak, dan perifer.

6. KCL

1. Indikasi : Obat suplemen untuk mengatasi atau mencegah hipokalemia atau kekurangan kalium.
2. Efek samping : Sakit perut, mual, muntah, diare, kembung.

7. Ceftriaxon

1. Indikasi : merupakan obat antibiotik golongan sefalosporin, obat untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri, seperti Meningitis, OMA, dan Sifilis.
2. Efwk samping : Sakit kepala, pusing, mual, muntah dan diare.

Lampiran 3 : Perhitungan BB dan TB

Perkiraan berat badan dalam kilogram pada anak usia 6 – 12 tahun adalah :

$$\frac{umur (tahun) \times 7 - 5}{2}$$

Perkiraan tinggi badan dalam sentimeter pada anak usia 2-12 tahun:

$$Umur (tahun) \times 6 + 7$$

Lampiran 4 : Media Pendkes

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan : Fisioterapi Dada

Sub Pokok Bahasan : Fisioterapi Dada pada Anak

Sasaran : Orangtua dan Anak

Hari/Tanggal : Rabu, 15 Maret 2023

Tempat : RSUD Koja

Waktu : 45 menit

Penyuluh : Mahasiswa Tingkat III STIKes RS Husada

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU) → kognitif, afektif, psikomotor

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 45 menit diharapkan orangtua dan anak dapat memahami tentang fisioterapi dada.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, diharapkan orangtua dan anak dapat :

1. Mengetahui definisi dari fisioterapi dada dengan perkusi dan vibrasi
2. Mengetahui tujuan dilakukannya tindakan fisioterapi dada dengan perkusi dan vibrasi
3. Mempraktekkan cara melakukan fisioterapi dada

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian fisioterapi dada
2. Pengertian perkusi pada fisioterapi dada
3. Pengertian Vibrasi pada fisioterapi dada
4. Pengertian postural drainage pada fisioterapi dada
5. Prosedur perkusi
6. Prosedur vibrasi
7. Prosedur postural drainage

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi

V. Media Penyuluhan

- a. Lembar balik
- b. Leaflet

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Uraian Kegiatan	
	Penyuluh	Audience
Pembukaan (5 Menit)	a. Mengucapkan salam b. Menyampaikan tujuan penyuluhan c. Melakukan apresiasi	a. Menjawab salam b. Menyetujui tujuan penyuluhan c. Mengikuti apresiasi

Penyampaian Materi (35 menit)	a. Memberikan penyuluhan dan berdiskusi bersama para orangtua : b. Menjelaskan pengertian fisioterapi dada c. Mengetahui pengertian perkusi pada fisioterapi dada d. Mengetahui pengertian vibrasi pada fisioterapi dada e. Mengetahui pengertian <i>postural drainage</i> pada fisioterapi dada f. Menyebutkan prosedur perkusi g. Menyebutkan prosedur vibrasi h. Menyebutkan prosedur <i>postural drainage</i> i. Menjawab pertanyaan para orangtua	a. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi b. Menyimak materi dan berdiskusi c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi e. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi f. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi g. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi h. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi i. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi
Penutup (5 menit)	a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi c. Mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural → sebelum

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
- c. Tempat dipersiapkan H-3 sebelum pelaksanaan
- d. Mahasiswa, dan para orangtua dan anak berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses → saat
 - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
 - b. Para orangtua aktif dalam diskusi dan tanya jawab
 - c. Para orangtua mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi Hasil → materi
 - a. Para ibu hamil dapat menyebutkan pengertian fisioterapi dada, pengertian perkusi, pengertian vibrasi dan pengertian *postural drainage* dengan benar. Dan para orangtua juga dapat menyebutkan prosedur dari perkusi, vibrasi, dan *postural drainage*.
4. Pertanyaan evaluasi
 - a. Jelaskan pengertian fisioterapi dada!
 - b. Jelaskan pengertian perkusi pada fisioterapi dada!
 - c. Jelaskan pengertian vibrasi pada fisioterapi dada !
 - d. Jelaskan pengertian *postural drainage* pada fisioterapi dada!
 - e. Sebutkan prosedur perkusi!
 - f. Sebutkan prosedur vibrasi!
 - g. Sebutkan prosedur *postural drainage*!

VIII. Sumber

Perawat. 2022. <https://www.perawatkitasatu.com/2017/09/sap-fisioterapi-dada-dan-nafas-efektif.html?m=1>. Diakses 24 September 2022.

Dewi, Ni Luh Putu. 2021. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7418/8/Lampiran-lampiran.pdf>. Diakses 24 September 2022

LAMPIRAN MATERI

FISIOTERAPI DADA

A. PENGERTIAN FISIOTERAPI

Fisioterapi dada merupakan suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi, vibrasi dan *postural drainage*. Tujuan dilakukannya fisioterapi dada yaitu untuk memperbaiki ventilasi, meningkatkan otot-otot pernapasan, dan membantu melepaskan atau mengeluarkan sekret yang melekat di jalan napas.

B. PENGERTIAN PERKUSI PADA FISIOTERAPI DADA

Perkusi disebut juga *clapping* yaitu pukulan kuat, namun bukan berarti sekuat-kuatnya. Dilakukan pada dinding dada dan punggung dengan tangan dibentuk seperti mangkok. Tujuan dilakukannya perkusi yaitu secara mekanik dapat melepaskan sekret yang melekat pada dinding bronkhus.

C. PENGERTIAN VIBRASI PADA FISIOTERAPI DADA

Vibrasi adalah getaran kuat secara serial yang dihasilkan oleh tangan perawat yang diletakkan datar pada dinding dada pasien. Tujuan dilakukannya vibrasi yaitu vibrasi digunakan setelah perkusi untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi dan melepaskan mukus yang kental. Sering dilakukan bergantian dengan perkusi.

D. PENGERTIAN *POSTURAL DRAINAGE* PADA FISIOTERAPI

DADA

Postural drainage merupakan salah satu tindakan keperawatan untuk melepaskan secret dari berbagai segmen paru-paru dengan menggunakan gaya gravitasi. Waktu terbaik untuk melakukannya yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sekitar 1 jam sebelum tidur pada malam hari. Hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan *postural drainage* antara lain:

- 1) Batuk dua atau tiga kali berurutan setelah setiap kali berganti posisi
- 2) Minum air hangat setiap hari sekitar 2 liter
- 3) Jika harus menghirup bronkodilator, lakukan 15 menit sebelum melakukan *postural drainage*
- 4) Lakukan latihan napas dan latihan lain yang dapat membantu mengencerkan lendir

E. PROSEDUR PERKUSI

- 1) Tutup area yang akan dilakukan perkusi dengan handuk atau pakaian untuk mengurangi ketidaknyamanan.
- 2) Anjurkan pasien tarik napas dalam dan lambat untuk meningkatkan relaksasi
- 3) Perkusi pada tiap segmen paru selama 1 – 2 menit

- 4) Perkusi tidak boleh dilakukan pada daerah dengan struktur yang mudah terjadi cedera seperti mammae, sternum, dan ginjal.

F. PROSEDUR VIBRASI

- 1) Letakkan tangan, telapak tangan menghadap ke bawah di area dada yang akan dilakukan drainage. Satu tangan diatas tangan yang lain dengan jari-jari menempel bersama dan ekstensi. Cara yang lain tangan bisa diletakkan secara bersebelahan.
- 2) Anjurkan pasien menarik napas dalam dengan melalui hidung dan menghembuskan napas secara lambat lewat mulut atau *pursed lips*.
- 3) Selama masa ekspirasi, tegangkan seluruh otot tangan dan lengan, dan gunakan di hampir semua tumit tangan. Getarkan (kejutkan) tangan, gerakkan ke arah baawah. Hentikan getaran jika pasien melakukan inspirasi.
- 4) Setelah tiap kalivibrasi, anjurkan pasien batuk dan keluarkan sputum ke dalam tempat sputum.

G. PROSEDUR POSTURAL DRAINAGE

Peralatan yang diperlukan :

- a) Bantal 2 atau 3
- b) Tissue wajah
- c) Segelas air
- d) Aputum pot

Prosedur :

- 1) Cuci tangan
- 2) Pilih area yang tersumbat yang akan di *drainage* berdasarkan pengkajian semua area paru, data klinis dan *chest X-ray*.
- 3 Baringkan pasien dalam posisi untuk men-*drainage* area yang tersumbat
- 4) Minta klien mempertahankan posisi itu selama 10 – 15 menit
- 5) Selama 10 – 15 menit *drainage* pada posisi tersebut, lakukan perkusi dan vibrasi dada di atas area yang di-*drainage*.
- 6) Setelah *drainage*, minta pasien duduk dan batuk
- 7) Minta pasien istirahat sebentar jika perlu
- 8) Anjurkan pasien minum sedikit air
- 9) Ulangi pengkajian dada pada semua bagian bidang paru
- 10) Cuci tangan
- 11) Dokumentasikan

Posisi untuk *postural drainage* :

1. Bronkhus apikal lobus anterior kanan dan kiri atas dengan posisi pasien duduk di kursi atau bersandar pada bantal
2. Bronkhus apikal lobus posterior kanan dan kiri atas dengan posisi pasien duduk di kursi, menyandar ke depan pada bantal
3. Bronkhus lobus anterior kanan dan kiri atas dengan posisi pasien berbaring datar pada bantal kecil di bawah lutut

4. Bronkhus lobus lingual kiri atas dengan posisi pasien berbaring miring ke kanan dan lengan di atas kepala pada posisi trendelenberg, dengan kaki di tempat tidur ditinggikan 30 cm. Letakkan bantal di belakang punggung dan pasien digulingkan seperempat putaran ke atas bantal.
5. Bronkus lobus kanan tengah dengan posisi pasien berbaring miring ke kiri dan tinggikan kaki tempat tidur 30 cm. Letakkan bantal di belakang punggung dan pasien digulingkan seperempat putaran ke atas bantal.
6. Bronkhus lobus anterior kanan dan kiri bawah dengan posisi pasien berbaring terlentang dengan posisi trendelenberg, kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm
7. Bronkhus lobus lateral kanan bawah dengan posisi pasien berbaring miring ke kiri pada posisi trendelenberg dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm
8. Bronkhus lobus lateral kiri bawah dengan posisi pasien berbaring miring ke kanan pada posisi trendelenberg, dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm
9. Bronkhus lobus superior kanan dan kiri bawah dengan posisi pasien berbaring tengkurap dengan bantal di bawah lambung
10. Bronkhus basalis posterior kanan dan kiri dengan posisi pasien tengkurap dalam posisi trendelenberg dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm

Postural Drainase

Postural drainage merupakan salah satu tindakan keperawatan untuk melepaskan sekret dari berbagai segmen paru-paru dengan menggunakan gaya gravitasi. Waktu terbaik untuk melakukannya yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sekitar 1 jam sebelum tidur pada malam hari. Hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan postural drainage antara lain:

- 1) Batuk dua atau tiga kali berurutan setelah setiap kali berganti posisi
- 2) Minum air hangat setiap hari sekitar 2 liter
- 3) Jika harus menghirup bronkodilatator, lakukan 15 menit sebelum melakukan postural drainage
- 4) Lakukan latihan napas dan latihan lain yang dapat membantu mengencerkan lendir



PENGERTIAN

Fisioterapi dada merupakan suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi, vibrasi dan postural drainage. Tujuan dilakukannya fisioterapi dada yaitu untuk memperbaiki ventilasi, meningkatkan otot-otot pernapasan, dan membantu melepaskan atau mengeluarkan sekret yang melekat di jalan napas.

Perkusi disebut juga clapping yaitu pukan kuat, namun bukan berarti sekuat-kuatnya. Dilakukan pada dinding dada dan punggung dengan tangan dibentuk seperti mangkok. Tujuan dilakukannya perkusi yaitu secara mekanik dapat melepaskan sekret yang melekat pada dinding bronkhus.

Vibrasi adalah getaran kuat secara serial yang dihasilkan oleh tangan perawat yang diletakkan datar pada dinding dada pasien. Tujuan dilakukannya vibrasi yaitu vibrasi digunakan setelah perkusi untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi dan melepaskan mukus yang kental. Sering dilakukan bergantian dengan perkusi.

FISIOTERAPI DADA PADA ANAK



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
RS HUSADA JAKARTA

INEZ IMANIAR

PROSEDUR PERKUSI

- 1) Tutup area yang akan dilakukan perkusi dengan handuk atau pakain untuk mengurangi ketidaknyamanan.
- 2) Anjurkan pasien tarik napas dalam dan lambat untuk meningkatkan relaksasi
- 3) Perkusi pada tiap segmen paru selama 1 – 2 menit
- 4) Perkusi tidak boleh dilakukan pada daerah dengan struktur yang mudah terdapat cidera seperti mammae, sternum, dan ginjal.

PROSEDUR VIBRASI

- 1) Letakkan tangan, telapak tangan menghadap ke bawah di area dada yang akan dilakukan drainage. Satu tangan diatas tangan yang lain dengan jari-jari menempel bersama dan ekstensi. Cara yang lain tangan bisa diletakkan secara bersebelahan.
- 2) Anjurkan pasien menarik napas dalam dengan melalui hidung dan menghembuskan napas secara lambat lewat mulut atau pursed lips.
- 3) Selama masa ekspirasi, tegangkan seluruh otot tangan dan lengan, dan gunakan di hampir semua tumit tangan. Getarkan (kejutkan) tangan, gerakan ke arah bawah. Hentikan getaran jika pasien melakukan inspirasi.
- 4) Setelah tiap kali vibrasi, anjurkan pasien batuk dan keluaran sputum ke dalam tempat sputum.

PROSEDUR POSTURAL DRAINAGE

Peralatan yang diperlukan :

- a) Bantal 2 atau 3
- b) Tissue wajah
- c) Segel air
- d) Aquadum pot

Prosedur :

- 1) Cuci tangan
- 2) Pilih area yang tersumbat yang akan di drainage berdasarkan pengkajian semua area paru, data klinis dan chest X-ray.
- 3) Baringkan pasien dalam posisi untuk mendrainase area yang tersumbat
- 4) Minta klien mempertahankan posisi itu selama 10 – 15 menit
- 5) Selama 10 – 15 menit drainage pada posisi tersebut, lakukan perkusi dan vibrasi dada di atas area yang di-drainase.
- 6) Setelah drainage, minta pasien duduk dan batuk
- 7) Minta pasien istirahat sebentar jika perlu
- 8) Anjurkan pasien minum sedikit air
- 9) Ulangi pengkajian dada pada semua bagian bidang paru
- 10) Cuci tangan
- 11) Dokumentasikan



Posisi untuk postural drainage :

1. Bronkhus apikal lobus anterior kanan dan kiri atas dengan posisi pasien duduk di kursi atau berbaring pada bantal
2. Bronkhus apikal lobus posterior kanan dan kiri atas dengan posisi pasien duduk di kursi, menandar ke depan pada bantal
3. Bronkhus lobus anterior kanan dan kiri atas dengan posisi pasien berbaring datar pada bantal kecil di bawah lutut
4. Bronkhus lobus lingual kiri atas dengan posisi pasien berbaring miring ke kanan dan lengan di atas kepala pada posisi trendelenberg, dengan kaki di tempat tidur ditinggikan 30 cm. Letakkan bantal di belakang punggung dan pasien digulungkan seperempat putaran ke atas bantal.
5. Bronkhus lobus kanan tengah dengan posisi pasien berbaring miring ke kiri dan tinggikan kaki tempat tidur 30 cm. Letakkan bantal di belakang punggung dan pasien digulungkan seperempat putaran ke atas bantal.
6. Bronkhus lobus anterior kanan dan kiri bawah dengan posisi pasien berbaring terlentang dengan posisi trendelenberg, kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm
7. Bronkhus lobus lateral kanan bawah dengan posisi pasien berbaring miring ke kiri pada posisi trendelenberg dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm
8. Bronkhus lobus lateral kiri bawah dengan posisi pasien berbaring miring ke kanan pada posisi trendelenberg, dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm
9. Bronkhus lobus superior kanan dan kiri bawah dengan posisi pasien berbaring tengkurap dengan bantal di bawah lambung
10. Bronkhus basalis posterior kanan dan kiri dengan posisi pasien tengkurap dalam posisi trendelenberg dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 – 50 cm

PENGERTIAN FISIOTERAPI DADA

Fisioterapi dada merupakan suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi, vibrasi dan postural drainage.



TUJUAN FISIOTERAPI DADA

1. Memperbaiki ventilasi
2. Memperbaiki otot - otot pernafasan
3. Membantu melepaskan atau mengeluarkan sekret/dahak yang melekat di jalan nafas.



Apa saja rangkaian teknik fisioterapi dada?



Postural Drainage
Memposisikan



Clapping/perkusi
Tepukan



Vibrasi
Menggetarkan

APA ITU POSTURAL DRAINAGE PADA FISIOTERAPI DADA?



Postural drainage merupakan salah satu tindakan keperawatan untuk melepaskan secret dari berbagai segmen paru-paru dengan menggunakan gaya gravitasi. Waktu terbaik untuk melakukannya yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sekitar 1 jam sebelum tidur pada malam hari. Hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan postural drainage antara lain :

- 1) Batuk dua atau tiga kali berurutan setelah setiap kali berganti posisi
- 2) Minum air hangat setiap hari sekitar 2 liter
- 3) Jika harus menghirup bronkodilator, lakukan 15 menit sebelum melakukan postural drainage
- 4) Lakukan latihan napas dan latihan lain yang dapat membantu mengencerkan lendir

APA ITU PERKUSI PADA FISIOTERAPI DADA?

Perkusi disebut juga clapping yaitu pukulan kuat, namun bukan berarti sekuat-kuatnya. Dilakukan pada dinding dada dan punggung dengan tangan dibentuk seperti mangkok. Tujuan dilakukannya perkusi yaitu secara mekanik dapat melepaskan secret yang melekat pada dinding bronkhus.

APA ITU VIBRASI PADA FISIOTERAPI DADA ?

Vibrasi adalah getaran kuat secara serial yang dihasilkan oleh tangan yang diletakkan datar pada dinding dada anak. Tujuan dilakukannya vibrasi yaitu vibrasi digunakan setelah perkusi untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi dan melepaskan dahak yang kental. Sering dilakukan bergantian dengan perkusi.

POSTURAL DRAINAGE UNTUK BAYI DAN ANAK



BAGAIMANA PROSEDUR PERKUSI DADA?

1. Anjurkan anak tarik napas dalam dan lambat untuk meningkatkan relaksasi
2. jumlah tepukan yang disarankan adalah 25 kali tiap 10 detik. Dilakukan selama 3 sampai 5 menit perbagian paru yang akan dikeluarkan dahaknya. Tepukan diberikan pada punggung anak atau dada depan bersamaan dengan posisi postural drainage.
3. Perkusi tidak boleh dilakukan pada daerah dengan struktur yang mudah terjadi cedera seperti mammae, sternum, dan ginjal.

BAGAIMANA PROSEDUR VIBRASI DADA?

1. Letakkan tangan, telapak tangan menghadap ke bawah di area dada yang akan dilakukan drainage. Satu tangan diatas tangan yang lain dengan jari-jari menempel bersama dan ekstensi. Cara yang lain tangan bisa diletakkan secara bersebelahan.
2. Anjurkan anak menarik napas dalam dengan melalui hidung dan menghembuskan napas secara lambat lewat mulut.
3. Selama masa ekspirasi, tegangkan seluruh otot tangan dan lengan, dan gunakan di hampir semua tumit tangan. Getarkan (kejutkan) tangan, gerakkan ke arah bawah. Hentikan getaran jika anak melakukan inspirasi.
4. Setelah tiap kali vibrasi, anjurkan anak batuk dan keluarkan dahak ke dalam tempat dahak.

