

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN BRONKHOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN
NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi D III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

VIVI EKA NOVIYANTI

AKX.15.098



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Vivi Eka Noviyanti
NIM : AKX. 15. 098
Program Studi : D III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Bronkhopneumonia
Dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang
dari Kebutuhan Tubuh di Ruang Melati RSUD Ciamis

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi D III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 05 April 2018

Yan:  taan
Vivi Eka Noviyanti

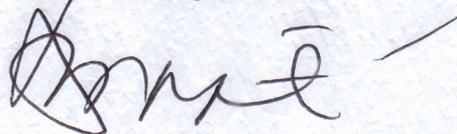
**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN BRONKHOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN NUTRISI
KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
DI RSUD CIAMIS

VIVI EKA NOVIYANTI
AKX.15. 098

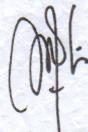
KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 23 APRIL 2018
Oleh

Pembimbing Ketua



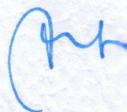
Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes
NIK; 10105036

Pembimbing Pendamping



Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK; 10107069

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIK; 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN BRONKHOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN NUTRISI
KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
DI RSUD CIAMIS**

Oleh:

**VIVI EKA NOVIYANTI
AKX.15.098**

Telah diuji
Pada tanggal, 27 April 2018

Panitia Penguji

Ketua: Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes
(pembimbing utama)



Anggota:

1. A. Aep. Indarna, S.Pd.,S.Kep.,Ners
(penguji 1)
2. Angga Satria P, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(penguji 2)
3. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(pembimbing pendamping)



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,

**Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIK. 10107064**



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *BRONCHOPNEUMONIA* (BP) DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI RSUD CIAMIS”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,Mkep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. H. Husi Husaeni, dr., SpAn., KIC., M.Kes. selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Ade Tika Herawati, M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. dr. H. Aceng Solahudin A. M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Nunung Patimah, AMK dan Fitriani Puspasari, AMK selaku CI dan perawat Ruang Melati yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Staf dosen dan karyawan Program Studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
10. Untuk kedua orangtua yaitu Ayahanda Mohamad Jajuli S.Pd, Ibunda Umyanah, Adik Vilda Dwi Aulia, serta seluruh keluarga besar, penulis mengucapkan terimakasih banyak atas do'a yang tak pernah berhenti, yang selalu memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
11. Untuk Fani Rizki Mardiansyah yang selalu memberikan dorongan semangat, motivasi, serta do'a yang tulus terhadap penulis dan membantu tugas-tugas lainnya.
12. Untuk Mega Rosi Herdianti, Nisya Lutfi Aziza, Eka Putri Agustiani, serta teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XI yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan yang tulus, terimakasih selama 3 tahunnya.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 20 April 2018

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang: Bronkhopneumonia adalah radang paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru-paru ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrat yang disebabkan oleh jamur, bakteri, virus dan benda asing. Salah satunya adalah perilaku memberikan ASI (air susu ibu) atau Susu Formula. Jika ASI atau Susu Formula diberikan tidak masuk ke saluran pencernaan maka ASI atau Susu Formula akan masuk ke saluran pernapasan sehingga bisa menyebabkan aspirasi. Hal ini menyebabkan adanya perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. **Metode:** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien Bronkhopneumonia dengan masalah keperawatan. **Hasil:** Perubahan Nutrisi kurang dari Kebutuhan Tubuh. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada kasus 1 dapat teratasi pada hari ke 3 dengan terjadi kenaikan berat badan dan pada kasus 2 masalah keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh dapat teratasi di hari ke 3 tanpa ada kenaikan berat badan. Hal ini karena pada kasus 1 sebelumnya mengalami penurunan berat badan. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien Bronkhopneumonia, hal ini di pengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan secara komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyboard: Bronkhopneumonia, Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka: 11 Buku (2008-2016), 2 Jurnal (2010-2018), 2 Website.

ABSTRACT

Background: Bronkhopneumonia is a pneumonia associated with one or more lung lobes with infiltrating spots caused by fungi, bacteria, viruses and foreign matter. One of the behavior of breastfeeding (breast milk) or Formula Milk. If Breast Milk or Formula Milk is not given to Breast Milk or Formula Milk will enter the breathing channel of the moon can cause aspiration. It starts with less nutrition than the body needs. **Method:** The case study is to explore a problem / phenomenon with detailed constraints, have a deep data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two Bronkhopneumonia clients with nursing problems. **Result:** Nutrient Change is less than Body Requirement. After nursing care with nursing intervention, nursing problems Nutrition Changes Less than Body Needs in case 1 can be resolved on day 3 with weight gain and in case 2 nursing problems Nutrition Changes Less than Body Needs can be resolved on day 3 without there is weight gain. This is because in the previous case 1 experienced weight loss. **Discussion:** clients with nursing changes nutritional problems less than body needs do not always have the same response on each client Bronkhopneumonia, this is influenced by the condition or health status of previous clients. So nurses have to do comprehensive care to handle nursing problems on each client.

Keyboard: Bronkhopneumonia, Nutrition Changes Less than Body Needs, Nursing Care

References: 11 Books (2008-2016), 2 Journals (2010-2018), 2 Websites.

DAFTAR ISI

| | |
|--------------------------------------|----------|
| Halaman Judul | i |
| Lembar Pernyataan | ii |
| Lembar Persetujuan | iii |
| Lembar Pengesahan | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstrak | vii |
| Daftar Isi | viii |
| Daftar Gambar | xi |
| Daftar Tabel | xii |
| Daftar Bagan | xiv |
| Daftar Lampiran | xv |
| Daftar Singkatan | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.1.3 Tujuan Penelitian | 4 |
| 1.1.3.1 Tujuan Umum | 4 |
| 1.1.3.2 Tujuan khusus | 5 |
| 1.1.4 Manfaat | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 Konsep Dasar Penyakit | 7 |
| 2.1.1 Definisi | 7 |

| | |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.2 Anatomi Fisiologi | 8 |
| 2.1.3 Etiologi | 15 |
| 2.1.4 Pathofisiologi | 16 |
| 2.1.5 Manifestasi klinis | 18 |
| 2.1.6 Komplikasi | 18 |
| 2.1.7 Penatalaksanaan | 19 |
| 2.1.8 Terapi pengobatan | 19 |
| 2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia (0-12 bulan) | 20 |
| 2.2.1 Pertumbuhan | 20 |
| 2.2.2 Perkembangan | 22 |
| 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan | 23 |
| 2.3.1 Pengkajian | 24 |
| 2.3.2 Diagnosa Keperawatan | 36 |
| 2.3.3 Perencanaan | 37 |
| 2.3.4 Implementasi | 42 |
| 2.3.5 Evaluasi | 43 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 46 |
| 3.1 Desain Penelitian | 46 |
| 3.2 Batasan Istilah | 46 |
| 3.3 Partisipasi/ Responden/ Subyek Penelitian | 47 |
| 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian | 47 |
| 3.5 Pengumpulan Data | 48 |
| 3.6 Uji Keabsahan Data | 49 |

| | |
|----------------------------------------------|-----------|
| 3.7 Analisa Data | 49 |
| 3.8 Etik Penelitian | 50 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 52 |
| 4.1 Hasil | 52 |
| 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data | 52 |
| 4.1.2 Pengkajian | 52 |
| 4.2 Pembahasan | 70 |
| 4.2.1 Pengkajian | 71 |
| 4.2.2 Diagnosa Keperawatan | 75 |
| 4.2.3 Perencanaan | 78 |
| 4.2.4 Tindakan | 80 |
| 4.2.5 Evaluasi | 81 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 83 |
| 5.1 Kesimpulan | 83 |
| 5.1.1 Pengkajian | 83 |
| 5.1.2 Diagnosa | 84 |
| 5.1.3 Perencanaan | 84 |
| 5.1.4 Implementasi | 85 |
| 5.1.5 Evaluasi | 86 |
| 5.2 Saran | 86 |
| 5.2.1 Institusi Pendidikan | 87 |
| 5.2.2 Institusi Rumah Sakit | 87 |

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 2.1. Komponen sistem pernapasan. Sumber: Arif Muttaqim (2012)..... | 8 |
| Gambar 2.2. Penampang lobus-lobus pada paru. Sumber: Arif Muttaqim (2012)..... | 11 |

DAFTAR TABEL

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 2.1. <i>Denver Development Screening Test</i> . (Sumber : Unimas, Bidan. 2013)..... | 22 |
| Tabel 2.2. Keterangan pemberian imunisasi pada anak. (Sumber : Proverawati dan Dwi, 2010)..... | 27 |
| Tabel 2.3. Pemeriksaan Tanda Vital..... | 30 |
| Tabel 2.4. Perencanaan..... | 38 |
| Tabel 2.5. Perencanaan..... | 39 |
| Tabel 2.6. Perencanaan..... | 39 |
| Tabel 2.7. Perencanaan..... | 40 |
| Tabel 2.8. Perencanaan..... | 41 |
| Tabel 2.9. Perencanaan..... | 42 |
| Tabel 4.1 Identitas Klien..... | 52 |
| Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan..... | 53 |
| Tabel 4.3 Pola Aktifitas Sehari-Hari..... | 55 |
| Tabel 4.4 Pertumbuhan dan Perkembangan..... | 56 |
| Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik..... | 56 |
| Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi..... | 59 |
| Tabel 4.7 Riwayat Imunisasi..... | 60 |
| Tabel 4.8 Data Penunjang Laboratorium..... | 60 |
| Tabel 4.9 Program dan Rencana Pengobatan..... | 60 |
| Tabel 5.1 Analisa Data..... | 61 |

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Tabel 5.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas..... | 63 |
| Tabel 5.3 Perencanaan Intervensi Keperawatan..... | 64 |
| Tabel 5.4 Implementasi..... | 66 |
| Tabel 5.5 Evaluasi..... | 69 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|-------------------------------|----|
| Bagan 2.1. Patofisiologi..... | 17 |
|-------------------------------|----|

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---------------|--------------------------------------------|
| Lampiran I | : Lembar Konsultasi KTI |
| Lampiran II | : Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus |
| Lampiran III | : Lembar Persetujuan Menjadi Responden |
| Lampiran IV | : SOP Pemberian Nutrisi Melalui NGT |
| Lampiran V | : Lembar Observasi |
| Lampiran VI | : Satuan Acara Penyuluhan Bronkhopneumonia |
| Lampiran VII | : Leaflet Bronkhopneumonia |
| Lampiran VIII | : Jurnal Penelitian |
| Lampiran IX | : Daftar Riwayat Hidup |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------|-------------------------------------------|
| ASI | : Air Susu Ibu |
| BB | : Berat Badan |
| BCG | : Bacillus Calmet Guirtnet |
| BP | : Bronkhopneumonia |
| BBLR | : Berat Badan Lahir Rendah |
| Cm | : <i>Centimeter</i> |
| CRT | : Capillary Refill Time |
| DDST | : <i>Denver Development Screning Test</i> |
| DM | : Diabetes Mellitus |
| DPT | : Difteri Pertusis Tetanus |
| GCS | : Gaslow Coma Scale |
| Gr | : Gram |
| Hb | : Hemoglobin |
| Hib | : Haemophilus Influenza B |
| IM | : Intramuskular |
| IV | : Intravena |
| ISPA | : Infeksi Saluran Pernapasan Akut |
| Kg | : Kilogram |
| MMR | : Mumps Measles Rubella |
| MV | : <i>Minute volume</i> |
| NGT | : <i>Naso Gastric Tube</i> |

PVC : *Pneumococcal Vaccine*

ROM : Range of Motion

SAP : Satuan Acara Penyuluhan

SC : Sectio Caesarea

SOP : Standar Operasional Prosedur

TBC : Tuberculosis

TV : Tidal Volume

TTV : Tanda-tanda Vital

WHO : *World Health Organization*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) saat ini merupakan masalah kesehatan utama di Indonesia, yang terjadi pada Bronkhopneumonia dimana radang paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru-paru ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrat yang disebabkan oleh jamur, bakteri, virus dan benda asing. Bronkhopneumonia dapat terjadi sepanjang tahun dan dapat melanda semua usia. Pada banyak negara berkembang lebih dari 50% kematian pada umur anak balita karena infeksi saluran pernapasan akut Bronkhopneumonia, yakni infeksi akut yang mengenai jaringan paru (alveoli) (WHO, 2010).

Ditinjau dari pernyataan di atas tersebut kesehatan anak merupakan salah satu masalah prioritas kesehatan baik di dunia maupun di Indonesia. Salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan anak di Indonesia yaitu meningkatkan derajat kesehatan secara menyeluruh. Derajat kesehatan merupakan salah satu unsur penting dalam upaya peningkatan indeks pembangunan manusia bangsa Indonesia. Sasaran pelayanan kesehatan ini merujuk kelompok masyarakat yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan, salah satunya adalah anak usia balita khususnya pada masa bayi.

Penyakit yang sering menyerang anak usia bayi diantaranya infeksi saluran pernapasan, diare, kejang, infeksi saluran kemih, asma, muntah, dan

alergi. Salah satu penyebab terbesar kematian pada anak usia bayi di dunia adalah pada gangguan sistem pernapasan. Karena virus, bakteri, dan jamur mudah memasuki sistem imun pada anak yang umumnya belum terbentuk secara sempurna. Dilihat dari perilaku yang kurang baik juga dapat menyebabkan beberapa penyakit yang dapat membahayakan kesehatan bayi, salah satunya adalah perilaku memberikan ASI (air susu ibu) atau Susu Formula. Jika ASI atau Susu Formula diberikan tidak masuk ke saluran pencernaan maka ASI atau Susu Formula akan masuk ke saluran pernapasan sehingga bisa menyebabkan aspirasi. Aspirasi yang tidak tertangani dengan segera akan menimbulkan penyakit serius seperti Bronkhopneumonia.

Salah satu keterampilan yang harus dikuasai perawat adalah mampu melakukan tindakan pemenuhan kebutuhan dasar manusia seperti pemberian nutrisi melalui *Naso gastric tube* (NGT), dimana nutrisi yang diberikan akan langsung masuk ke dalam lambung (Yonava, 2016).

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2010 di seluruh dunia terjadi 1,6 sampai 2,2 juta kematian anak balita karena Bronkhopneumonia setiap tahun, sebagian besar terjadi di negara berkembang 70% terdapat di Afrika dan di Asia Tenggara. Di Negara maju terdapat 4 juta kasus setiap tahun hingga total di seluruh dunia ada 156 juta kasus Bronkhopneumonia anak balita setiap tahun. Terdapat 15 negara dengan prediksi kasus baru dan insiden Bronkhopneumonia anak balita paling tinggi, mencakup 74% (115,3 juta) dari 156 juta kasus di seluruh dunia lebih dari setengahnya terkonsentrasi di 6 negara, mencakup 44% populasi anak-balita di dunia. Ke 6 negara

tersebut adalah India (43 juta), China (21 juta), Pakistan (10 juta) dan di Bangladesh, Indonesia, serta Nigeria masing masing 6 juta kasus per tahun (WHO 2010).

Di Indonesia, angka kematian Bronkhopneumonia pada balita diperkirakan mencapai 21%. Angka kesakitan Bronkhopneumonia pada bayi 2,2%, balita 3% sedang angka kematian Bronkhopneumonia pada bayi 29,8% dan balita 15,5 % (Riset Kesehatan dasar,2007). Berdasarkan laporan 26 provinsi kasus Bronkopneumonia yang terjadi pada balita terdapat 3 provinsi dengan cakupan Bronkopneumonia tertinggi berturut-turut adalah provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 56,50%, Jawa Barat 42,50% dan kepulauan Bangka Belitung sebesar 21,71 % (Depkes RI, 2009). Berdasarkan data pasien Ruang Anak (Ruang Melati Lantai 3) RSUD Ciamis Periode Januari - Desember 2017 kasus Bronkhopneumonia merupakan penyakit tertinggi ke 3 sebanyak 102 kasus.

Penyakit Bronkhopneumonia ini sering menyebabkan terjadinya komplikasi yang berbahaya seperti emfisema, atelektasis, infeksi sistemik, dan meningitis (Wijayaningsih, 2013). Masalah keperawatan yang biasa muncul pada klien Bronkhopneumonia, yaitu: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan akumulasi lendir jalan napas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi saluran pernapasan, hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan aspirasi akibat peningkatan produksi mukus dan sesak,

intoleransi aktifitas berhubungan batuk berlebihan, resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit dalam serum (diare).

Menyikapi tingginya mortalitas dan morbiditas yang disebabkan oleh penyakit ini, maka kewajiban kita sebagai perawat profesional sangat bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan kesehatan bagi anak untuk menghindari komplikasi yang lebih serius. Untuk itu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien harus secara komprehensif. Maka penulis tertarik untuk menulis Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Bronkhopneumonia dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh di Ruang Melati di RSUD Ciamis”.

1.2 Rumusan Masalah

Masalah yang diambil dari studi kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Bronkhopneumonia dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di RSUD Ciamis.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif baik bio, psiko, sosio, dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada Klien dengan gangguan sistem pernapasan Bronkhopneumonia.

1.3.2 Tujuan khusus

Penulis dapat melakukan Asuhan Keperawatan yang meliputi:

1. Melakukan pengkajian pada klien Bronkhopneumonia dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di RSUD Ciamis Tahun 2018.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada klien Bronkhopneumonia dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di RSUD Ciamis Tahun 2018.
3. Membuat perencanaan yang ingin dicapai dan menyusun langkah-langkah pemecahan masalah yang dihadapi pada klien Bronkhopneumonia dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di RSUD Ciamis Tahun 2018.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien Bronkhopneumonia dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di RSUD Ciamis Tahun 2018.
5. Mengevaluasi hasil Asuhan Keperawatan pada klien Bronkhopneumonia dengan Masalah Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di RSUD Ciamis Tahun 2018.

1.4 Manfaat

Karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi:

1. Bagi Pendidikan

Sebagai tolak ukur mahasiswa dalam melaksanakan dan membuat asuhan keperawatan sehingga menjadikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini sebagai sumber kepustakaan dalam pembuatan karya tulis selanjutnya.

2. Bagi Perawat

Dengan menulis ini seorang perawat bisa berperan secara mandiri, perkembangan Bronkhopneumonia dan kolaborasi terhadap penanganan kepada pasien.

3. Bagi Rumah Sakit

a. Sebagai bahan masukan dan menambah referensi dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan tentang Bronkhopneumonia.

b. Mengembangkan penelitian asuhan keperawatan Bronkhopneumonia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Bronkhopneumonia adalah radang paru-paru yang mempunyai penyebaran bercak, teratur dalam satu area atau lebih yang berlokasi di dalam bronkhi dan meluas ke parenkim paru (Wijayaningsih, 2013).

Bronkhopneumonia digunakan untuk menggambarkan pneumonia yang mempunyai pola penyebaran bercak, teratur dalam satu atau lebih terlokalisasi di dalam bronkhi dan meluas ke parenkim yang berdekatan disekitarnya. Pada Bronkhopneumonia terjadi konsolidasi area bercak (Padila, 2013).

Bronkhopneumonia disebut juga Pneumonia Lobularis, yaitu radang paru-paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing (Anderson, 2011).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa, Bronkhopneumonia adalah radang paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru-paru yang ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrat yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing.

Nutrisi adalah proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam

aktivitas tubuh. Nutrisi juga dapat dikatakan ilmu tentang makanan, dan zat-zat gizi dengan kesehatan dan penyakit (Rosa dan Salahudin, 2013).

Pemberian nutrisi melalui *Naso gastric tube (NGT)* adalah memberikan asupan nutrisi dalam bentuk cair melalui saluran cerna dengan menggunakan selang yang langsung masuk ke lambung (Dida A. Gurnida).

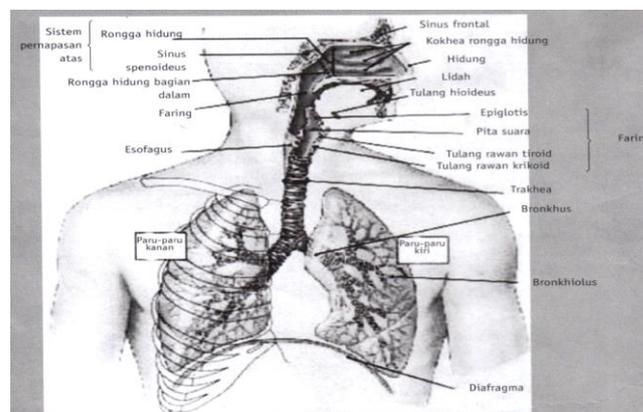
2.1.2 Anatomi Fisiologi

a. Anatomi sistem pernapasan

1) Saluran Pernapasan Bagian Atas

a) Rongga Hidung

Hidung terbagi atas dua nostril yang merupakan pintu masuk menuju rongga hidung. Rongga hidung adalah dua kanal sempit yang satu sama lainnya dipisahkan oleh septum (Muttaqin, 2012).



Gambar 2.1. komponen sistem pernapasan

Sumber: Muttaqin (2012)

b) Sinus Pranasal

Sinus pranasal berperan dalam menyekresi mukus, membantu mengalirkan air mata melalui saluran nasolakrimalis, dan membantu dalam menjaga permukaan rongga hidung tetap bersih dan lembab (Muttaqin, 2012).

c) Faring

Faring (tekak) adalah pipa berotot yang bermula dari dasar tengkorak dan berakhir sampai persambungannya dengan esofagus dan batas tulang rawan krikoid. Faring terdiri atas tiga bagian yang dinamai berdasarkan letaknya, yakni nasofaring (dibelakang hidung), orofaring (dibelakang mulut), laringfaring (dibelakang faring) (Muttaqin, 2012).

2) Saluran Pernapasan Bagian Bawah

a) Laring

Laring terletak diantara faring dan trakhea. Berdasarkan letak vertebrata servikalis, laring berada di ruas ke 4 atau ke 5 dan berakhir di vertebrata servikalis ruang ke enam. Laring disusun oleh 9 kartilago yang disatukan oleh ligamen dan otot rangka pada tulang hioid di bagian atas dan trakhea di bawahnya (Muttaqin, 2012).

b) Trakhea

Trakhea adalah sebuah tabung yang berdiameter 2,5 cm dengan panjang 11 cm. Trakhea terletak setelah laring dan memanjang kebawah setara dengan vertebra torakalis ke-5. Ujung trakhea bagian bawah bercabang menjadi dua bronchus (bronkhi) kanan dan kiri. Percabangan bronchus kanan dan kiri di kenal sebagai karina (carina). Trakhea tersusun atas 16-20 kartilago hialin berbentuk huruf C yang melekat pada dinding trakhea dan berfungsi untuk melindungi jalan udara (Muttaqin, 2012).

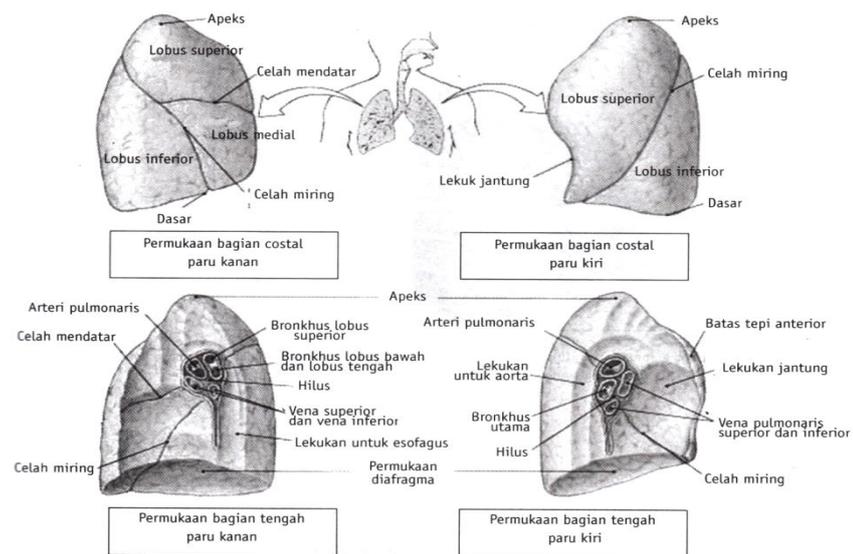
c) Bronkus

Bronkus mempunyai struktur serupa dengan trakhea. Bronkus kiri dan kanan tidak simetris. Bronkus kanan lebih pendek, lebih lebar, dan arahnya hampir ventrical dengan trakhea. Sebaliknya bronkus kiri lebih panjang, lebih sempit, dan sudutnya pun lebih runcing (Muttaqim, 2012). Cabang utama bronkus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi bronkus lobaris dan kemudian bronkus segmentalis.

d) Paru-paru

Paru merupakan organ elastis, berbentuk kerucut, dan terletak dalam rongga thoraks. Kedua paru-paru

dipisahkan oleh mediastinum sentral yang berisi jantung dan beberapa pembuluh darah besar. Paru kanan lebih besar dari paru kiri. Selain itu, paru juga dibagi menjadi 5 lobus, 3 lobus pada paru kanan dan 2 lobus pada paru kiri (Muttaqin, 2012).



Gambar 2.2. Penampang lobus-lobus pada paru

Sumber: Muttaqin (2012).

e) Otot-otot pernapasan

Otot-otot pernapasan merupakan sumber kekuatan untuk menghembuskan udara. Diafragma (dibantu oleh otot-otot yang dapat mengangkat tulang rusuk dan tulang dada) merupakan otot utama yang ikut berperan meningkatkan volume paru (Muttaqin, 2012).

Saat inspirasi, otot sternokleidomastoideu, otot skalenes, otot pektoralis minor, otot serratus anterior, dan

otot interkostalis sebelah luar mengalami kontraksi sehingga menekan diafragma ke bawah dan mengangkat rongga untuk membantu udara masuk ke dalam paru (Muttaqin, 2012).

b. Fisiologi

Proses pernapasan paru merupakan pertukaran oksigen dan karbondioksida yang terjadi pada paru-paru. Proses ini terdiri dari tiga tahap yaitu:

1) Ventilasi

Ventilasi adalah proses keluar masuknya udara yang terjadi karena adanya selisih antar atmosfer dan alveolus oleh kerja mekanik otot-otot pernapasan. Ventilasi bertugas mempertahankan oksigen, karbondioksida dan pH arteri. Dalam sistem pernapasan, ventilasi dipengaruhi oleh:

a) Mekanisme ventilasi

Yang meliputi pengembangan dan pengempisan paru dan rongga thoraks yang pengaruhnya dilakukan oleh pusat pernapasan dalam medula oblongata. Saat terjadi inspirasi rongga thoraks dan paru-paru menurun kurang dari 1 mmHg. Sehingga udara masuk ke dalam paru-paru. Sebaliknya pada saat ekspirasi rongga thoraks dan paru mengempis, tekanan dalam paru meningkat lebih dari + 1 mmHg., menyebabkan aliran

udara keluar melalui saluran pernapasan saat inspirasi disebut proses aktif dan ekspirasi disebut proses pasif.

b) Kerja ventilasi

Dalam proses pernapasan membutuhkan energi untuk menunjang pergerakan kontraksi otot-otot pernapasan saat terjadi inspirasi. Energi yang diperlukan sekitar dua sampai tiga persen dari total yang dikeluarkan oleh tubuh. Secara spesifik kerja ventilasi dipengaruhi oleh:

- (1) *Compliance* paru, tekanan yang ditimbulkan oleh kembang kempisnya paru dalam thoraks.
- (2) Kerja tahanan jalan nafas, tahanan yang ditimbulkan dalam saluran nafas.

c) Kecepatan ventilasi

Yang mendukung respon kecepatan ventilasi adalah pola pernapasan dan tergantung pada sensitifitas pusat pernapasan terhadap perubahan-perubahan kimia dalam tubuh, seperti perubahan konsentrasi oksigen, karbondioksida dan ion H^+ dalam paru. Bila CO_2 dan H^+ meningkat akan merangsang terjadinya hiperventilasi sebaliknya hipoventilasi sebagai akibat menurunnya konsentrasi CO_2 dan H^+ .

d) Pengaturan ventilasi

Bertujuan untuk mempertahankan konsentrasi oksigen karbondioksida dan ion hidrogen dalam cairan tersebut kelebihan karbondioksida atau ion hidrogen mempengaruhi pusat pernapasan di medula oblongata sehingga menyebabkan peningkatan derajat aktifitas inspirasi. Dengan meningkatkannya kecepatan inspirasi, secara otomatis dapat meningkatkan irama pernapasan. Demikian pula sebaliknya.

2) Difusi gas

Difusi gas merupakan pertukaran antara oksigen di alveoli dengan kapiler paru dan CO_2 di kapiler dengan alveoli. Proses pertukaran dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a) Luas permukaan membran

Semakin luas permukaan tempat difusi berlangsung semakin tinggi kecepatan difusinya, sehingga bila terjadi kerusakan pada dinding alveolus berarti luas permukaan membran respirasi mengalami pengurangan dan akhirnya dapat mengganggu proses respirasi.

b) Tebal membran respirasi

Kecepatan difusi berbanding terbalik dengan ketebalan membran, sehingga semakin tebal membran respirasi semakin lambat proses pertukaran gas.

c) Perbedaan konsentrasi

Semakin besar selisih konsentrasi gas semakin besar kecepatan difusinya. Perbedaan konsentrasi ini menimbulkan kecenderungan netto dari gas untuk melewati membran respirasi.

3) Transportasi gas

Transportasi gas merupakan proses pendistribusian O_2 kapiler ke jaringan tubuh dan CO_2 jaringan tubuh kapiler. Transportasi gas dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu curah jantung (cardiac output), kondisi pembuluh darah, latihan (exercise), eritrosit dan Hb.

2.1.3 Etiologi

Secara umum Bronkhopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernapasan yang terdiri atas: reflek glotis dan batuk, adanya lapisan mukus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ, dan sekresi humoral setempat. Timbulnya Bronkhopneumonia disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, protozoa, mikobakteri, mikoplasma, dan riktsia (Sandra M. Nettiria, 2015) antara lain:

- a. Bakteri: *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Haemofilus Influenza*,
Klebsiella.
- b. Virus: *Legionella Pneumoniae*.
- c. Jamur: *Aspergillus Spesies*, *Candida Albicans*.
- d. Faktor lain yang mempengaruhi timbulnya Bronkhopneumonia
antara lain:
 - 1) Faktor Predisposisi
 - a) Usia/umur
 - b) Genetik
 - 2) Faktor pencetus
 - a) Gizi buruk/kurang
 - b) Berat badan lahir rendah (BBLR)
 - c) Tidak mendapatkan ASI yang memadai
 - d) Imunisasi yang tidak lengkap
 - e) Polusi udara
 - f) Kepadatan tempat tinggal

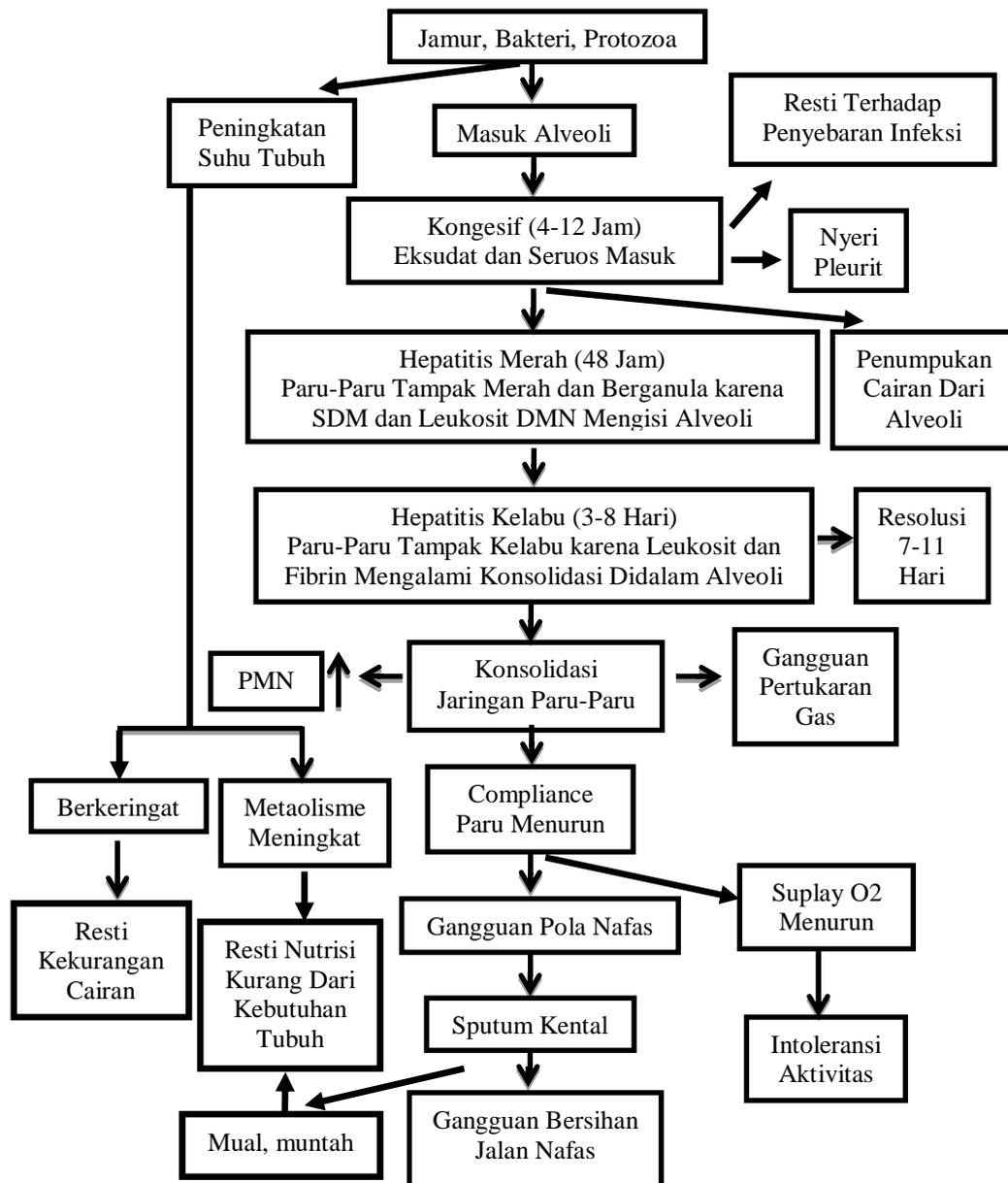
2.1.4 Pathofisiologi

Bronkhopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab Bronkhopneumonia yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukkan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronkhi

positif, dan mual. Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatu proses peradangan.

Bagan 2.1

Patofisiologi



(sumber : Wijayaningsih, 2013).

2.1.5 Manifestasi klinis

- a. Biasanya di dahului infeksi traktus respiratoris atas.
- b. Demam (39°C - 40°C) kadang-kadang disertai kejang karena demam tinggi.
- c. Anak sangat gelisah dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk.
- d. Pernapasan cepat dan dangkal disertai cupping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut.
- e. Kadang-kadang disertai muntah dan diare.
- f. Adanya bunyi tambahan pernapasan seperti ronkhi dan wheezing.
- g. Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia.
- h. Ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mokus yang menyebabkan atelektasis absorpsi.
- i. Batuk kental produktif.

2.1.6 Komplikasi

- a. Obstruksi jalan nafas
- b. Emfisema
- c. Infeksi sistemik
- d. Endokartitis
- e. Meningitis
- f. Atelektasis
- g. Abses paru-paru

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada Bronkhopneumonia terbagi menjadi 2, yaitu:

a. Pemeriksaan diagnostik

1) Foto thoraks

Hasil foto thoraks pada Bronkhopneumonia terdapat bercak-bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus.

2) Laboratorium

a) Uji sputum, untuk mengetes gram bakteri, kultur dan sensitifitas.

b) Darah lengkap, khususnya untuk mengetahui nilai leukosit. biasanya menunjukkan lekositosis dapat mencapai 15.000-40.000/mm³ dengan pergeseran ke kiri.

c) Kultur darah untuk mendeteksi organisme yang masuk ke pembuluh darah.

d) Urine kultur, mengetahui keadaan klien, kemungkinan terdapat albuminuria ringan karena suhu yang naik.

e) Pemeriksaan serum elektrolit, untuk mengukur elektrolit dan kreatinin.

2.1.8 Terapi pengobatan

Pengobatan biasanya diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi. Biasanya diberikan:

- a. Ampicillin 50mg/kg/24 jam IM/IV 4xsehari
- b. Pemberian O₂ lembab $\frac{1}{2}$ liter/menit dengan rumus

$$TV=BB \times (10-15 \text{ cc})$$

$$MV=TV \times \text{Frekuensi respirasi}$$

$$O_2 \text{ yang dibutuhkan } 21\% \times MV = \text{liter/menit}$$
- c. Bronkhopneumonia tanpa komplikasi dapat sembuh dengan resolusi yang sempurna dalam 1-2 minggu.

2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia (0-12 bulan)

Tumbuh kembang anak mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan. Sementara itu, pengertian mengenai pertumbuhan dan perkembangan per definisi adalah sebagai berikut:

2.2.1 Pertumbuhan

Pertumbuhan (*growth*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ, maupun individu. Anak tidak hanya bertambah besar secara fisik, melainkan juga ukuran dan struktur organ-organ tubuh dan otak. Jadi anak tumbuh baik secara fisik maupun mental. Pertumbuhan fisik dapat dinilai dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan tanda-tanda seks sekunder (dr. Soetjiningsih, 2015).

Pembahasan tentang tumbuh kembang pada anak usia infant (0-12 bulan) menurut (Wong, 2003 dan Muscari, 2005), sebagai berikut:

a. Perkiraan Berat Badan

Untuk perkiraan berat badan normal pada anak usia infant dapat menggunakan rumus yang di kutip oleh Behram (1992) yaitu:

$$0 - 12 \text{ bulan} : \frac{\text{Umur (bulan)} + 9}{2}$$

b. Tinggi Badan

Penambahan tinggi badan antara usia 6 sampai 12 bulan, panjang lahir bayi meningkat 50% hingga ukuran rata-rata.

c. Lingkar Kepala

Lingkar kepala anantara 6 sampai 12 bulan, lingkar kepala meningkat 0,44 cm perbulan.

d. Lingkar Dada

Ukuran normal sekitar 2 cm lebih kecil dari lingkar kepala sampai usia kurang dari 1 tahun, dan pada usia 12 bulan sama dengan lingkar kepala.

e. Gigi

Pertumbuhan gigi susu pertama kali terjadi usia 6-8 bulan dengan diawali keluarnya gigi seri tengah bawah umumnya ketika anak berusia 12 bulan anak memiliki 6-8 gigi.

2.2.2 Perkembangan

Perkembangan (*development*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses diferensiasi sel tubuh, jaringan tubuh, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. (dr. Soetjiningsih, Sp.AK 2015).

Menilai perkembangan anak dapat menggunakan DDST (*Denver Development Screening Test*). DDST memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik. DDST dapat digunakan bagi anak usia 0-6 tahun. Deteksi dini tumbuh kembang balita berdasarkan perkembangan, gerakan kasar, gerakan halus, pengamatan, bicara, dan sosialisasi dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 2.1.
Denver Development Screening Test

| Usia | Gerakan Kasar | Gerakan Halus | Pengamatan | Bicara | Sosialisasi |
|-----------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 0-4 bulan | Mampu menumpu dengan kedua lengan dan berusaha mengangkat kepala | Mampu bermain dengan kedua tangan dan kaki | Anak mampu mengamati mainan | Mampu mendengar suara kertas diremas dan bermain bibir sambil mengeluarkan air liur | Mampu tersenyum pada ibunya |
| 8 bulan | Mampu duduk sendiri dan mengambil posisi onggong-ongkong | Mampu menggenggam balok mainan dengan seluruh permukaan tangan | Mampu memperhatikan dan mencari mainan yang jatuh | Mampu mengeluarkan suara Ma...ma... ta... ta... da...da... | Mampu bermain ciluk... baaaa |

| | | | | | |
|----------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 12 bulan | Mampu berdiri sendiri dan berjalan dengan berpegangan | Mampu mengambil benda kecil dengan ujung ibu jari dan telunjuk | Dapat menunjukkan roda mobil-mobilan (anak laki-laki) dan menunjukkan boneka (anak perempuan) | Mampu mengucapkan satu kata atau lebih dan tahu artinya | Mampu memberikan mainan pa, da ibu atau bapak |
| 18 bulan | Mampu berlari tanpa jatuh | Mampu menyusun tiga balok mainan | Mampu menutup gelas | Mampu mengucapkan 10 kata atau lebih dan tahu artinya | Mampu menyebutkan namanya bila ditanya |
| 24 bulan | Mampu melompat dengan dua kaki sekaligus | Mampu membuka botol dengan memutar tutupnya | Dapat menyebutkan 6 bagian tubuh | Mampu menjawab dengan kalimat dua kata | Mampu meniru kegiatan orang dewasa |
| 36 bulan | Mampu turun tangga dengan kaki bergantian tanpa berpegangan | Mampu meniru garis tegak, garis datar dan lingkaran | Mampu memberi nama warna | Mampu bertanya dengan menggunakan kata apa, siapa, dimana? | Mampu bermain bersama teman |
| 48 bulan | Mampu melompat dengan satu kaki di tempat | Mampu memegang pensil dengan ujung jari | Mampu menghitung balok mainan dengan cara menunjuk | Mampu menggunakan kalimat lengkap | Mampu bermain dengan teman satu permainan |
| 60 bulan | Mampu melompat dengan satu kaki ke arah depan | Mampu meniru tanda titik dan kotak | Mampu menggambar orang | Mampu bercerita dan bermakna | Mampu bermain bersama teman dan mengikuti urutan permainan |

(Sumber : Unimas, Bidan. 2013)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang (Walid, 2012). Proses

keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu: pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis. Sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah kesehatan dan keperawatan (Putra, 2012).

Di bawah ini pengkajian yang dilakukan sebagai berikut:

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan proses yang bersisian status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan, dan perawatannya juga hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya (Nursalam, 2008).

1) Identitas Klien

a) Identitas anak

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrecc, dan diagnosa medis.

b) Identitas keluarga terdiri dari ayah, ibu, wali

Identitas penanggung jawab meliputi: Nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan alamat.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama menjelaskan keluhan yang terjadi saat dikaji. Pada klien dengan Bronkhopneumonia akan mengeluh sesak napas, dan batuk produktif, anak rewel, gelisah.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama secara terperinci dengan menggunakan PQRST:

Sesak dan batuk bertambah berat jika klien menangis lama dan beraktifitas, berkurang ketika klien tidur/istirahat. Sesak yang dirasakan klien menggunakan pergerakan otot-otot stemokloidomastoideus, dan batuk masih disertai dahak, penumpukan dahaknya sekitar area paru dan sesak pada daerah rongga dada. Sesak dan batuk yang dirasakan mengganggu aktifitas klien. Batuk muncul ketika klien menangis.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu menjelaskan tentang perawatan dirumah sakit, riwayat alergi, riwayat operasi, dan riwayat penyakit yang pernah di derita klien yang ada hubungannya maupun yang tidak ada hubungannya dengan penyakit sekarang. Biasanya penderita bronkhopneumonia

sebelumnya belum pernah menderita kasus yang sama tetapi mereka mempunyai riwayat penyakit yang dapat memicu terjadinya bronchopneumonia salah satunya yaitu terpaan polusi kima dalam jangka panjang misalnya debu/asap.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjelaskan keadaan kondisi keluarga apakah ada yang pernah menderita penyakit serupa dengan klien periode 6 bulan terakhir, riwayat penyakit menular, maupun penyakit keturunan. Biasanya pada klien dengan bronchopneumonia, dalam keluarga bukan merupakan faktor keturunan tetapi kebiasaan atau pola hidup yang tidak sehat.

3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

a) Riwayat kehamilan

Menjelaskan keadaan kehamilan, kunjungan ke pelayanan kesehatan selama kehamilan, jenis pelayanan yang digunakan, keluhan selama kehamilan.

b) Riwayat persalinan

Menjelaskan usia kehamilan klien waktu dilahirkan, penolong, dengan atau tanpa tindakan, berat badan dan panjang badan saat lahir serta kelainan pada saat persalinan jika ada.

4) Riwayat Imunisasi

a) Imunisasi

Riwayat imunisasi pada usia infant (0-12 bulan) , menanyakan tentang (usia klien pada saat di imunisasi, jenis imunisasi) dan catat imunisasi yang telah diberikan, yaitu: imunisasi BCG, DPT 1, DPT 2, DPT 3, Polio 1, Ppolio 2, Polio 3, Polio 4, Hepatitis B 3x, Campak bahkan Hib apabila sudah pernah mendapatkannya. Dibawah ini keterangan pemberian imunisasi pada anak.

Tabel 2.2.
Keterangan pemberian imunisasi pada anak

| NO | UMUR | VAKSIN | KETERANGAN PEMBERIAN |
|----|------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Saat lahir | Hepatitis B-1 | Hepatitis B diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 6 bulan |
| | | Polio-0 | Polio-0 diberikan pada saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RB/RS polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain). |
| 2 | 1 bulan | Hepatitis B-2 | Hepatitis B-2 diberikan pada umur 1 bulan, interval hepatitis B-1 dan Hepatitis B-2 adalah 1 bulan |
| 3 | 0-2 bulan | BCG (Bacilus Calmet Guirtnet) | Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG aka diberikan pada umur > 3 bulan sebaiknya dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu dan BCG diberikan apabila uji tuberkulin negatif. |
| 4 | 2 bulan | DPT (difteri pertusis tetanus) | Diberikan pada umur > 6 minggu, dan diberikan kembali pada umur 18 bulan, 5 tahun dan 12 tahun |
| | | Hib | Diberikan umur 2 bulan dengan interval 2 bulan |
| | | Polio 1,2,3 | Diberikan bersamaan dengan DPT-1, DPT-2, DPT-3. |
| 5 | 9 bulan | Campak | Campak 1 diberikan pada umur 9 bulan dan campak 2 diberikan pada usia 6 Tahun. |

| | | | |
|----|-------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | 15-18 bulan | MMR | Apabila sampai umur 12 bulan belum mendapatkan imunisasi campak, MMR dapat diberikan pada umur 12 bulan. |
| 8 | 2,4,6 bulan dan 1 tahun | PVC | Diberikan pada umur 2,4,6 bulan dan umur 1 tahun |
| | < 8 tahun | Influenza | Umur < 8 tahun yang mendapat vaksi influenza pertama kali harus mendapat 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu |
| 10 | 2 tahun | Hepatitis A | Hepatitis A diberikan pada umur 2 tahun di beri sebanyak dua kali dengan interval 6-12 bulan |
| 11 | 2-3 tahun | Tifoid | Diberikan pada umur dua tahun dan diulangi setiap tiga tahun |

(Sumber: Proverawati dan Dwi, 2010)

5) Pola Aktifitas Sehari-hari

a) Pola nutrisi

Pada klien bronkhopneumonia ditemukan adanya mual/muntah, ketidakmampuan untuk makan karena distress pernapasan. Sedangkan asupan nutrisi pada bayi usia 0 sampai 6 bulan sangatlah penting.

b) Pola eliminasi

Pada klien bronkhopneumonia biasanya terjadi diare.

c) Pola istirahat dan tidur

Pada klien bronkhopneumonia biasanya sulit untuk tidur karena keluhan yang di rasakan, seperti sesak dan batuk. Sehingga klien akan menjadi mudah rewel, menangis dan gelisah yang dapat mengganggu waktu istirahat dan tidur klien.

d) Pola Aktivitas dan Bermain

Biasanya pada klien bronkhopneumonia aktifitas nya terbatas karena tangan klien yang terpasang infus.

e) Pola Personal Hygiene

Biasanya pada anak sakit frekuensi mandi, mengganti pakaian, keramas, dan menggunting kuku kurang baik karena khawatiran keluarga terhadap penyakit yang di derita klien, begitu juga pada klien bronkhopneumonia.

6) Riwayat Tumbuh Kembang

a) Pertumbuhan

Menilai tingkat pertumbuhan klien meliputi: pertumbuhan yaitu tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas, lingkar dada, lingkar abdomen, dan pertumbuhan gigi. Pada klien bronkhopneumonia biasanya terjadi penurunan berat badan.

b) Perkembangan

Riwayat perkembangan yang dikaji sesuai dengan tingkat usia klien. Askep pengkajian mencakup: motorik halus, motorik kasar, pengamatan, bicara/bahasa, dan sosialisasi.

7) Pemeriksaan Fisik

a) Tingkat kesadaran

Observasi tingkat kesadaran klien. Klien dengan Bronkhopneumonia dapat mengalami penurunan kesadaran sering ditemukan yaitu dimulai dari apatis, samnolen, sopor, sampai koma dinilai dengan menggunakan GCS. Gangguan sistem persarafan terutama saraf kranial.

b) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) berupa suhu, tekanan darah, respirasi, nadi. Nilai normal tanda-tanda vital pada anak dapat dilihat dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2.3.
Pemeriksaan Tanda Vital

| Usia | Nadi | Tekanan darah | Respirasi | Suhu |
|-------------|--------------|---------------|---------------|---------|
| 1-6 bulan | 130 x/menit | 86/54 mmHg | 30-40 x/menit | 37,5 °C |
| 6-12 bulan | 115 x/menit | 90/60 mmHg | - | - |
| 1-2 tahun | 110 x /menit | 96/65 mmHg | 20-30 x/menit | 37,7°C |
| 2-6 tahun | 105 x/menit | 99/65 mmHg | 20-25 x/menit | 36,8°C |
| 6-10 tahun | 95 x/menit | 100/60 mmHg | 17-22 x/menit | 36,7 °C |
| 10-14 tahun | 85 x/menit | 115/60 mmHg | - | 36,6 °C |

c) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

(1) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, fontanel sudah tertutup atau belum, kebersihan kepala klien,

apakah ada pembesaran kepala, apakah ada lesi pada kepala, Pada klien Bronkopneumonia biasanya akan ditemukan rambut mudah rontok karena kekurangan nutrisi, rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu.

(2) Mata

Perhatikan apakah jarak mata lebar atau lebih kecil, amati kelopak mata terhadap penepatan yang tepat, periksa alis mata terhadap kesimetrisan dan pertumbuhan rambutnya, amati distribusi dan kondisi bulu matanya, periksa warna konjungtiva, dan sklera, pupil isokor atau anisokor, lihat apakah mata tampak cekung atau tidak serta amati ukuran iris apakah ada peradangan atau tidak. Pada klien dengan Bronkopneumonia biasanya akan ditemukan kondisi konjungtiva tampak pucat akibat intake nutrisi yang tidak adekuat.

(3) Hidung

Amati ukuran dan bentuk hidung, lakukan uji indra penciuman dengan menyuruh anak menutup mata dan minta anak untuk mengidentifikasi setiap bau dengan benar, akan nampak adanya pernafasan cuping hidung, kadang terjadi sianosis pada ujung hidung, lakukan

palpasi setiap sisi hidung untuk menentukan apakah ada nyeri tekan atau tidak. Pada klien Bronkopneumonia biasanya ditemukan pernapasan cuping hidung dan produksi sekret, adanya sianosis.

(4) Mulut

Periksa bibir terhadap warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi, periksa gusi lidah dan palatum terhadap kelembaban dan perdarahan, amati adanya bau, periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk, periksa gigi terhadap jumlah, jenis keadaan, infeksi faring menggunakan spatel lidah dan amati kualitas suara, refleks sucking dan rooting ada. Pada klien Bronkopneumonia , sianosis di sekeliling mulut, terdapat sputum yang sulit dikeluarkan.

(5) Telinga

Periksa penempatan dan posisi telinga, amati penonjolan atau pendataran telinga, periksa struktur telinga luar dan ciri-ciri yang tidak normal, periksa saluran telinga luar terhadap hygiene. Lakukan penarikan apakah ada nyeri atau tidak dilakukan palpasi pada tulang yang menonjol di belakang telinga untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak, pada klien

Bronkopneumonia terjadi otitis media bersamaan dengan pneumonia atau setelahnya karena tidak diobati.

(6) Leher

Gerakan kepala dan leher klien dengan ROM yang penuh, periksa leher terhadap pembengkakan, lipatan kulit tambahan dan distensi vena, lakukan palpasi pada trakea dan kelenjar tiroid.

(7) Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kedalam, amati jenis pernapasan, amati gerakan pernapasan dan lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi diatas sela iga, bergerak secara simetris atau tidak dan lakukan auskultasi lapangan paru, amati apakah ada nyeri di sekitar dada, suara nafas terdengar ronchi, kalau ada pleuritis terdengar suara gesekan pleura pada tempat lesi, kalau ada efusi pleura suara nafas melemah. Pada klien Bronkhopneumonia biasanya akan ditemukan ronchi atau wheezing dan kemungkinan terdapat retraksi dinding dada.

(8) Abdomen

Periksa kontur abdomen ketika sedang berdiri atau berbaring terlentang, simetris atau tidak, periksa warna

dan keadaan kulit abdomen, amati turgor kulit. Lakukan auskultasi terhadap bising usus serta perkusi pada semua area abdomen. Pada klien Bronkhopneumonia biasanya akan ditemukan ekspansi kuman melalui pembuluh darah yang masuk kedalam saluran pencernaan dan mengakibatkan infeksi sehingga terjadi peningkatan peristaltic usus

(9) Genetalia dan Anus

Periksa kulit sekitar daerah anus terhadap kemerahan dan ruam, kaji kebersihan sekitar anus dan genetalia, inspeksi ukuran penis, inspeksi adanya tanda-tanda pembengkakan, amati ukuran skrotum, periksa anus terhadap tanda-tanda fisura, hemoroid dan polip.

(10) Punggung dan bokong

Pada umumnya tidak terjadi kelainan akibat Pada klien Bronkhopneumonia biasanya akan ditemukan bayi ronchi saat dilakukan auskultasi pada paru bagian belakang dan ketidak simetrisan pergerakan thoraks saat di palpasi.

(11) Ekstremitas

Kaji bentuk kesimetrisan bawah dan atas, kelengkapan jari, apakah terdapat sainosis pada ujung jari. Adanya atrofi dan hipertrofi otot, masa otot tidak

simetris, tonus otot meningkat, rentang gerak terbatas, kelemahan otot, gerakan abnormal seperti tremor distonia, edema, tanda kernig positif (nyeri bila kaki diangkat dan dilipat), trugor kulit tidak cepat kembali setelah dicubit kulit kering dan pucat, amati apakah ada klabing pinger. Pada klien dengan Bronkopneumonia biasanya akan ditemukan sianosis pada ujung jari, biasanya CRT kembali lebih dari 2 detik.

(12) Integumen

Raba apakah terasa panas atau hangat akibat inflamasi dan mungkin akan teraba dingin bila terjadi pada stadium akhir apabila kurangnya perfusi oksigen ke jaringan, turgor kulit akan menurun pada dehidrasi.

(13) Data Psikososial

Hal-hal yang perlu dikaji dalam data psikososial untuk memudahkan dalam menentukan intervensi diantaranya :

- (a) Respon anak terhadap kecemasan
- (b) Respon anak terhadap kehilangan kendali
- (c) Respon anak terhadap trauma fisik dan nyeri
- (d) Mekanisme koping anak pada hospitalisasi
- (e) Reaksi dan mekanisme koping keluarga terhadap hospitalisasi anak.

b. Analisa Data

Analisa adalah menghubungkan data yang diperoleh dengan konsep, teori, prinsip, asuhan keperawatan yang relevan dengan kondisi klien. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokkan data, membandingkan data, menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah. (Nursalam, 2008).

Pada Bronkopneumonia dapat ditemukan diagnosa keperawatan menurut (Huda dan Kusuma, 2015) :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi lendir di jalan nafas, inflamasi trakeabronkial, nyeri pleuritik, penurunan energi.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi saluran pernafasan.
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

- d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, mual dan muntah, aspirasi akibat peningkatan produksi mucus dan sesak.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, batuk berlebihan dan dispnea.
- f. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit dalam serum (diare).

2.3.3 Perencanaan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Setiadi,2012).

Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan.

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi lendir di jalan nafas, inflamasi trakeabronchial, nyeri pleuritik, penurunan energi, kelemahan.
 - 1) Tujuan : Bersihan jalan nafas menjadi efektif.

- 2) Kriteria hasil : Pasien menunjukkan perilaku mencapai bersihan jalan nafas dan Pasien menunjukkan jalan nafas dengan bunyi nafas bersih, tidak ada dispnea dan sianosis.
- 3) Rencana tindakan :

Tabel 2.4
Perencanaan

| INTERVENSI | RASIONAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kaji atau pantau pernafasan klien. | 1. Mengetahui frekuensi pernafasan klien sebagai indikasi dasar gangguan pernafasan. |
| 2. Auskultasi bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing) | 2. Adanya bunyi nafas tambahan yang menandakan gangguan pernafasan. |
| 3. Berikan posisi yang nyaman misalnya posisi semi fowler. | 3. Posisi semi fowler memungkinkan ekspansi paru lebih maksimal. |
| 4. Terapi inhalasi dan latihan nafas dalam dan batuk efektif. | 4. Nafas dalam memudahkan ekspirasi maksimum paru-paru. |
| 5. Memberikan cairan per oral/IV sesuai usia anak, tawarkan air hangat daripada dingin. | 5. Cairan khususnya yang hangat memobilisasi serta mengeluarkan lendir. |
| 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pengisapan lendir sesuai indikasi. | 6. Merangsang batuk serta membersihkan jalan nafas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan pernafasan karena batuk tidak efektif atau penurunan kesadaran. |

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi saluran pencernaan.

- 1) Tujuan : Pertukaran gas tidak terganggu.
- 2) Kriteria hasil : Pasien akan menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan dengan GDA dalam rentang normal dan tidak ada gejala distress pernafasan.

3) Rencana tindakan :

Tabel 2.5
Perencanaan

| INTERVENSI | RASIONAL |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Monitor/kaji tanda-tanda vital, kesulitan bernafas. | 1. Data dasar untuk pengkajian lebih lanjut. |
| 2. Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku, catat adanya sianosis. | 2. Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam/menggigil namun sianosis daun telinga, membran mukosa, dan kulit sekitar mulut menunjukkan hipoksemia sistemik. |
| 3. Kaji status mental | 3. Gelisah, mudah terangsang, bingung dan samnolen dapat menunjukkan hipoksemia/penurunan oksigenasi serebral. |
| 4. Tinggikan kepala dan sering mengubah posisi, nafas dalam dan batuk efektif. | 4. Tindakan ini meningkatkan inspirasi maksimal, meningkatkan pengeluaran sekret untuk memperbaiki ventilasi. |
| 5. Pertahankan istirahat tidur | 5. Mencegah kelelahan dan menurunkan kebutuhan oksigen untuk kemudahan perbaikan infeksi. |

c. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

- 1) Tujuan : Suhu klien kurang dari 38°C.
- 2) Kriteria hasil : Pasien tidak memperlihatkan tanda peningkatan suhu tubuh.
- 3) Rencana tindakan :

Tabel 2.6.
Perencanaan

| INTERVENSI | RASIONAL |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Pantau suhu pasien (perhatikan menggigil/diaforesis) | 1. Suhu 38,9-41,10 ⁰ C menunjukkan proses penyakit, infeksius akut. Pola demam dapat membantu diagnosis. |
| 2. Pantau suhu lingkungan, batasi aktivitas. | 2. Suhu ruangan di ubah untuk mempertahankan suhu mendekati normal. |
| 3. Berikan kompres hangat | 3. Dapat membantu mengurangi demam. penggunaan air dingin/es kemungkinan menyebabkan peningkatan suhu secara aktual. |

| | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Berikan antipiretik misalnya paracetamol | 4. mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus, parasetamol baik untuk anak karena paracetamol memiliki efek yang minimal terutama bagi anak. |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, mual dan muntah, aspirasi akibat peningkatan produksi mucus dan sesak.

- 1) Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi.
- 2) Kriteria hasil : Pasien menunjukkan peningkatan nutrisi dan mempertahankan berat badan.
- 3) Rencana tindakan :

Tabel 2.7.
Perencanaan

| INTERVENSI | RASIONAL |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Identifikasi faktor yang menyebabkan kesulitan menelan (nyeri). | 1. Pilihan intervensi tergantung pada penyebaran masalah. |
| 2. Auskultasi bunyi usus, observasi/palpasi distensi abdomen. | 2. Bunyi usus mungkin menurun/tak ada bila proses infeksi berat/memanjang. |
| 3. Berikan makan porsi kecil tapi sering (pemberian nutrisi melalui NGT). | 3. Tindakan ini dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk kembali. |
| 4. Timbang berat badan setiap hari. | 4. Peningkatan berat badan secara bertahap menandakan adanya perbaikan status nutrisi pasien. |

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, batuk berlebihan dan dispnea.

- 1) Tujuan : Tidak ada gangguan dalam aktivitas.
- 2) Kriteria hasil : Melaporkan/menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas yang dapat diukur dengan tak adanya dispnea, kelemahan berlebihan dan TTV dalam rentang normal.
- 3) Rencana tindakan :

Table 2.8.
Perencanaan

| INTERVENSI | RASIONAL |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Monitor keterbatasan aktifitas, kelemahan saat beraktifitas. | 1. Merencanakan intervensi yang tepat. |
| 2. Bantu klien, dalam melakukan aktifitas. | 2. ADL dapat terpenuhi |
| 3. Bantu klien perawatan diri yang diperlukan. | 3. Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. |
| 4. Lakukan istirahat yang adekuat setelah beraktifitas. | 4. Membantu mengembalikan energi. |
| 5. Berikan diet yang adekuat dengan kolaborasi ahli gizi. | 5. Metabolisme membutuhkan energi. |

f. Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan evaporasi tubuh, kurangnya intake cairan.

- 1) Tujuan : Kebutuhan cairan terpenuhi.
- 2) Kriteria hasil : Cairan seimbang yang di tandai dengan turgor kulit normal, urine output sesuai, membran mukosa lembab, dan berat badan dapat dipertahankan.

3) Rencana tindakan :

Tabel 2.9.
Perencanaan

| INTERVENSI | RASIONAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kaji perubahan tanda-tanda vital. | 1. Peningkatan suhu tubuh /demam meningkatkan laju metabolik dan kehilangan cairan melalui evaporasi. |
| 2. Pantau masukan dan keluaran, catat warna karakter urin, hitung keseimbangan cairan, waspadai kehilangan yang tak tampak. | 2. Memberikan informasi tentang keadekuatan volume cairan dan kebutuhan penggantian. |
| 3. Pertahankan pemasukan cairan yang adekuat | 3. Pada anak volume cairan adalah 20-25% dari berat badan anak. |
| 4. Beri obat sesuai indikasi misalnya antipiretik | 4. Berguna menurunkan kehilangan cairan serta peningkatan suhu tubuh. |
| 5. Berikan cairan IV sesuai keperluan. | 5. Pada adanya penurunan masukan/banyaknya kehilangan kegunaan parental dapat memperbaiki/mencegah kekurangan. |

2.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Siatava, Rizema Putra 2012). Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan, yakni sebagai berikut :

- a. Persiapan. Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi hasil yang teridentifikasi pada tahap perencanaan.
- b. Intervensi. Fokus tahap pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan

keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interdependen.

- c. Dokumentasi. Pelaksanaan tindakan keperawatan harus di ikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2008).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut : (Nikmatur Rohmah, Saiful Walid, 2012).

- a. S : Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- b. O : Data Objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interprestasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d. P : *Planning*

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan, rencana tindakan yang baru/sebelumnya tidak ada dapat ditentukan bila timbul masalah baru atau rencana tindakan yang sudah tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada.

e. I : Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

f. E : Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R : *Reassessment*

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.