

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMI
DI RUANG KALIMAYA ATAS
RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya keperawatan (A.Md.kep) Pada Prodi DIII keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

AGUNG SASONGKO JATI

AKX.15005



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

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Agung Sasongko Jati

NPM : AKX.15005

Program studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan keperawatan Pada Klien Bronkopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Hipertermi di RSUD dr. Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil pelagiat/ jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan lain kecuali arahan 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, April 2018

Yang membuat pernyataan



Agung Sasongko Jati

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN BRONKOPNEUMONIA

DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMI

DI RSUD DR. SLAMET GARUT

AGUNG SASONGKO JATI

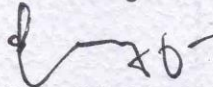
AKX.15005

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 22 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing ketua



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIK : 10107064

Pembimbing Pendamping



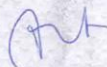
Irfan Safarudin A S.Kep., Ners

NIK : 10114152

Mengetahui

Prodi DIII keperawatan

Ketua,



Hj. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA

DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMI

DI RUANG KALIMAYA ATAS

RSUD DR.SLAMET GARUT

Oleh :

AGUNG SASONGKO JATI

AKX.15005

Telah diuji

Pada tanggal, 25 April 2018

Panitia Penguji

Ketua :
Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep

Anggota :

1. Angga Satria P, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji I)
2. Hj.Sri Sulami,S.Kep.,MM
(Penguji II)
3. Irfan Safarudin A S.kep.,Ners
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua ,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIK : 10107064

ABSTRAK

Latar Belakang : Di Indonesia *bronkopneumonia* merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah karidovaskuler dan TBC. Rata-rata klien *bronkopneumonia* mengeluh demam tinggi. Hal ini menyebabkan adanya masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi). Tujuannya ialah melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan pendekatan proses keperawatan pada anak *bronchopneumonia*. Maka dari itu penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronchopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) Di Ruang Kalimaya Atas Rsud Dr. Slamet Garut Tahun 2018**"

Metode: Studi kasus, untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Pengumpulan data yang digunakan diantaranya wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Urutan analisis data meliputi pengumpulan data, mereduksi data, penyajian data, serta kesimpulan. Etik yang mendasari penyusunan studi kasus ini terdiri dari *informconsent, anonimty, confidentiality* **Hasil** Setelah dilakukan asuhan keperawatan untuk penanganan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) dengan memberikan intervensi keperawatan *tepid sponge* untuk menurunkan suhu tubuh masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) pada kasus kedua klien dapat teratasi setelah dua hari pemberian intervensi **Diskusi:** klien dengan masalah peningkatan suhu tubuh (hipertermi) tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien *bronkopneumonia*. Hal ini dipengaruhi kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komperhensif untuk menangani masalah keperwatan pada setiap pasien. Didapatkan klien 1 suhu tubuh awal 38,8°C menurun menjadi 36,7°C, klien tampak tenang. serta klien 2 suhu tubuh awal 39°C menurun menjadi 36,6°C sehingga pada kedua klien masalah dapa teratasi.

Keyword: *Bronkopneumonia, Peningkatan suhu tubuh (hipertermi), asuhan keperawatan*

Daftar pustaka : 7 buku (2009-2016), 2 jurnal (2016), 4 *website*.

ABSTRACT

Background : In Indonesia *bronchopneumonia* is the third leading cause of death after cardiovascular and tuberculosis. On average, *bronchopneumonia* clients complain of high fever. This causes a nursing problem to increase body temperature (*hypertermies*). So the goal is to implement nursing care comprehensively with the approach of the nursing process in children with *bronchopneumonia*. Therefore the authors are interested in making a Scientific Writing with the title "**Nursing Care in Children Bronchopneumonia With Nursing Problems Increased body temperature (hypertermies) in Kalimaya Room Above Rsud Dr. Slamet Garut in 2018**" **Method:** Case study, to explore a problem / phenomenon with detailed boundaries, have in-depth data collection and include various sources of information. Data collection used included interviews, observation, physical examination, and documentation studies. The sequence of data analysis includes data collection, data reduction, data presentation, and conclusions. The ethics that underlie the preparation of this case study consist of *informconsent, anonynty, confidentiality*. **Results** After nursing care was carried out for handling body temperature (*hypertermies*) by providing *tepid sponge* nursing interventions to reduce body temperature, nursing problems increased body temperature (*hypertermies*) in the case of both clients resolved after two days of giving intervention **Discussion:** clients with problems with increased body temperature (*hypertermia*) do not always have the same response in each *bronchopneumonia* patient. This is influenced by the condition or health status of the previous client. So the nurse must carry out comprehensive care to deal with the issue of nursing in each patient. Obtaining client 1 initial body temperature of 38.8oC decreased to 36.7oC, the client seemed calm. and client 2 initial body temperature of 39oC decreased to 36.6oC so that both clients' problems could be interpreted.

Keyword: *Bronchopneumonia, Increased body temperature (hypertermia), nursing care*

Bibliography: 7 books (2009-2016), 2 journals (2016), 4 *websites*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul : “ *Asuhan Keperawatan Pada anak Bronkopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Hipertermi Di Rsud Dr. Slamet Garut Tahun 2018*” 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 Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Stikes Bhakti Kencana Bandung dan selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi yang sangat berharga selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini..
3. Tuti Suprapti S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana Bandung.
4. Irfan Safarudin A S.Kep.,Ners, selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah.

5. dr. H Maskut Farid MM, selaku Direktur Utama RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
6. Santy Rindiany S.Kep.,Ners, selaku CI Kalimaya Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan, dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
7. Ayahanda Sulamto dan Ibunda Sri susilowati terima kasih atas do'a yang tiada henti, serta motivasi yang sangat positif sehingga penulis merasa mendapat kekuatan untuk menjalani segala hal, termasuk dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Semoga Allah SWT senantiasa membalas seluruh jasa baik, cinta kasih dan ketulusan bapak/ ibu/ saudara berikan kepada penulis. Penulis menyadari bahwa penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan dan dengan senang hati penulis menerima untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini. Dan semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pribadi penulis sendiri serta untuk pengembangan ilmu keperawatan yang akan datang.

Bandung, April 2018

Agung Sasongko Jati

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pernyataan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Abstrak	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar Bagan	xi
Daftar lampiran.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	6
D. Manfaat	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Penyakit	9
1. Bronkopneumonia	9
a. Definisi	9
b. Anatomi dan Fisiologi Sistem pernapasan	10
c. Etiologi bronkopneumonia.....	19
d. Patofisiologi bronkopneumonia	19
e. Pathway	21
f. Manifestasi klinis bronkopneumonia	22
g. Penatalaksanaan bronkopneumonia	22
h. Pemeriksaan penunjang	23
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	24

1. Pengkajian	24
2. Analisa Data.....	39
3. Diagnosa Keperawatan.....	40
4. Perencanaan	41
5. Pelaksanaan	48
6. Evaluasi	49
C. Konsep masalah keperawatan hipertermi	
1. Pengertian	51
2. Penatalaksanaan	51
3. Tujuan.....	52
4. Indikasi dan kontraindikasi.....	52
BAB III METODE PENULISAN KTI	
A. Desain Penelitian	53
B. Batasan Istilah	53
C. Partisipan/Responden/Subjek/Penelitian	54
D. Lokasi dan waktu penelitian	54
E. Pengumpulan Data	54
F. Uji Keabsahan Data	56
G. Analisa Data	57
H. Etik Penelitian	59
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	60
B. Pembahasan	80
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	88
B. Saran	90

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi pernapasan	10
Gambar 2.2 Anatomi faring	11
Gambar 2.3 Anatomi bronkus	13
Gambar 2.4 Anatomi Paru-paru	13

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 DDST	31
Tabel 2.2 Imunisasi	32
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional 1	41
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional 2	43
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional 3	45
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional 4	46
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional 5	47
Tabel 4.1 Pengkajian	60
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	61
Tabel 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari - hari	62
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Sistem)	63
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologi	66
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	67
Tabel 4.7 Therapy dan Rencana Pengobatan	68
Tabel 4.8 Analisa Data	68
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	70
Tabel 4.10 Perencanaan	73
Tabel 4.11 Implementasi	76
Tabel 4.12 Evaluasi.....	80

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Patway	21

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

Lampiran 4 SOP Tepid Sponge

Lampiran 5 Jurnal

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Bayi dan anak masih mempunyai kekebalan tubuh yang lemah, sehingga tidak heran jika anak sering sakit atau mengalami gangguan pada kesehatannya. Selain gangguan pencernaan pada anak, gangguan pernapasan juga sering terjadi pada anak. Gangguan pernapasan adalah kondisi terhambat atau terganggunya aktifitas respirasi seseorang. Gangguan ini tidak dapat disepelekan begitu saja. Salah satunya karena gangguan pernapasan diklaim sebagai penyebab kematian no. 4 di Indonesia. Pada anak, sering dijumpai berbagai macam kasus gangguan pernapasan seperti contoh ISPA , bronkitis Asma, serta *Bronkopneumonia* (Nurarif, 2015).

Bronkopneumonia adalah penyebaran berbercak, teratur dalam satu atau lebih area terlokalisasi di dalam bronchi dan meluas ke parenkim paru yang di sebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan benda asing dengan gejala panas tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dang dangkal, muntah, diare, batuk kering dan produktif (Nurarif, 2015).

Bronchopneumonia merupakan penyakit infeksi yang banyak menyerang bayi dan anak balita bahkan orang dewasa sekalipun. Menurut laporan WHO 2014, sekitar 850.000 hingga 1,5 juta orang meninggal dunia tiap tahun akibat bronkopneumonia. Bahkan UNICEF dan WHO menyebutkan *bronkopneumonia*

sebagai penyebab kematian anak balita tertinggi, melebihi penyakit-penyakit lain seperti campak, malaria, serta AIDS.

Di Indonesia, *bronkopneumonia* merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah kardiovaskuler dan TBC. Faktor sosial ekonomi yang rendah mempertinggi angka kematian. Kejadian *Bronchopneumonia* pada anak di Indonesia berkisar antara 23% – 27,71% /tahun. Selama kurun waktu tersebut cakupan penemuan *bronkopneumonia* tidak pernah mencapai target nasional termasuk target 2014 yang sebesar 80% (Risikesdas. 2013).

Data yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, presentase penemuan dan penanganan jumlah penderita *Bronchopneumonia* di Jawa Barat pada balita tahun 2016 sebesar 103,32 % dengan jumlah 169,791. Catatan *Medical Record* RSUD dr. Slamet Garut periode Januari sampai dengan Desember 2017 didapatkan 10 besar penyakit di ruang rawat inap RSUD dr. Slamet Garut, kasus *Bronchopneumonia* termasuk kedalam 10 besar penyakit tersebut.

Berdasarkan data rekam medik RSUD dr. Slamet Garut periode Januari sampai dengan desember 2017 didapatkan 10 besar di Rawat Inap dengan hasil, Penyakit thalasemia dengan jumlah pasien 1828 (14,00%), CHF dengan jumlah pasien 1772 (13,56%), Axfhisia dengan jumlah pasien 1691 (12,95%), BHP (*bronkopneumonia*) dengan jumlah pasien 1317 (10,09%), Diare dengan jumlah pasien 1313 (10,05%), TB paru dengan jumlah pasien 1141 (8,74%), Stroke infark 1128 (8,64%), Thyloid dengan jumlah pasien 996 (7,63%), BBLR dengan jumlah

pasien 937 (7,17%), anemia dengan jumlah pasien 929 (7,11%). Berdasarkan data rekam medik yang diperoleh, maka angka kejadian *Bronchopneumonia* di RSUD dr. Slamet Garut mencapai peringkat ke-4 dengan jumlah pasien 1317 (10,09%) dalam sepuluh besar penyakit di RSUD dr. Slamet Garut dalam kurun waktu 1 tahun terakhir.

Selain itu penderita *bronkopneumonia* mempunyai keluhan antara lain, demam tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dang dangkal, muntah, diare, batuk kering dan produktif. Keluhan utama dari klien *bronkopneumonia* yaitu demam tinggi, demam ini diakibatkan oleh infeksi yang disebabkan oleh virus dan bakteri. Hal ini dapat mengganggu kenyamanan penderita. Demam sendiri bisa diatasi dengan cara pemberian farmakologi dan non farmakologi. Farmakologi yaitu dengan cara pemberian obat-obatan antipiretik oral maupun intravena untuk menurunkan suhu tubuh sedangkan cara non farmakologi antarlain memberikan minuman yang banyak, ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal, menggunakan pakain tipis. Dan memberikan kompres hangat ataupun kompres *tepid sponge* (Dewi, 2016)

Kompres *tepid sponge* merupakan sebuah tehnik kompres hangat yang menggabungkan tehnik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan tehnik seka. Pemberian *tepid sponge* memungkinkan aliran udara lembab membantu pelepasan panas tubuh dengan cara konveksi. Suhu tubuh lebih hangat daripada suhu udara atau suhu air memungkinkan panas akan pindah ke molekul-molekul udara melalui kontak langsung dengan permukaan kulit. Pemberian tepid

sponge ini dilakukan dengan cara menyeka seluruh tubuh klien dengan air hangat dengan menggunakan washlap lembab hangat selama 15 menit. (Dewi, 2016)

Menurut jurnal penelitian berjudul “Perbedaan penurunan suhu tubuh antara pemberian kompres air hangat dengan tepid sponge pada anak demam” *Tepid sponge* efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam dan juga membantu dalam mengurangi rasa sakit atau ketidaknyamanan dibandingkan dengan kompres hangat. Hal ini disebabkan adanya seka tubuh pada tepid sponge yang akan mempercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer diseluruh tubuh sehingga evaporasi panas dari kulit kelingkungan sekitar akan lebih cepat dibandingkan hasil yang diberikan oleh kompres hangat yang hanya mengandalkan dari stimulasi hipotalamus (Dewi, 2016)

Menurut jurnal penelitian berjudul “Perbandingan efektifitas pemberian kompres hangat dan *tepid sponge* terhadap penurunan suhu tubuh anak yang mengalami demam di ruang alamanda RSUD dr.H.Abdul moeloek provinsi lampung tahun 2015” Hasil penelitian di ruang perawatan anak menunjukkan bahwa pemberian antipiretik yang disertai *tepid sponge* mengalami penurunan suhu tubuh yang lebih besar jika dibandingkan dengan pemberian antipiretik saja. Sehingga hasil penelitian ini dapat dijadikan standar operasional prosedur dalam menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam secara non farmakologis (Wardiyah, 2016).

Peran perawat dalam melakukan penanganan demam secara non farmakologi sangat dimungkinkan karena sangat efektif dalam menurunkan demam serta tidak menimbulkan efek samping. Disamping itu peran perawat sangat dominan dalam pemberian asuhan keperawatan dengan memperhatikan kebutuhan dasar klien melalui kompres *tepid sponge* yang dilakukan sebagai bagian dari personal hygiene sehingga memberikan kenyamanan dan kebersihan diri bagi klien terutama peran perawat untuk melakukan asuhan keperawatan dalam menurunkan suhu tubuh yang tinggi dan apabila tidak dilakukan akan muncul dampak yang lebih serius seperti kejang, terlebih dapat menjadi penurunan kesadaran.

Maka dari itu berdasarkan data yang menunjukkan tingginya penderita bronkopneumonia, masalah yang dapat timbul dan pentingnya peran perawat dalam melakukan kompres tepi spon, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronchopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermi) Di Ruang Kalimaya Atas RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2018*".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas maka rumusannya adalah "Bagaimana Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulis mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan pendekatan proses keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet garut tahun 2018.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.
- e. Melakukan evaluasi pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.

- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Studi kasus Komprehensif ini diharapkan mampu memberikan pengetahuan tentang cara bagaimana menurunkan suhu tubuh pada anak yang dapat beresiko bila tidak segera ditangani dengan melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang asuhan keperawatan pada klien *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

- b. Bagi Rumah Sakit

Mahasiswa dapat mempraktikkan teori yang didapat dari Institusi pendidikan ke Rumah Sakit dan dapat menimba ilmu yang tidak didapatkan dalam teori secara langsung sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang ada.

- c. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa program studi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan komprehensif kepada

klien *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

d. Klien

Diharapkan klien dan keluarga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan penyakit *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

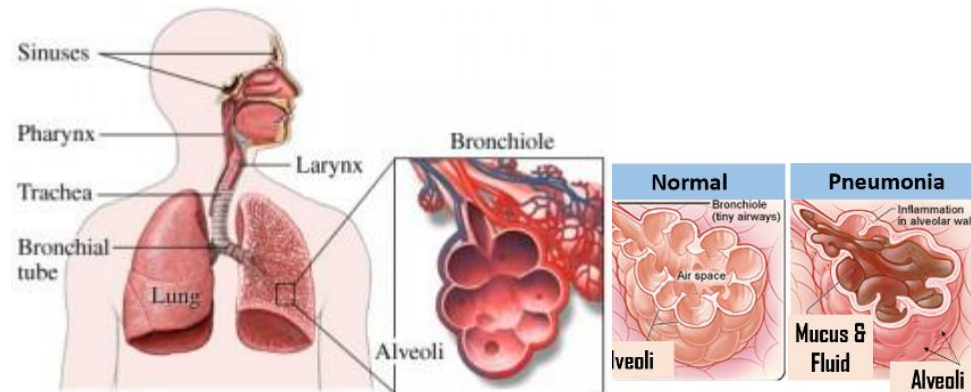
I. Definisi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui saluran pernafasan atau melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Riyadi,2013)

Peradangan pada perankim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing yang ditandai dengan gejala panas tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dan dangkal, muntah, diare, batuk kering dan produktif merupakan pengertian dari *bronkopneumonia* (Hidayat, 2012).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat di simpulkan *bronchopneumonia* adalah radang paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru-paru yang ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrat yang di sebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan benda asing dengan gejala panas tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dang dangkal, muntah, diare, batuk kering dan produktif.

II. Anatomi & Fisiologi pernafasan



Gambar 2.1

Gambaran paru-paru dan aveoli penderita pneumonia
(Atika,2015)

Pernapasan atau respirasi adalah mekanisme yang terjadi ketika tubuh kekurangan oksigen dan kemudian menghirup (inspirasi) oksigen yang ada diluar melalui organ-organ pernafasan. Pada keadaan tertentu, bila tubuh kelebihan karbondioksida, maka tubuh berusaha untuk mengeluarkannya dari dalam tubuh dengan cara menghembuskan napas (ekspirasi) sehingga terjadi suatu keseimbangan antara oksigen dan karbondioksida dalam tubuh. Berikut organ-organ dalam sistem pernafasan manusia (Ardiyansyah, 2012).

1. Hidung

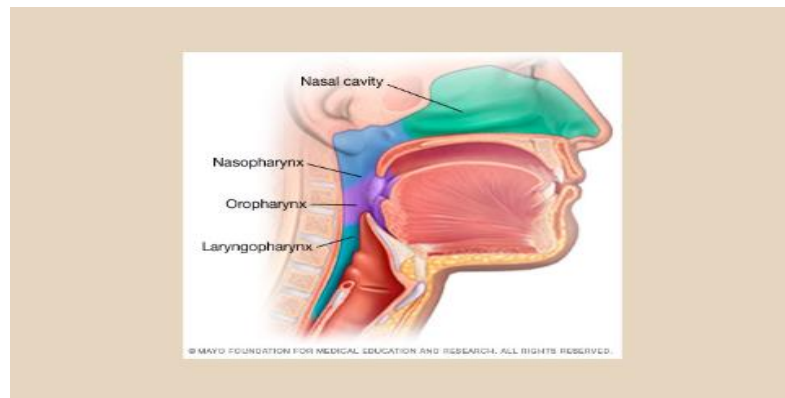
Hidung berfungsi sebagai alat pernafasan dan indra penciuman. Vestibulum (rongga) hidung berisi serabut-serabut halus epitel yang

berfungsi untuk mencegah masuknya benda-benda asing yang mengganggu proses pernapasan (Ardiyansyah, 2012). Bagian-bagian hidung terdiri atas:

- a) Batang hidung
- b) Dinding depan hidung
- c) Septum nasi (sekat hidung), dan
- d) Dinding lateral rongga hidung

2. Faring

Faring terdiri atas tiga bagian, yaitu nasofaring, orofaring, dan laringo faring.



Gambar 2.2

Anatomi laring

Sumber: (<https://dosenbiologi.com/manusia/laring> diakses tanggal 18 april 2018)

a) Nasofaring

Bagian faring ini terdapat di dorsal kavum nasi dan terhubung dengan kavum nasi melalui konka dinding lateral yang dibentuk oleh M. Tensor platini, M. Levator villi platini (membentuk *platum mole*), serta M. Konstruktur faringis superior.

b) Orofaring

Orofaring terletak dibelakang cavum oris dan terbentang dari platum mole sampai ke tepi atas epiglottis. Orofaring mempunyai atap, dasar, dinding anterior, dinding posterior, dan dinding lateral. Orofaring mempunyai dua cabang, yakni ventral dengan kavum oris dan kaudal terhadap radiks lingua.

c) Laringo faring

Bagian ini terhubung dengan laring melalui mulut, yaitu melalui saluran auditus laringeus. Dinding depan laringo faring memiliki plika laringisi epiglotika.

3. Laring

Laring atau pangkal tenggorokan merupakan jalinan tulang rawan yang dilengkapi dengan otot, membran jaringan ikat, dan ligamentum. Bagian atas laring membentuk tepi epiglottis. Rangka laring terdiri atas beberapa bagian, yakni kartilago tiroidea, kartilago krioidea, kartilago aritenoidea, dan kartilago epiglotika (Ardiyansyah, 2012).

4. Bronkus (Cabang tenggorokan)

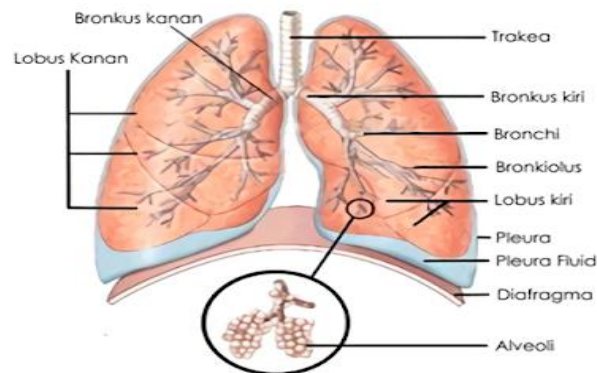


Gambar 2.3

Sumber: (Nisa,2015)

Bronkus mempunyai struktur yang sama dengan trakea dan terletak mengarah ke paru-paru. Bronkus terdiri atas bronkus prinsipalis dekstra dan bronkus prinsipalis sinistra (Ardiyansyah, 2012).

5. Paru-paru



Gambar 2.4

Anatomi paru-paru
Sumber: (Nisa,2015)

Paru-paru adalah salah satu organ paling penting dalam sistem pernapasan. Organ ini berada dalam kantong yang dibentuk oleh pleura perietalis dan pleura viseralis. Kedua paru-paru ini sangat lunak, elastis, sifatnya ringan dan terapung dalam air, serta berada dalam rongga thoraks.

Paru-paru berwarna biru keabu-abuan dan berintik-bintik karena adanya partikel-partikel debu yang masuk dan dimakan oleh fagosit. Hal ini terlihat nyata pada paru-paru pekerja tambang. Paru-paru terletak disamping mediastinum dan melekat pada perantaraan radiks pulmonalis, di mana anatara paru yang satu dan yang lainnya dipisahkan oleh jantung, pembuluh darah besar, dan struktur-struktur lain dalam mediastinum.

Paru terbagi dalam dua segmen, yakni kanan dan kiri. Paru-paru kkanan terdiri dari tiga lobus, yaitu lobus superior, medius, dan inferior. Paru-paru kiri terdiri dari dua lobus, yaitu superior dan inferior. Berikut penjelasan lebih lanjut mengenai bagian-bagian dari organ paru-paru tersebut (Ardiyansyah, 2012).

a) Apeks pulmo

Berbentuk bundar menonjol ke arah dasar yang melebar melewati apartura oralis superior, letaknya sekitar 2,5-4 cm diatas ujung iga pertama.

b) Basis pulmo

Paru-paru kanan dan bagian yang berada diatas permukaan cembung diafragma akan lebih menonjol keatas daripada paru-paru bagian kiri. Oleh karena itu, basis paru kanan lebih banyak berkontak dengan organ-organ lain daripada paru-paru kiri.

c) Insisura atau fisura

Dengan adanya fisura atau takik yang ada pada permukannya, paru-paru dapat dibagi menjadi beberapa lobus. Letak insura dan lobus dapat digunakan untuk menentukan diagnosis. Pada paru-paru kiri terdapat insisura obliquus. Insisura ini membagi paru-paru kiri atas menjadi dua lobus, yaitu lobus superior, yakni bagian paru-paru yang terletak di atas dan depan insisura, dan lobus anterior, yakni bagian paru-paru yang terletak di belakang dan bawah insisura.

Paru-paru kanan memiliki dua insisura yaitu insisura obliquus dan insisura interlobularis sekunder. Insisura obliquus (interlobularis primer) merentang mulai dari daerah atas dan ke belakang sampai ke hilus setinggi vertebra torakalis yang ke-4, kemudian terus ke bawah dan ke depan searah dengan iga ke-6 sampai lini aksilaris media ke ruang interkosta ke-6, memotong margo inferior setinggi artikulasi iga ke-6 dan kembali ke hilus. Sementara, insisura interlobularis sekunder dimulai dari insisura obliquus pada aksilaris media, kemudian terentang secara horizontal hingga memotong margo anterior pada artikulasi kosta kondralis keenam dan terus ke hilus. Insisura obliquus memisahkan antara lobus medius dari lobus superior.

d) Pleura

Pleura adalah suatu membran serosa (*serous membrane*) yang halus dan membentuk suatu kantong tempat dimana terdapat dua paru, yaitu kiri dan kanan, yang tidak saling bersentuhan. Pleura mempunyai dua lapisan, yaitu permukaan parietalis dan permukaan viseralis .

Lapisan permukaan disebut pleura parietalis yang langsung berhubungan dengan paru-paru dan memisahkan lobus-lobus dari paru-paru. Lapisan dalam yang sering disebut pleura viseralis ini berhubungan dengan faiaendotorasika dan merupakan permukaan dalam dari dinding toraks (Ardiyansyah, 2012). Sesuai dengan letaknya, pleura perietalis memiliki empat bagian sebagai berikut:

- (1) pleura kostalis, yaitu bagian pleura yang menghadap ke permukaan lengkung kosta.
- (2) Pleura servikalis, yaitu bagian pleura yang melewati apartura torasis superior, memiliki dasar lebar, berbentuk seperti kubah dan diperkuat oleh membran suprapleura.
- (3) Pleura diafragmatik, yaitu bagian pleura yang berada diatas diafragma
- (4) Diafragma medisastinalis, yakni bagian pleura yang meliputi permukaan lateral mediastinum serta susunan yang terletak di dalamnya.

e) Sinus pleura

Tidak seluruh kantong yang dibentuk oleh lapisan pleura diisi secara sempurna oleh paru-paru, baik ke arah bawah maupun depan. Kavum pleura hanya dibentuk oleh lapisan pleura parietalis, sehingga rongga ini disebut sinus pleura (recessus pleura). Pada waktu inspirasi, bagian paru-paru ini akan memasuki sinus. Sebaliknya, pada waktu ekspirasi, bagian ini akan ditarik kembali dari rongga tersebut (Muhammad ardiyansyah,2012). Sinus pleura terdiri atas dua bagian, yaitu:

- (1) Sinus kostamediastinal, yang terbentuk pada pertemuan pleura mediastinalis dengan pleura kostalis. Pada waktu inspirasi, sinus ini hampir semua terisi oleh paru paru.
- (2) Sinus frenikokostalis, yang terbentuk pada pertemuan pleura diafragmatika dengan pleura kostalis. Pada inspirasi yang sangat dalam, bagian ini belum dapat diisi akibat pengembangan paru-paru.

f) Ligamentum pulmonale

Radiks pulminalis bagian depan, atas, dan belakang ditutupi oleh pertemuan pleura paretalis dan pleura viseralis. Bagian bawah radiks yang berasal dari depan dan belakang bergabung membentuk lipatan yang disebut ligamentum pulmonale. Ligamentum ini terdapat diantara diantara diantara bagian bawah fasies mediastinal dan perikardium, kemudian berakhir pada tepi yang bulat (Ardiyansyah, 2012).

g) Pembuluh limfe

Didalam paru-paru, terdapat dua pasang pembuluh limfe yang saling berhubungan. Bagian superfisial pembuluh limfe yang terletak dalam pleura ini berukuran relatif lebih besar dan membatasi lobus dipermukaan paru. Pembuluh limfe tampak hitam karena pengisapan zat karbon, khususnya pada individu yang tinggal di perkotaan.

Pembuluh limfe yang lebih kecil membentuk jala-jala halus pada tepi lobulus. Pembuluh superfisial ini mengalir sepanjang tepi paru-paru menuju hilus. Bagian profunda atau pulmonal merentang berdampingan ke bronkus, sedangkan arteri pulmonalis dan bronki meluas hanya sampai ke duktus alviolaris bagian tepi. Semua cabang ini menuju kebagian pusat hilus dan bertemu dengan pembuluh limfe eferen superfisial. Nodus limfatikus juga banyak dijumpai di bagian hilus (Ardiyansyah, 2012).

h) Persarafan

Dalam jaringan paru-paru dijumpai serat-serat kecil, terutama di daerah hilus yang berkaitan dengan bronkus serta pembuluh besar. Serat-serat saraf yang berhubungan dengan percabangan ronkial membentuk pleksus pulmonalis yang tersusun dari cabang vagus (bronko konstruktor) dan cabang dari ganglia simpatis berjalan bersama dengan pembuluh pulmonalis dan sekelompok kecil sel saraf yang terdapat pada dinding bronkial (Ardiyansyah, 2012).

III. Etiologi bronkopneumonia

Penyakit bronkopneumonia biasanya disebabkan karena faktor, diantaranya adalah (Dewi, 2016). :

1. Bakteri (*Pneumokokus, Streptokokus, Stafilokokus, H.influenza, Klebsiela mycoplasma pneumonia*).
2. Virus (*virus adena, virus parainfluenza, virus influenza*).
3. Jamur/Fungi (*Histoplasma, Capsulatum, Koksidiodes*).
4. Protozoa (*Pneumokistis karinti*).
5. Bahan kimia (aspirasi makanan/susu/isi lambung), keracunan hidrokarbon (minyak tanah dan bensin) (Riyadi,2011).

IV. Patofisiologi bronkopneumonia

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual. Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatu proses peradangan yang meliputi empat stadium (Dewi, 2016) yaitu :

1. Stadium I (4-12 jam pertama/kongesti)

Disebut juga hipertermia, mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler ditempat infeksi.

2. Stadium II/ hepatitisasi (48 jam berikutnya)

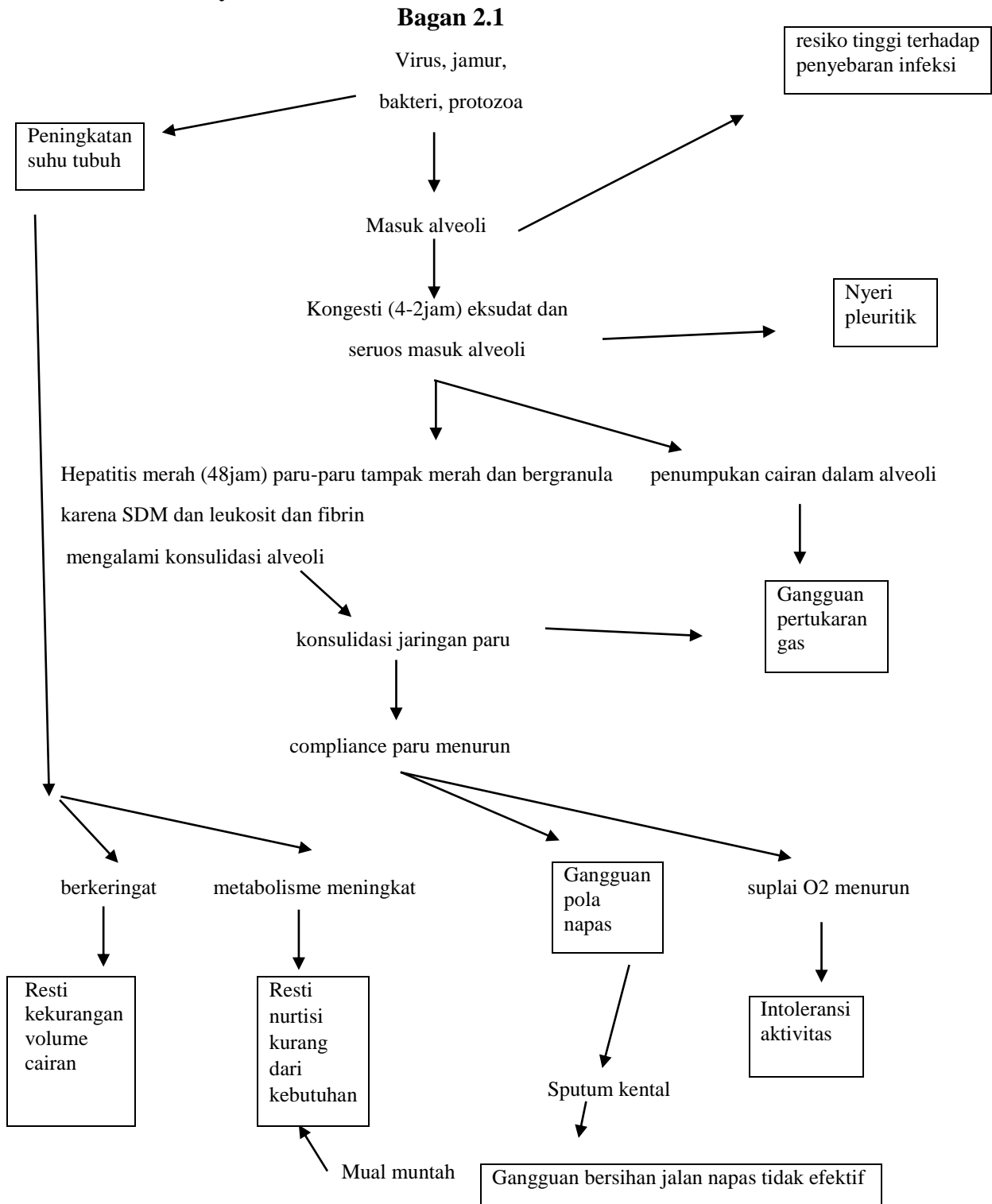
Disebut hepatitisasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (*host*) sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena menjadi padat oleh karena adanya penumpukan leukosit, eritrosit, dan cairan, sehingga warna paru menjadi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

3. Stadium III/ hepatitisasi kelabu (3-8 hari)

Disebut hepatitisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi diseluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai diresorpsi, lobus masih tetap padat karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti.

4. Stadium IV/ resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadinya demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual (Wijayaningsih, 2013).

V. Pathway



VI. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala bronkopneumonia adalah sebagai berikut (Dewi, 2016) :

1. Biasanya didahului infeksi traktus respiratoris atas.
2. Demam (39-40°C) kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi.
3. Anak sangat gelisan dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk.
4. Pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut.
5. Kadang-kadang disertai muntah dan diare.
6. Adanya bunyi tambahan pernapasan seperti ronchi dan wheezing.
7. Rasa lelah akibat reaksi peradangan hipoksia apabila infeksi serius.
8. Ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mukus yang menyebabkan atelektasis absorpsi. (Wijayaningsih, 2013).

VII. Penatalaksanaan bronkopneumonia

Penatalaksanaan bronkopneumonia adalah sebagai berikut (Dewi, 2016) :

1. Penatalaksanaan keperawatan

Sering kali pasien bronkopneumonia datang sudah dalam keadaan payah, sangat *dispneu*, pernapasan cuping hidung, sianosis dan gelisah.

Masalah yang perlu diperhatikan ialah:

- a. Menjaga kelancaran pernapasan.
- b. Kebutuhan istirahat.

- c. Kebutuhan nutrisi/ cairan.
 - d. Mengontrol suhu tubuh.
 - e. Mencegah komplikasi.
 - f. Kurangnya pengetahuan orangtua mengenai penyakit.
2. Penatalaksanaan medis

Pengobatan diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi. Akan tetapi, karena hal itu perlu waktu, dan pasien perlu terapi secepatnya maka biasanya yang diberikan :

- a. Umur 3bulan - 5tahun, bila toksis disebabkan oleh streptkokus. Pada umumnya tidak diketahui penyebabnya, maka secara praktis dipakai: kombinasi penisilin prokain 50.000-100.00kl/kg/24jam IM.
- b. Terapi oksigen jika pasien mengalami pertukaran gas yang tidak adekuat. Ventilasi mekanik mungkin diperlukan jika normal GDA tidak dapat dipertahankan. (Wijayaningsih, 2013).

VIII. Pemeriksaan penunjang bronkopneumonia

Pemeriksaan penunjang pada bronkopneumonia adalah sebagai berikut (Dewi Wulandari,2016):

1. Foto thoraks

Pada foto thoraks bronkopneumonia terdapat bercak-bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus.

2. Laboratorium

Leukositosis dapat mencapai 15.000-40.000/mm³ dengan pergeseran ke kiri.

3. GDA : Tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan peenyakit paru yang ada.
4. Analisa gas darag arteri bisa menunjukkan asidosis metabolik dengan atau retensi CO₂.
5. LED meningkat.
6. WBC (*White blood cell*) biasanya kurang dari 20.000 cells mm³.
7. Elektrolit: natrium dan klorida mungkin rendah.
8. Bilirubin mungkin meningkat.
9. Aspirasi perkutan/biopsi jaringan paru terbuka: menyatakan intranuklear tipikal dan keterlibatan sistplasmik (Padila, 2013).

B. Konsep asuhan keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan (Muttaqin, 2008).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan untuk tahap berikutnya.

Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat (Rohmah, 2009).

Kegiatan dalam pengkajian meliputi :

a) Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien (Rohmah, 2009). Macam Sumber Data:

1) Data Dasar

Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan klien, data ini meliputi : data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan.

2) Data Fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus bisa berupa pengungkapan klien ataupun pemeriksaan langsung oleh perawat.

3) Data Subjektif

Data subjektif merupakan ungkapan secara langsung mengenai keluhan-keluhan ataupun keluhan tidak langsung dari klien yang disampaikan kepada perawat.

4) Data Objektif

Data yang diperoleh perawat secara langsung melalui proses observasi dan pemeriksaan pada klien.

b) Identitas

1) Identitas Klien

Gambaran umum mengenai klien yang terdiri atas nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, bahasa, pekerjaan, pendidikan, status, alamat, diagnosa medis, nomor rekam medik, tanggal masuk dan tanggal pengkajian.

2) Identitas Penanggung Jawab

Diisi nama orang atau perusahaan dan alamat. Nama orang tua ditulis inisial dan alamat ditulis singkat. Hal ini menjelaskan mengenai siapa yang bertanggung jawab terhadap klien secara keseluruhan.

c) Riwayat Kesehatan

Riwayat adalah lebih dari sekedar informasi sederhana, namun dari riwayat kesehatan inilah kita dapat memperoleh informasi lebih banyak tetapi memerlukan waktu yang lama untuk mendapatkan riwayat kesehatan ini.

d) Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Merupakan keluhan atau gejala yang membuat klien meminta bantuan ataupun yang membawa klien ke rumah sakit. Biasanya ditulis singkat dan jelas, terdiri dari dua atau tiga kalimat (Rohmah, 2009).

2) Keluhan Utama Saat dikaji

Keluhan yang dikemukakan dari permulaan klien sampai dibawa ke rumah sakit dan masuk ke ruang perawatan, komponen ini terdiri dari PQRST, yaitu :

P : *Paliatif*, apa yang menyebabkan gejala? Apa yang bisa memperberat? Apa yang bisa mengurangi? Pada klien yang menderita *bronkopneumonia* mula-mula anak menderita demam. Demam biasanya bertambah apabila beraktivitas, kelelahan, kurang istirahat. Namun, demam akan berkurang apabila beristirahat, mendapat nutrisi yang tepat dan mengkonsumsi obat antipiretik.

Q : *Quality-quantity*, bagaimana gejala dirasakan? Sejauh mana dirasakan? Demam yang dirasakan biasanya lebih dari satu minggu yang bersifat remiten (hilang timbul).

R : *Region*, dimana gejala dirasakan? Apakah menyebar atau tidak? Demam dirasakan pada seluruh tubuh, terutama pada bagian dahi, aksila dan abdomen.

S : *Scale*, pada skala berapa tingkat kesakitan itu dirasakan?

T : *Time*, kapan gejala timbul? Seberapa sering gejala itu dirasakan? Demam biasanya terjadi pada sore hari, mulai meninggi pada malam hari dan akan menurun pada pagi hari.

e) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

1) PreNatal

Apakah ibu klien terdapat kelainan atau keluhan yang dapat memperberat keadaan ibu dan anak saat proses persalinan, serta jumlah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu klien.

2) IntraNatal

Proses persalinan ditolong oleh siapa, apakah persalinan secara normal atau memerlukan bantuan alat atau operasi dan bagaimana keadaan bayi saat dilahirkan (langsung menangis atau tidak).

3) PostNatal

Bagaimana keadaan saat setelah lahir, apakah mendapat ASI atau PASI sesuai kebutuhan serta bagaimana reflek menghisapnya.

f) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga (Rohmah, 2009).

g) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu diisi dengan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi. Selain itu juga diisi dengan riwayat obat

yang pernah dikonsumsi yang berhubungan dengan penyakit yang diderita (Rohmah, 2009).

h) Aktivitas Sehari-Hari

1) Makanan

Makanan yang disukai/tidak disukai apa saja makanan yang disukai dan tidak disukai klien. Pada saat apa klien mau makan kesukaannya. Biasanya klien menggunakan alat makan yang khusus atau tidak. Pola makan klien bagaimana dan jam berapa saja. Bagaimana pola minum klien, apakah klien mau makan sesukanya

2) Pola tidur

Bagaimana pola tidur klien dan berapa jam sehari. Bagaimana kebiasaan klien sebelum tidur, apakah klien perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur. Apakah klien suka tidur siang atau tidak dan berapa jam pada saat tidur siang.

3) Mandi

Berapa kali klien mandi sehari, sebelum dan selama dirawat di rumah sakit.

4) Aktifitas bermain

Bagaimana aktifitas bermain klien (didalam rumah/diluar rumah dan dengan siapa saja).

5) Eliminasi

Bagaimana pola eliminasi klien (Buang Air Besar / Buang Air Kecil berapa kali sehari) sebelum dan selama dirawat.

i) Pertumbuhan dan Perkembangan

1) Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik. Pertumbuhan fisik dapat dinilai dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan tanda-tanda seks sekunder. Pada bayi yang lahir cukup bulan akan menjadi 2 kali berat badan waktu lahir. Pada bayi umur 5 bulan. Berat badan bayi 0-6 bulan setiap minggunya berat badan akan bertambah 140-200 gr. Sedangkan panjangnya setiap bulannya bertambah $\pm 2,5$ cm/bln.

2) Perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan, sebagai dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistemnya yang terorganisasi.

Menilai perkembangan anak dapat menggunakan DDST (*Denver Development Screening Test*).

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 onkong-onkong	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 pada 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 menggamb r orang	Mampu bercerita dan bermakna	Mampu bermain bersama teman dan mengikuti urutan permainan

Sumber : (Unimas,2013).

j) Riwayat Imunisasi

Tanyakan tentang riwayat imunisasi dasar seperti BCG, DPT, polio, hepatitis, campak, maupun imunisasi ulangan (Alimul, 2009).

Tabel 2.2

Imunisasi

No	Vaksin	Keterangan
1	Hepatitis B	Hepatitis B diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dianjurkan pada usia 1 dan 3-5 bulan. Interval dosis minimal 4 minggu.
2	Polio	Polio diberikan pada saat kunjungan pertama.
3	BCG (<i>basillus calmette Guerin</i>)	Diberikan sejak lahir.
4	DPT (<i>diphtheria, pertussis, tetanus</i>)	DPT diberikan paling cepat usia 6 minggu.
5	HiB (<i>haemophilus influenza tipe b</i>)	HiB diberikan mulai usia 12 bulan dengan interval 2 bulan secara terpisah atau kombinasi.

6	PCV (<i>pneumokokus</i>)	Diberikan pada umur 2, 4, 6 bulan dan umur 1 tahun.
7	Rotavirus	Diberikan pada umur 2, 4 dan 6 bulan.
8	Influenza	Diberikan pada usia > 6 bulan, diulang setiap tahun. Pada anak usia < 9 tahun diberi 2 kali dengan interval minimal 4 minggu.
9	Campak	Campak-1 diberikan pada usia 9 bulan, sedangkan campak-2 (18 bulan) tidak perlu diberikan apabila sudah mendapatkan MMR.
10	MMR (<i>measles, mumps, rubella</i>)	Diberikan pada usia 15 bulan apabila telah mendapatkan vaksin campak pada usia 9 bulan, dengan interval minimal 6 bulan.
11	<i>Typhoid</i>	Diberikan pada usia ≥ 2 tahun, diulang setiap 3 tahun.
12	Hepatitis A	Diberikan pada usia ≥ 2 tahun sebanyak 2 kali dengan interval 6-12 bulan
13	Varisela	Diberikan setelah usia 12 bulan. Apabila diberikan pada usia > 13 tahun, pemberiannya 2 kali dengan interval minimal 4 minggu.
14	HPV (<i>human papiloma virus</i>)	Diberikan mulai usia 10 tahun sebanyak 3 kali dengan interval 0, 1, 6 bulan.
15	JE (<i>Japanese encephalitis</i>)	Diberikan mulai usia 12 bulan.
16	Dengue	Diberikan usia 9-16 tahun dengan interval 6 bulan.

Sumber : (Leilaniwanda,2017)

k) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan atau Penampilan Umum

Lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah dan rewel.

(a) Tingkat Kesadaran

Dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang dapat dipilih sesuai dengan keadaan klien. Secara kuantitatif

dapat dilakukan dengan pengukuran *Glasgow Coma Scale* (GCS), sedangkan secara kualitatif tingkat kesadaran dimulai dari kompos mentis, apatis, somnolen, sopor dan koma).

(b) Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital biasanya mencakup tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi. Pada anak usia 12-15 bulan Nadi 100-120x/menit, suhu 36,5-37,5°C dan respirasi 20-30x/menit. Namun pada anak penderita *bronkopneumonia* biasanya akan mengalami kenaikan suhu yang mencapai 39°-40°C serta respirasi lebih dari 30x/menit.

2) Pemeriksaan *Head to Toe*

(a) Kepala

Dikaji mengenai bentuk kepala, warna rambut, distribusi rambut, kaji kulit kepala berminyak atau tidak, adakah kerontokan atau tidak, adanya lesi atau tidak, ada hematoma atau tidak. Ada nyeri tekan atau tidak.

(b) Wajah

Kaji bentuk wajah simetris atau tidak, adakah nyeri tekan, adakah lesi atau benjolan. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada wajah.

(c) Mata

Kaji letak mata simetris atau tidak, pupil isokor atau tidak, reflek cahaya, konjungtiva anemis atau tidak, kaji sklera, pergerakan bola mata serta tes fungsi penglihatan.

(d) Telinga

Dikaji mengenai bentuknya simetris atau tidak, kebersihan dan tes fungsi pendengaran. Pada *Bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada telinga.

(e) Hidung

Dikaji apakah terdapat polip, nyeri tekan, kebersihan hidungnya, adakah pernapasan cuping hidung, fungsi penciuman. Pada penderita *Bronkopneumonia* dapat terlihat pernafasan cuping hidung dan terlihat penumpukan secret didalam hidung.

(f) Mulut

Kaji mukosa bibir lembab atau tidak, biasanya jika demam *brankopneumonia* akibat meningkatnya suhu tubuh maka mukosa bibir akan kering, napas berbau tidak sedap, lidah tertutup selaput putih kotor (*coated tongue*), sementara ujung dan tepi lidah berwarna kemerahan dan terdapat penumpukan secret.

(g) Leher

Amati gerakan kepala dan leher, ada kaku kuduk atau tidak, nyeri telan, adakah pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada leher.

(h) Dada

Kaji frekuensi, irama dan kedalaman napas, adakah penggunaan otot bantu napas, ada nyeri tekan atau tidak, adakah bunyi napas tambahan seperti *ronchi*. Pada *bronkopneumonia*, ditemukan kelainan pada dada seperti pergerakan retraksi dinding dada, bunyi napas tambahan ronchi.

(i) Abdomen

Lakukan auskultasi terhadap bising usus, normalnya bising usus 6-12x/menit, pada kasus *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan.

(j) Punggung dan Bokong

Kaji bentuk punggung dan bokong simetris atau tidak, adakah lesi, adakah kelainan tulang belakang seperti kifosis, lordosis ataupun skoliosis. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada punggung dan bokong.

(k) Ekstremitas

Kaji apakah simetris atau tidak antara kanan dan kiri, kekuatan otot, adakah nyeri sendi. Biasanya penderita *bronkopneumonia* tidak ditemukan kelainan.

(l) Kulit dan Kuku

Kaji warna dan elastisitas kulit, adakah lesi, kebersihan kuku, pengukuran *Capillary Refill Time* (CRT) normalnya <3 detik, perabaan akral dingin atau hangat. Pada klien *bronkopneumonia*, pada gejala awal demam akan ditemukan kulit kemerahan.

(m) Genetalia

Kaji keadaan genetalia, apakah terpasang kateter atau tidak, adakah lesi maupun edema. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada daerah genetalia.

l) Data Psikologis

1) *Body Image*

Persepsi atau perasaan tentang penampilan dari segi ukuran dan bentuk. Pada klien *bronkopneumonia* penampilannya terlihat lemas.

2) Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi. Pada *bronkopneumonia* biasanya klien ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah.

3) Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri. Pada klien *bronkopneumonia* biasanya mengetahui identitas akan dirinya sendiri.

4) Peran Diri

Perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok. Pada klien *bronkopneumonia* biasanya klien mengerti peranannya di dalam keluarga maupun di masyarakat.

m) Data Sosial

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, faktor sosiokultural serta keadaan lingkungan sekitar dan rumah. Pada klien *bronkopneumonia* biasanya sulit untuk berkomunikasi dan berinteraksi karena lemah dan keterbatasan gerak yang diakibatkan oleh demam, mual/muntah, sesak napas.

n) Data Spiritual

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien dan berdampak pada kesehatan. Termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit. Klien *bronkopneumonia* biasanya menjalankan ibadah di atas tempat tidur karena lemas dan harus tirah baring.

o) Data Hospitalisasi

Perawatan di rumah sakit memaksakan meninggalkan lingkungan yang dicintai seperti keluarga dan kelompok sosial, sehingga menimbulkan kecemasan dan stres pada anak. Anak juga takut kehilangan status hubungan

dengan temannya. Anak takut akan kehilangan kontrol dirinya karena penyakit dan rasa nyeri yang dialaminya. Rasa nyeri dapat tergambarkan baik secara verbal maupun non verbal.

p) Data Penunjang

1) Laboratorium

Pemeriksaan darah ditemukan leukosit antara 15000-40.000/mm³.

2) Radiologi

Pemeriksaan radiologi foto thoraks ditemukan adanya terdapat bercak-bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus.

3) Terapi

Obat obat seperti antibiotik untuk membunuh zat patogen yang mengakibatkan infeksi, obat golongan antipiretik seperti paracetamol guna menurunkan suhu tubuh serta kolaborasi obat inhalasi seperti ventolin, combivent dalam penanganan mengeluarkan secret yang menumpuk dalam paru-paru.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman serta pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan

data, pengelompokkan data, menafsirkan adanya ketimpangan atau kesenjangan serta membuat kesimpulan tentang masalah yang ada (Nursalam, 2008).

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang individu, keluarga atau masyarakat yang berasal dari proses pengumpulan dan analisa data yang vermat dan sistematis. Berdasarkan patofisiologi dan dari pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan gangguan sistem pernafasan : bronkopneumonia adalah sebagai berikut. (Riyadi,2013)

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan compliance paru menurun.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan: ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen atau kelelahan yang berhubungan dengan gangguan pola tidur.
- d. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.
- e. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan toksemia.

4. Rencana asuhan keperawatan

Menurut Riyadi, 2013 masalah keperawatan dan intervensi sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.

Dibuktikan oleh:

- 1) Pernafasan cepat dan dangkal (RR mungkin >35x/menit).
- 2) Bunyi nafas ronki basah, terdapat retraksi dada dan penggunaan otot bantu pernapasan.
- 3) Pasien mengeluh sesak napas.
- 4) Batuk biasanya produktif dengan produksi sputum yang cukup banyak.

Kriteria hasil :

- 1) Pernapasan dalam batas normal (16-20x/mnt)
- 2) Irama pernapasn normal
- 3) Kedalaman pernapasan normal
- 4) Klien mampu mengeluarkan sputum secara efektif
- 5) Tidak ada akumulasi sputum

Tabel 2.3
Intervensi 1

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji frekuensi atau kedalaman pernapasan dan gerak dada.	Takipneu, pernapasan dangkal dan gerakan dada tak simetris terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru dan penyempitan bronkus.

2	Auskultasi area paru, catat area penurunan atau tak ada aliran udara.	Suara mengi mengindikasikan terdapatnya penyempitan bronkus oleh sputum.
3	Bantu pasien latihan nafas dan batuk secara efektif.	Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimu paru-paru atau jalan napas lebih kecil.
4	Suction sesuai indikasi.	Mengeluarkan sputum secara mekanik dan mencegah obstruksi jalan napas.
5	Lakukan fisioterapi dada.	Merangsang gerakan mekanik lewat vibrasi dinding dada supaya sputum mudah bergerak keluar.
6	Berikan cairan sedikitnya 1000ml/hari (kecuali kontra indikasi). Tawarkan air hangat daripada dingin.	Meningkatan hidrasi sputum. Air hangat mengurangi tingkat kekentalan dahak sehingga mudah dikeluarkan.
Kolaborasi		
1	Terapi obat-obatan bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (nebulizer). Contoh pemberian obat flexotid dan ventolis atau bisolvon	Memudahkan pengenceran, dan pembuangan sekret dengan cepat.
2	Kolaborasi pemberian antibiotik	Antibiotik membantu membunuh mikroorganisme penyebab sehingga dapat mengurangi peningkatan produk sputum yang merupakan sebagai akibat timbulnya peradangan.

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan compliance paru menurun.

Kemungkinan dibuktikan oleh:

- 1) Dispnea, sianosis
- 2) Takipnea dan takikardi
- 3) Gelisah atau perubahan mental

- 4) Kelemahan fisik
- 5) Dapat juga terjadi penurunan kesadaran
- 6) Nilai AGD menunjukkan PCO_2 (normal PCO_2 35-45 mmHg, sedangkan pada kondisi asidosis dapat menjadi 70mmHg dan penurunan PH (normal PH 7,35-7,45 , kalau asidosis 7,25mmHg)

Kriteria hasil :

- 1) RR klien normal 16-20 x/menit.
- 2) Irama pernapasan teratur.
- 3) Kedalaman inspirasi normal.
- 4) Oksigenasi pasien adekuat.

Tabel 2.4

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji frekuensi, kedalaman dan kemudahan bernapas.	Distres pernapasan yang dibuktikan dengan dispnea dan takipnea sebagai indikasi penurunan kemampuan menyediakan oksigen bagi jaringan.
2	Observasi warna kulit, catat adanya sianosis pada kulit, kuku dan jaringan sentral.	Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi. Sedangkan sianosis daun telinga, membran mukosa dan kulit sekitar mulut (membran hangat) menunjukkan hipoksemia sistemik.
3	Kaji status mental dan penurunan kesadaran.	Gelisha, mudah terangsang, bingung dan samnolen sebagai petunjuk hipoksemia atau penurunan oksigenasi serebral.
4	Awasi frekuensi jantung atau irama.	Takikardi biasanya ada sebagai akibat demam atau dehidrasi tetapi dapat sebagai respons terhadap hipoksemia.
5	Awasi suhu tubuh.	Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan

oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler.

6	Kaji tingkat ansietas sediakan waktu untuk berdiskusi dengan pasien atau susun bersama jadwal pertemuan.	Ansietas adalah manifestasi masalah psikologi sesuai dengan respons fisiologi terhadap hipoksia.
Kolaborasi		
1	Berikan terapi oksigen dengan benar, misalnya: dengan nasal prong, masker, masker venturi.	Tujuan terapi oksigen adalah mempertahankan PaO ₂ diatas 60 mmHg (normal PO ₂ 80-100 mmHg).
2	Pemantauan AGD (analisa gas darah).	AGD yang menunjukkan penurunan PO ₂ sebagai indikasi penurunan oksigen jaringan.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan: ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen atau kelelahan yang berhubungan dengan gangguan pola tidur.

Kemungkinan dibuktikan oleh:

- a. Laporan verbal kelemahan kelelahan, keletihan.
- b. Pasien tampak lemah, saat dicoba untuk bangun pasien megeluh tidak kuat.
- c. Nadi teraba lemah dan cepat dengan frekwensi >100x/menit.

Kriteria hasil:

- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan nadi.
- 2) Energy psikomotor.
- 3) Sirkulasi status baik.

4) Mampu berpindah dengan atau tanpa alat.

Tabel 2.5

No	Intervensi	Rasional
1	Evaluasi respons pasien terhadap aktivitas. Catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan atau kelelahan dan perubahan tanda vital selama dan setelah aktivitas.	Menetapkan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi.
2	Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi. Dorong penggunaan manajemen stres dan pengalih yang tepat.	Menurunkan stres dan rangsangan berlebihan, meningkatkan istirahat.
3	Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat.	Tirah baring dipertahankan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, menghemat energi untuk penyembuhan. Pembatasan aktivitas ditentukan dengan respons individual pasien terhadap aktivitas dan perbaikan kegagalan napas.
4	Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat dan atau tidur.	Pasien mungkin nyaman dengan kepala tinggi, tidur dikursi atau atau tidur.
5	Bantu aktivitas perawatan diri yang diperlukan. Berikan kemajuan peningkatan aktivitas selama fase penyembuhan.	Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

- d. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.

Dibuktikan dengan data:

- 1) Pasien mengeluh lemah

- 2) Berat badan anak mengalami penurunan
- 3) Kulit tidak kencang
- 4) Nilai laboratorium seperti Hb kurang dari 9 gr% (normal usia 1 tahun keatas 9-14 gr%)

Kriteria hasil:

- 1) Intake nutrisi tercukupi.
- 2) Asupan makanan dan cairan tercukupi.

Tabel 2.6

No	Intervensi	Rasional
1	Identifikasi faktor yang menimbulkan mual atau muntah, misalnya sputum banyak, pengobatan aerosol, dispnea berat, nyeri.	Sputum akan merangsang nervus vagus sehingga berakibat mual, dispnea dapat merangsang pusat pengaturan di medula oblongata.
2	Berikan wadah tertutup untuk sputum dan buang sesering mungkin. Berikan atau bantu kebersihan mulut setelah muntah. Setelah tindakan aerosol dan drainase postural, dan sebelum makan.	Menghilangkan tanda bahaya, rasa, bau dari lingkungan pasien dan dapat menurunkan mual.
3	Jadwalkan pengobatan pernapasan sedikitnya 1 jam sebelum makan.	Menurunkan efek mual yang berhubungan dengan pengobatan ini.
4	Auskultasi bunyi usus. Observasi atau palpasi distensi abdomen.	Bunyi usus mungkin menurun/ tak ada bila proses infeksi berat atau memanjang, distensi abdomen terjadi sebagai akibat menelan udara atau menunjukkan pengaruh toksin bakteri pada saluran GI
5	Berikan makan porsi kecil dan sering termasuk makanan kering (roti panggang, krekers)	Tindakan ini dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk kembali.

dan atau makanan yang menarik
untuk pasien

6	Evaluasi status nutrisi umum. Ukur berat badan dasar.	Adanya kronis (seperti PPOM atau alkoholisme) atau keterbatasan keuangan dapat menimbulkan malnutrisi, rendahnya tahanan terhadap infeksi dan atau lambatnya respons terhadap terapi
---	--	--

e. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan toksemia.

Dibuktikan dengan data:

- 1) Pasien tampak merah wajahnya.
- 2) Suhu tubuh sama dengan atau lebih 37,5°C
- 3) Pasien menggigil
- 4) Nadi naik (di atas 100x/menit)

Kriteria hasil :

- 1) Demam klien hilang.
- 2) Klien tidak meriang.
- 3) Suhu tubuh klien normal (36,5°-37,5°)
- 4) Klien tidak gelisah.
- 5) Warna kulit tidak kemerahan.

Tabel 2.7

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji suhu tubuh dan nadi setiap 4 jam.	Untuk mengetahui tingkat perkembangan pasien.

2	Pantau warna kulit dan suhu.	Sianosis menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam.
3	Berikan dorongan untuk minum sesuai pesanan	Peningkatan suhu tubuh menimbulkan peningkatan IWL, sehingga banyak cairan tubuh yang keluar dan harus diimbangi pemasukan cairan.
4	Lakukan tindakan pendinginan sesuai kebutuhan, misalnya : kompres hangat dan tepid spone.	Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler.
Kolaborasi		
1	Berikan antipiretik yang diresepkan sesuai kebutuhan.	Mempercepat penurunan suhu tubuh.

5. Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan, yakni sebagai berikut (Setiadi, 2012) :

- a. Persiapan, tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi hasil yang memedai 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 interpenden.
- c. Dokumentasi, pelaksanaan tindakan keperawatan harus di ikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2013).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut (Nikmatur, 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 dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituisikan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi 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 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 intuksi 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.

C. Konsep masalah keperawatan hipertermi

1. Pengertian

a. Hipertermi

Hipertermi merupakan keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh $<37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rektal yang sifatnya menetap karena faktor eksternal (Lynda, 2012).

b. Kompres *tepid sponge*

Kompres *tepid sponge* merupakan sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka (Dewi, 2016).

2. Penatalaksanaan

Dalam melakukan kompres *tepid sponge* tidak ada prosedur khusus yang harus dilakukan oleh klien seperti, posisi, waktu (kapan dilakukannya), dan tahapan. Tetapi yang terpenting kemampuan klien untuk menerima dan merangsang agar suhu tubuh klien tidak bertambah panas melainkan menurunkan suhu tubuh yang tinggi. Pemberian tepid sponse ini dilakukan dengan cara menyeka seluruh

tubuh klien dengan air hangat dengan menggunakan washlap lembab hangat selama kurang lebi 15 sampai 20 menit.

3. Tujuan

Tepid sponge efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada anak dengan demam dan juga membantu dalam mengurangi rasa sakit atau ketidaknyamanan dibandingkan dengan kompres hangat. Hal ini disebabkan adanya seka tubuh pada tepid spone yang akan mepercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer diseluruh tubuh sehingga evaporasi panas dari kulit kelingkungan sekitar akan lebih cepat dibandingkan hasil yang diberikan oleh kompres hangat yang hanya mengandalkan dari stimulasi hipotalamus.

4. Indikasi dan kontraindikasi

Teknik kompres *tepid sponge* dilakukan pada klien anak dengan keluhan demam diatas 38°C. Dalam pelaksanaanya tidak ada kontra indikasi terhadap pelaksanaan teknik kompres *tepid sponge* selama klien sadar dan bisa mengikuti arahan yang diberikan oleh perawat.