

Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia: Suatu Studi Kasus

Indria Rifka Fajri¹, IGA Dewi Purnamawati²

¹Program Studi Diploma III Keperawatan, Akademi Keperawatan Pasar Rebo

²Departemen Keperawatan Anak, Akademi Keperawatan Pasar Rebo

Jl. Tanah Merdeka No. 16, 17, 18, Jakarta Timur, 13750, Indonesia

indriarf@gmail.com, ig4dewi@gmail.com

Abstrak

Bronkopneumonia merupakan penyakit saluran pernapasan yang menyebabkan kematian tertinggi pada anak-anak. Bronkopneumonia dapat menyebabkan gangguan pertukaran gas, obstruksi jalan napas, gagal napas dan apnea. Metode penulisan karya tulis ilmiah menggunakan pendekatan studi kasus pada anak-anak dengan bronkopneumonia, sampel sebanyak satu orang anak yang diberikan asuhan keperawatan di dapatkan hasil adanya tanda dan gejala bronkopneumonia seperti anak demam, terdengar bunyi ronkhi pada pernapasan, nafsu makan menurun, batuk disertai sputum yang kental, dan mual. Masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus antara lain adalah bersihan jalan napas tidak efektif, hipovolemik, defisit nutrisi, risiko infeksi dan ansietas pada anak dan orangtua. Hasil yang dicapai setelah melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia didapatkan dari lima masalah keperawatan pada kasus teratasi. Rekomendasi: perlu dilakukan tindakan lanjut asuhan keperawatan pada anak ditatanan komunitas memberikan penyuluhan kesehatan dan memantau status gizi anak dengan masalah bronkopneumonia.

Kata kunci: asuhan keperawatan, pneumonia pada anak, bersihan jalan nafas

Abstract

Bronchopneumonia is a respiratory disease that causes the highest death to children. Bronchopneumonia can cause impaired gas exchange, airway obstruction, respiratory failure and apnea. The method in this research use approach case of study in children with bronchopneumonia, a sample of one child was given nursing care get the results of the signs and symptoms of bronchopneumonia as fever, ronchi sounds in breathing, loss appetite, cough with thick phlegm and nausea. Nursing problems found in the case of ineffective airway clearance, hypovolemic, deficient nutrition, risk for infection and anxiety in children and parents. The results achieved after carrying out nursing care in children with bronchopneumonia get there is five nursing problems in case. Recommendation: have need of further action nursing care in children order of community provide health education and monitor the nutritional status of children with bronchopneumonia problems.

Keywords: Nursing care, pneumonia in children, clearance airway

Pendahuluan

Bronkopneumonia merupakan salah satu penyakit pernapasan pada balita, bronkopneumonia merupakan penyakit terbesar penyebab kematian tertinggi dikalangan anak-anak. Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2017, angka kejadian

bronkopneumonia mencapai 6,3 juta kematian anak di dunia, dan 15% kematian anak disebabkan pneumonia. Pada tahun 2015 dan 2016, pneumonia menjadi penyebab dari 15-16% kematian balita di dunia. Penyakit ini menyerang semua umur di seluruh wilayah, namun kasus terbanyak terjadi

di Asia Selatan dan Afrika sub-Sahara. Tahun 2015 Pneumonia telah membunuh sekitar 2.400 anak per hari dengan besar 16% dari 5,6 juta kematian balita atau sekitar 880.000 balita pada tahun 2016 dan telah membunuh 920.136 balita. Menurut Kemenkes RI pada tahun 2015 insiden penyakit bronkopneumonia pada negara berkembang hampir 30%. Pada tahun 2015-2018 mengalami peningkatan dari 94,12% menjadi 97,30% kasus. Menurut Kemenkes RI tahun 2017 angka tertinggi berada di Provinsi Jawa Barat sekitar 126.936 kasus, dan di Kota Bekasi sebanyak 18,11% kasus sedangkan di Kabupaten Bekasi sebanyak 7,10%. Prevalensi terendah pada Provinsi Papua sekitar 51 kasus, kemudian jumlah kematian balita karena pneumonia tertinggi terdapat di Provinsi Jawa Tengah sekitar 339 kasus kematian dan terendah di Provinsi Kalimantan Tengah terdapat 1 kasus kematian.

Akibat penyakit ini jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat maka akan timbul komplikasi yang bisa membahayakan tubuh anak seperti gangguan pertukaran gas, obstruksi jalan napas, gagal napas dan apnea (Marni, 2014).

Pengertian

Bronkopneumonia adalah peradangan paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan benda asing yang sering dijumpai pada balita. Bronkopneumonia bersifat sekunder karena melemahnya daya tahan tubuh tetapi dapat juga primer yang biasanya dijumpai pada anak dan dewasa (Bennete, 2013; Wijayaningsih, 2013 dan Dahlan, 2014).

Etiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), penyebab bronkopneumonia adalah sebagai berikut : Bakteri; *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *H. Influenzae*, *Klebsiella*. Virus; *Legionella Pneumoniae*. Jamur; *Aspergillus Spesies*, *Candida Albicans*. Aspirasi makanan, sekresi orofaringeal atau isi lambung kedalam paru karena kongesti paru yang lama.

Patofisiologi

Menurut Bradley (2011), dan Nurarif Kusuma (2013), proses perjalanan penyakit bronkopneumonia masuknya mikroorganisme ke saluran napas dan paru dapat melalui berbagai cara yaitu inhalasi langsung dari udara, aspirasi dari bahan bahan yang ada di nasofaring dan orofaring serta perluasan langsung

dari saluran pernapasan atas. Bronkopneumonia berawal masuk melalui percikan droplet yang dapat masuk ke saluran pernapasan atas dan menimbulkan reaksi imunologis dari tubuh yang menyebabkan peradangan, ketika terjadi peradangan tubuh menyesuaikan diri, maka dengan reaksi berupa demam dan menghasilkan sekret pada saluran pernapasan, sekret yang diproduksi dan sulit dikeluarkan mengakibatkan klien menjadi sesak. Bakteri ini dapat menginfeksi saluran cerna ketika dibawa oleh darah. Bakteri ini dapat membuat flora normal dalam usus menjadi agen pathogen sehingga timbul masalah GI tract. Pada keadaan sehat paru tidak akan terjadi pertumbuhan mikroorganisme, jika terdapat bakteri pada paru menunjukkan adanya gangguan daya tahan tubuh sehingga mikroorganisme dapat berkembang. Pada saat mikroorganisme sampai di alveoli maka alveoli mengalami peradangan, proses peradangan ini melalui empat proses yaitu:

- a. Stadium pertama (4-12 jam/ kongesti)
Disebut hiperemia mengacu pada peradangan yang berlangsung didaerah yang terinfeksi ditandai dengan aliran darah dan

permeabilitas kapiler ditempat terinfeksi.

- b. Stadium kedua (48 jam)
Disebut hepatitis merah yang terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh host sebagai bagian dari reaksi peradangan.
- c. Stadium ketiga (3-8 hari)
Disebut hepatitis kelabu terjadi sewaktu sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi
- d. Stadium keempat (7-11 hari)
Disebut resolusi terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula.

Manifestasi Klinis

Menurut Ringel (2012), dan Wijayaningsih (2013), manifestasi klinis yang muncul pada penderita bronkopneumonia adalah :

- a. Infeksi traktus respiratori
- b. Demam (39-40°C), kadang disertai kejang karena demam yang tinggi
- c. Anak sangat gelisah dan adanya nyeri dada seperti ditusuk-tusuk pada saat bernapas dan batuk

- d. Pernapasan cepat, dangkal disertai cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut
- e. Adanya bunyi pernapasan seperti ronkhi dan wheezing
- f. Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia jika infeksi serius
- g. Ventilasi yang berkurang karena penimbunan mukus yang menyebabkan atelektasis absorpsi
- h. Batuk disertai sputum yang kental
- i. Nafsu makan menurun

Asuhan Keperawatan

Pengkajian

Pengkajian pada bronkopneumonia menurut Riyadi (2012), dan Padila (2013), adalah sebagai berikut: Keluhan utama: Klien gelisah, sesak napas, dispnea, pernapasan cepat dan dangkal, disertai cuping hidung, sianosis sekitar hidung dan mulut. Riwayat penyakit; Virus: ditandai gejala-gejala infeksi saluran napas, termasuk rinitis, dan batuk, serta suhu tubuh lebih rendah dari yang disebabkan oleh bakteri. Bakteri: ditandai oleh infeksi saluran pernapasan akut/ bawah dalam beberapa hari hingga seminggu, suhu tubuh tinggi, batuk, kesulitan bernapas.

Pengkajian fisik

- a. Inspeksi

Perlu diperhatikan adanya takipnea, dispnea, sianosis sirkumoral, pernapasan cuping hidung, distensi abdomen, batuk semula non produktif, serta nyeri dada waktu bernapas adanya retraksi dinding dada.

- b. Palpasi

Hati mungkin akan membesar, flemitus raba mungkin meningkat pada sisi yang sakit dan mengalami peningkatan denyut nadi.

- c. Perkusi

Suara redup pada sisi yang sakit.

- d. Auskultasi

Pada bronkopneumonia akan terdengar stridor suara napas berjuang, terdengar suara tambahan/ ronkhi, kadang terdengar bising gesek pleura.

Diagnosa

Menurut Padila (2013), dan Marni (2014), diagnosis keperawatan yang dapat muncul adalah

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum atau sekresi yang tertahan.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan terkumpulnya eksudasi dan meningkatnya produksi mukus.

3. Hipertermi berhubungan dengan infeksi
 4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi paru atau parenkim paru
 5. Resiko hipovolemik berhubungan dengan kehilangan, hipertermia
 6. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat, mual dan muntah
 7. Ansietas berhubungan dengan perpisahan dengan orangtua, lingkungan tidak kenal, prosedur yang menimbulkan stres, kurang pengetahuan
 8. Risiko infeksi berhubungan dengan risiko terpajan bakteri, prosedur invasif.
- c. Berikan posisi yang nyaman buat klien, misalnya posisi *semi fowler*.
 - d. Pantau tanda-tanda vital terutama frekuensi napas.
 - e. Lakukan fisioterapi dada sesuai indikasi
 - f. Kolaborasi dengan pemberian terapi inhalasi (nebulizer)
 - g. Kolaborasi dengan pemberian obat yang sesuai instruksi
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan terkumpulnya eksudasi dan meningkatnya produksi mukus

Rencana tindakan:

- a. Kaji frekuensi dan kedalaman bernapas klien
- b. Observasi warna kulit dan membran mukosa bibir
- c. Berikan lingkungan sejuk, nyaman dan ventilasi yang cukup
- d. Tinggikan kepala, anjurkan napas dalam dan batuk efektif
- e. Pertahankan istirahat dan tidur
- f. Kolaborasi pemberian oksigen dan pemeriksaan laboratorium (GDA)

3. Hipertermia berhubungan dengan infeksi

Rencana tindakan:

- a. Kaji suhu tubuh klien
- b. Pertahankan lingkungan sejuk

Perencanaan

Menurut Padila (2013), dan Marni (2014), intervensi pada anak bronkopneumonia adalah:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, sekret yang tertahan

Rencana Tindakan:

- a. Kaji/ pantau frekuensi pernapasan, catat rasio.
- b. Auskultasi bunyi napas, catat adanya bunyi napas. Misalnya: mengi, krekels dan ronkhi.

- c. Berikan kompres hangat pada ketiak, lipatan paha dan kening
 - d. Anjurkan klien untuk banyak minum
 - e. Anjurkan mengenakan pakaian tipis
 - f. Berikan antiseptik sesuai indikasi
 - g. Berikan antimikroba jika disarankan
4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi
- Rencana Tindakan:
- a. Kaji/ pantau frekuensi pernapasan, catat rasio inspirasi/ ekspirasi
 - b. Auskultasi bunyi napas, catat adanya bunyi napas. Misalnya: mengi, krekels dan ronkhi.
 - c. Berikan posisi yang nyaman buat klien, misalnya posisi *semi fowler*.
 - d. Observasi karakteristik batuk, bantu tindakan untuk memperbaiki keefektifan upaya batuk.
 - e. Pantau tanda-tanda vital terutama frekuensi napas.
 - f. Catat pergerakan dada, lihat pergerakan dada yang asimetris, menggunakan otot bantu dan retraksi otot supraklavikular serta intercosta
 - g. Monitor status pernapasan mencegah komplikasi lanjutan.
 - h. Kolaborasi pemberian O₂ sesuai indikasi
5. Risiko hipovolemik berhubungan dengan kekurangan intake cairan, hipertermia
- Rencana Tindakan:
- a. Kaji status cairan klien
 - b. Kaji TTV, contoh: peningkatan suhu, takikardi, hipotensi
 - c. Monitor dan catat intake dan output cairan
 - d. Monitor warna kulit
 - e. Anjurkan orangtua untuk memberikan klien untuk banyak minum
 - f. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi
6. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat
- Rencana Tindakan:
- a. Kaji adanya alergi makanan
 - b. Identifikasi faktor yang menimbulkan mual dan muntah
 - c. Berikan makan porsi kecil dan sering termasuk makanan kering atau makanan yang menarik untuk klien.
 - d. Monitor berat badan klien sesuai indikasi dan mengukur LLA
 - e. Auskultasi bunyi usus, observasi/ palpasi distensi abdomen
7. Ansietas berhubungan dengan perpisahan dengan orangtua,

lingkungan tidak kenal, prosedur yang menimbulkan stres

Rencana Tindakan:

- a. Pantau perubahan TTV dan kondisi yang menunjukkan peningkatan kecemasan klien
 - b. Berikan informasi serta bimbingan yang aktual
 - c. Kaji tingkat kecemasan
 - d. Bantu orangtua mengenal situasi cemas
 - e. Tingkatkan coping individu
 - f. Sentuh, peluk, dan bicara dengan anak sebanyak mungkin
8. Risiko infeksi berhubungan dengan risiko terpajan bakteri, prosedur invasif

Rencana tindakan:

- a. Kaji tanda-tanda infeksi
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
- c. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
- d. Monitor area balutan pemasangan infus
- e. Ajarkan klien dan keluarga tanda gejala infeksi
- f. Kolaborasi berikan terapi antibiotik

Pelaksanaan

Menurut Wong (2014), implementasi keperawatan adalah inisiatif dari

rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tindakan ini bersifat intelektual, teknis dan interpersonal berupa berbagai upaya memenuhi kebutuhan dasar klien. Tindakan keperawatan meliputi; tindakan keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan kesehatan atau keperawatan dan tindakan medis yang dilakukan perawat.

Evaluasi

Menurut Wong (2014), evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Hasil evaluasi pada perencanaan bronkopneumonia adalah: Bersihan jalan napas kembali efektif, Gangguan pertukaran gas teratasi, hipertermia teratasi, pola napas efektif risiko defisit nutrisi teratasi, ansietas teratasi dan risiko infeksi teratasi.

Tinjauan Kasus

Pengkajian

Resume: pada tanggal 02 Maret 2020 pukul 20.00 An. R datang bersama orangtuanya ke IGD RSUD Bekasi dirujuk dari klinik dengan kondisi saat masuk panas, batuk, pilek, mual, muntah kesadaran compos metis. Ibu mengatakan An. R panas lebih dari empat hari, batuk pilek sudah dua hari, dan merasakan mual muntah. Masalah

keperawatan yang didapat bersihan jalan napas tidak efektif dan peningkatan suhu tubuh. Telah dilakukan tindakan keperawatan di IGD pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil nadi : 92x/menit, pernapasan : 22 x/menit, suhu : 39,8°C, BB : 9 kg dan tindakan yang dilakukan selanjutnya adalah pemberian IVFD RL 10 tetes/menit (makro), dan dilakukan pemeriksaan laboratorium darah rutin dengan hasil Leukosit 15,0 ribu/uL (5-10 ribu/uL), Hemoglobin 11,4 g/dl (12-16 g/dL), Hematokrit 36% (40-54 %), Trombosit 342 ribu/uL (150-400 ribu/uL). Mendapatkan terapi obat Paracetamol drip 3 x 80 mg melalui injeksi, ondansentron injeksi 2 x 2 mg melalu iv, ambroxol sirup 3 x 1 sendok teh. Pada tanggal 03 Maret 2020 pukul 18.00 An. R dibawa ke ruang Anggrek RSUD Bekasi menggunakan brandcard, tindakan yang dilakukan di ruang Anggrek adalah mengukur tanda-tanda vital dengan hasil suhu 37,2°C, nadi 110x/menit, pernapasan 22x/menit dan pemeriksaan rontgen dengan hasil bronkopneumonia bilateral. Terapi obat yang diberikan di ruang Anggrek adalah IVFD KA EN 3A 14 tetes/menit, Ceftriaxone 1 x 750 mg melalui injeksi vena, ambroxol sirup 3x1 sendok teh, paracetamol sirup 1x1 sendok teh dan

mendapatkan terapi nebulizer 3 kali per hari dengan Ventolin 1cc dan NaCL 2cc Masalah keperawatan yang ditemukan adalah bersihan jalan napas tidak efektif, hipovolemik, defisit nutrisi, risiko infeksi dan ansietas. Dilakukan tindakan mandiri yaitu pengukuran tanda-tanda vital dan dilakukan tindakan kolaborasi yaitu pemasangan IVFD KA EN 3A 14 tetes/menit makro, pemeriksaan rontgen dengan hasil bronkopneumonia bilateral, pemberian Ceftriaxone 1x750 mg melalui injeksi vena, dan mendapatkan terapi nebulizer 3 kali per hari dengan Ventolin 1cc dan NaCL 2cc. Setelah dievaluasi keadaan klien semakin membaik, namun masalah keperawatan yang ditemukan di ruang Anggrek masih belum teratasi.

Data Fokus

Data Subjektif: Ibu mengatakan An. R batuk pilek, ibu mengatakan dahak An. R berwarna putih, ibu mengatakan An. R panas saat malam saja dan tidak menentu, ibu mengatakan An. R masih mual, ibu mengatakan berat badan anak dari 12 kg sekarang 9 kg, ibu mengatakan An. R tidak nafsu makan, ibu mengatakan belum mengetahui pengertian bronkopneumonia, ibu mengatakan belum mengetahui tanda dan gejala bronkopneumonia, ibu

mengatakan belum mengetahui bagaimana cara perawatan dengan bronkopneumonia, ibu mengatakan cemas dengan kondisi anaknya, ibu berharap kondisi anak membaik. **Data**
Objektif: Pernapasan An. R 30 kali per menit, Nadi 110 kali per menit, terdengar suara ronkhi, An. R tampak lemas, berat badan turun 3 kg, hemoglobin 11,4 g/dl, lingkaran lengan atas 13 cm, leukosit 15,0 ribu/uL, hasil rontgen bronkopneumonia bilateral, ibu sangat bingung menjawab saat ditanya pengertian, tanda gejala dan perawatan di rumah dari bronkopneumonia, ibu tampak cemas, An. R terpasang IVFD KA EN 3A di tangan sebelah kiri, balance cairan : Input = minum 600 cc, IVFD 1000 cc per 24 jam dengan 14 tetes/menit, obat drip 250 cc per 24 jam; 600 cc +1000 cc + 250 cc = 1850 cc. Output = Urine: 1600 cc, IWL= 40/kgBB/hari= 40 x 9 = 360; 1600 cc + 360 cc = 1960 cc. Balance cairan = Input – Output = 1850 – 1960 = - 110 cc, kebutuhan cairan klien 1100 cc.

Diagnosa

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2. Hipovolemik berhubungan dengan hipertermia

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat dan mual
4. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
5. Ansietas pada anak dan orangtua berhubungan dengan kurang pengetahuan dan dampak hospitalisasi

Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan DS: Ibu mengatakan An. R batuk pilek, Ibu mengatakan dahak An. R berwarna putih. DO: Pernapasan anak 30 kali per menit, Nadi 110 kali per menit, Terdengar suara ronkhi, An. R tampak lemas, hasil rontgen bronkopneumonia bilateral. **Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif. **Kriteria Hasil :** Ibu mengatakan batuk dan pilek An. R tidak ada, ibu mengatakan dahak sudah tidak ada, pernapasan rentang normal (20-30 kali per menit), nadi rentang normal (70-110 kali per menit), suara napas vesikuler, An. R tidak lemas.

2. Rencana tindakan :

Tindakan Mandiri:

- a. Kaji TTV (respirasi dan nadi)
- b. Auskultasi suara napas
- c. Monitor TTV
- d. Atur posisi untuk memaksimalkan
- e. Lakukan fisioterapi dada
- f. Tindakan Kolaborasi
- g. Pemeriksaan rontgen
- h. Inhalasi per 8 jam
- i. Pemberian ambroxol sirup 3 x 1 sendok teh
- j. Pemberian ceftriaxone 1 x 750 mg

Pelaksanaan

Tanggal 04 Maret 2020

Pada Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan terapi inhalasi, RS:-. RO: Telah diberikan terapi Nebulizer dengan ventolin 1cc dan NaCL 2 cc selama 15 menit; Pukul 08.00 WIB perawat ruangan memantau pemberian ambroxol, RS:-. RO: Obat ambroxol telah di berikan 3 x 1 sendok teh; Pukul 09.00 WIB mengauskultasi suara napas An. R, RS:-. RO: Telah dilakukan auskultasi dengan hasil terdengar suara ronkhi pada pernapasan; Pukul 10.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital An. R, RS:-. RO: Pernapasan 30 kali per menit, Nadi 110 kali per menit, dan

suhu 36,6°C; Pukul 14.00 melakukan inhalasi per 8 jam, RS:-. RO: Telah dilakukan pemberian nebulizer 15 menit dengan ventolin 1cc dan NaCL 0,9% 2cc; Pukul 14.15 WIB mengauskultasi suara napas An.R. RS:-. RO: Terdengar suara ronkhi pada An. R; Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan Ceftriaxone 750 mg melalui drip, RS:-.RO: Telah diberikan ceftriaxone 1 x 750 mg; Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan terapi inhalasi, RS:-. RO: Telah diberikan terapi Nebulizer dengan ventolin 1 cc dan NaCL 2 cc selama 15 menit; Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan terapi inhalasi, RS:-. RO: Telah diberikan terapi Nebulizer dengan ventolin 1cc dan NaCL 2 cc selama 15 menit.

Evaluasi

Tanggal 06 Maret 2020

Subjektif: Ibu mengatakan batuk dan pilek An. R tidak ada, ibu mengatakan dahak sudah tidak ada.

Objektif: Pernapasan rentang normal (20-30 kali per menit), nadi rentang normal (70-110 kali per menit), tidak terdengar suara ronkhi, An. R tidak lemas. **Analisa:** Tujuan tercapai, masalah teratasi. **Perencanaan:** Intervensi dihentikan.

2. Hipovolemik berhubungan dengan hipertermia berhubungan dengan :

Data Subjektif : Ibu mengatakan anak panas saat malam saja dan tidak menentu. Data Objektif : Balance Cairan Input = minum 600 cc, IVFD 1000 cc per 24 jam, obat drip 250 cc per 24 jam; $600 \text{ cc} + 1000 \text{ cc} + 250 \text{ cc} = 1850 \text{ cc}$. Output = Urine: 1600 cc, IWL= $40/\text{kgBB}/\text{hari} = 40 \times 9 = 360$; $1400 \text{ cc} + 360 \text{ cc} = 1960 \text{ cc}$. Balance cairan = Input – Output = $1850 \text{ cc} - 1960 \text{ cc} = -110 \text{ cc}$. **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam hipovolemik teratasi. **Kriteria Hasil:** Ibu mengatakan anak sudah tidak panas lagi saat malam hari, suhu anak rentang normal $36,0^\circ \text{C}$ sampai $37,5^\circ \text{C}$, input output balance cairan seimbang, membran mukosa lembab, dan tugor kulit elastis. **Rencana tindakan :**

Tindakan Mandiri

- a. Kaji status cairan An. R
- b. Catat balance cairan An. R
- c. Monitor suhu tubuh An. R
- d. Anjurkan banyak minum
- e. Monitor status hidrasi

Tindakan Kolaborasi

- f. Pemberian paracetamol sirup 1 x 1 sendok teh

Pelaksanaan

Tanggal 04 Maret 2020

Pada pukul 11.00 menganjurkan An. R banyak minum. RS:-. RO: Telah dianjurkan penambahan minum 250 cc per hari; Pukul 12.10 mengkaji dan mencatat balance cairan An. R, RS: ibu mengatakan An. R minum 500cc selama 24 jam, dan urine 1600 ml selama 24 jam. RO: Input selama 24 jam 1700, output selama 24 jam 1760 jadi balance cairan -60; Pukul 12.35 memonitor status hidrasi An. R, RS:-. RO: membran mukosa klien tidak lembab dan tugor kulit tidak elastis; Pukul 17.55 WIB perawat ruangan memonitor suhu An. R, RS-. RO: Suhu An. R $37,7^\circ \text{C}$; Pukul 17.55 WIB perawat ruangan memantau pemberian paracetamol sirup 1 sendok teh, RS:-.RO: Telah diberikan obat paracetamol pada An.R 1 x 1 paracetamol sirup.

Evaluasi

Tanggal 06 Maret 2020

Subjektif: Ibu mengatakan anak sudah tidak panas lagi saat malam hari. **Objektif:** Ibu mengatakan anak sudah tidak panas lagi saat malam hari, suhu anak rentang normal $36,0^\circ \text{C}$ sampai $37,5^\circ \text{C}$, input output balance cairan seimbang, membran mukosa lembab dan tugor kulit

elastis. **Analisa:** Tujuan tercapai, masalah teratasi. **Perencanaan:** Intervensi dihentikan.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat dan mual ditandai dengan : DS: Ibu mengatakan An. R merasa mual, Ibu mengatakan berat badan An. R 12 kg dan sekarang 9 kg, Ibu mengatakan An. R tidak nafsu makan dan hanya makan $\frac{1}{4}$ porsi. DO: An. R tampak lemas, Berat badan turun 3 kg, Lingkar lengan atas 13 cm, Hasil laboratorium hemoglobin 11,4 gram/dl. **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam defisit nutrisi teratasi. **Kriteria Hasil:** Ibu mengatakan An. R sudah tidak mual dan makan habis 1 porsi, ibu mengatakan An. R sudah nafsu makan, meningkat minimal 0,5 kg perminggu, Hemoglobin normal 12 g/dl, lingkar lengan atas rentang normal 16.00 cm, dan An. R tidak tampak lemas.

Rencana tindakan :

- a. Kaji adanya alergi makanan
- b. Auskultasi bunyi bising usus
- c. Identifikasi faktor yang menimbulkan mual
- d. Anjurkan ibu berikan makan porsi kecil dan sering termasuk

makanan kering atau makanan yang menarik untuk klien

- e. Timbang berat badan/ hari
- f. Ukur LLA/hari

Pelaksanaan

Tanggal 04 Maret 2020

Pada pukul 11.30 WIB mengidentifikasi faktor yang menimbulkan, RS: Ibu anak masuk angin jadi menimbulkan mual. RO:-; Pukul 12.00 WIB mengkaji adanya alergi makanan RS: Ibu mengatakan An. R tidak memiliki riwayat alergi makanan, RO:-; Pukul 13.30 menimbang berat badan anak dan mengukur LLA pada anak setiap hari, RS:-. RO: Berat badan 9 kg dan LLA 13 cm; Pukul 13.45 WIB mengauskultasi bising usus An. R, RS:-. RO: Bising usus terdengar 20 kali per menit; Pukul 09.00 WIB mengauskultasi bising usus An. R, RS:-. RO: bising usus terdengar 25 kali per menit.

Evaluasi

Tanggal 06 Maret 2020

Subjektif: Ibu mengatakan anak sudah mual, ibu mengatakan anak sudah nafsu makan dan makanan habis 1 porsi. **Objektif:** BB 10 kg, Hemoglobin 11,4gram/dl, LLA 14.00 cm, anak tidak lemas. **Analisa:**

Tujuan tercapai, masalah teratasi.

Perencanaan: Intervensi dihentikan.

4. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan :
 DS:-. DO: Leukosit 15,0 ribu/uL, An. R terpasang infus ditangan sebelah kiri. **Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan risiko infeksi tidak terjadi. **Kriteria Hasil:** Leukosit rentang normal 5-10 ribu/uL, tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti rubor, kalor, dolor, tumor, dan fungsiolaesa.

Rencana tindakan:

Tindakan Mandiri

- a. Kaji tanda-tanda infeksi
- b. Monitor area balutan pemasangan infus
- c. Monitor tanda dan gejala infeksi
- d. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
- e. Ajarkan keluarga tanda dan gejala infeksi

Tindakan Kolaborasi

- f. Pemeriksaan Laboratorium

Pelaksanaan

Tanggal 04 Maret 2020

Pada pukul 11.10 WIB mengkaji tanda-tanda infeksi, RS:-. RO: tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti rubor, kalor, dan dolor; Pukul 11.20 mengajarkan keluarga tanda dan

gejala infeksi, RS: Ibu mengatakan paham tanda gejala infeksi. RO: Ibu tampak paham saat di jelaskan tanda dan gejala infeksi pada area pemasangan infus; Pukul 14.00 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. RS:-. RO: Telah cuci tangan 6 langkah.

tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. RS:-. RO: Telah dilakukan mencuci tangan dengan 6 langkah.

Evaluasi

Tanggal 06 Maret 2020

Subjektif: -. **Objektif:** Leukosit rentang normal 5-10 ribu/uL, tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti rubor, kalor, dolor, tumor, dan fungsiolaesa. **Analisa:** Tujuan tercapai, masalah teratasi.

Perencanaan: Intervensi di hentikan.

5. Ansietas pada anak dan orangtua berhubungan dengan kurang pengetahuan dan dampak hospitalisasi: DS: Ibu mengatakan belum mengetahui pengertian bronkopneumonia, Ibu mengatakan belum mengetahui tanda dan gejala bronkopneumonia, Ibu mengatakan belum mengetahui bagaimana cara perawatan dengan bronkopneumonia, Ibu mengatakan cemas dengan

kondisi anaknya, Ibu berharap kondisi anak membaik. DO: Ibu sangat bingung menjawab saat ditanya pengertian, tanda gejala dan perawatan di rumah dari bronkopneumonia, Ibu tampak cemas, Kontak mata An. R kurang baik, An. R merasa malu. **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam cemas teratasi dan pengetahuan meningkat. **Kriteria Hasil:** Ibu mengatakan sudah tidak cemas dengan kondisi anaknya, ibu mengetahui pengertian bronkopneumonia, ibu mengetahui tanda dan gejala bronkopneumonia, ibu mengetahui bagaimana cara perawatan di rumah, tidak terlihat cemas, ibu terlihat mampu mendemonstrasikan fisioterapi dada, Kontak mata An. R anak baik dan anak sudah tidak merasa malu.

Rencana tindakan :

- a. Kaji tingkat pengetahuan ibu
- b. Kaji tingkat kecemasan
- c. Berikan pendkes pengertian bronkopneumonia, dan tanda gejala
- d. Berikan pendkes bagaimana cara perawatan di rumah
- e. Bantu ibu mengenal situasi
- f. Sentuh, dan bicara dengan anak sebanyak mungkin

Pelaksanaan

Tanggal 04 Maret 2020

Pada Pukul 12.55 WIB menyentuh dan mengajak anak berbicara, RS:-. RO: anak mau menolak disentuh dan diajak berbicara; Pukul 13.00 WIB mengkaji kecemasan Ibu An. R, RS: Ibu mengatakan cemas dengan kondisi anaknya. RO: Ibu terlihat cemas; Pukul 13.05 WIB mengkaji tingkat pengetahuan ibu tentang bronkopneumonia yang dialami anaknya, RS: Ibu mengatakan belum mengetahui pengertian bronkopneumonia, tanda gejala dari bronkopneumonia dan cara perawatan di rumah dari bronkopneumonia. RO: Ibu tampak bingung menjawab pengertian, tanda gejala dan cara perawatan di rumah dari bronkopneumonia.

Evaluasi

Tanggal 06 Maret 2020

Subjektif: Ibu mengatakan sudah tidak cemas dengan kondisi anaknya, ibu mengatakan mengetahui pengertian bronkopneumonia, ibu mengatakan mengetahui tanda dan gejala bronkopneumonia, ibu mengatakan mengetahui bagaimana cara perawatan di rumah. **Objektif:** Tidak terlihat cemas, ibu terlihat mampu mendemonstrasikan

fisioterapi dada. **Analisa:** Tujuan tercapai, masalah teratasi.

Perencanaan: Intervensi dihentikan.

Simpulan

Manifestasi klinik yang ditemukan pada kasus seperti batuk berdahak, pilek, demam, menurunnya nafsu makan, frekuensi napas cepat, suara ronchi pada paru dan adanya gambaran rongen bronkopneumonia. Terdapat 5 diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus, perencanaan keperawatan prioritas pada masalah bersihan jalan napas dan implementasi untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas seperti monitoring TTV, pemantauan irama, kedalaman pernapasan serta pemberian terapi untuk mengencerkan sputum telah dilakukan pada kasus. Evaluasi pada kasus semua masalah dapat teratasi.

Daftar Pustaka

Bennete, M. 2013. *Pediatric pneumonia*. <http://www.emedicine.Medscape.com>. Diunduh pada tanggal 15 April 2015

Dahlan. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II*. Jakarta: FKUI

Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Peneliti dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kyle, T & Carman, S. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri edisi 2 volume 1*. Jakarta: EGC

Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit dengan Gangguan Pernapasan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Nurarif & Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc edisi revisi jilid 1*. Yogyakarta: Penerbit Meiaction

Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Ridha, N. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Jakarta: Pustaka Pelajar

Ringel. (2012). *Buku Saku Hitam Kedokteran Paru*. Dialihbahasa oleh Daniel K, Onion. Jakarta Barat: Permata Putri Media

Wijayaningsih. (2013). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: TIM

Wong, L. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong edisi 6*. Jakarta: EGC

World Health Organization. 2017. Pneumonia. <http://www.who.int/medicentre/factsheets/fs331/3n>