

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMIA
DI RUANG SERUNI RSUD JOMBANG**



**OLEH:
REVITA BUDI ANGGRAENI
NIM. 141210032**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA**

JOMBANG

2017

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMIA
DI RUANG SERUNI RSUD JOMBANG**



**OLEH:
REVITA BUDI ANGGRAENI
NIM. 141210032**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA**

JOMBANG

2017

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMIA
DI RUANG SERUNI RSUD JOMBANG**

**Di ajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep.) pada Diploma III keperawatan Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang**

REVITA BUDI ANGGRAENI

14.121.0032



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG**

2017

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Revita Budi Anggraeni
NIM : 14.121.0032
Tempat Tanggal Lahir : Jombang, 05 Juni 1996
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Anak
Ilmiah : Bronkopneumonia Dengan Masalah Keperawatan
Hipertermia.

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 15 Juni 2017



Revita Budi Anggraeni

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : REVITA BUDI ANGGRAENI

NIM : 14.121.0032

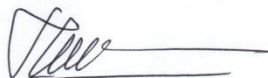
Program studi : D3 Keperawatan

Judul :Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronkhopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Hipertermi di Ruang Seruni RSUD Jombang

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICME Jombang.

Menyetujui

Komisi Pembimbing



Arif Wijaya S.Kp., M.Kep.
Pembimbing Utama



Nita Arisanti Y., S.Kep.Ns
Pembimbing Anggota

Mengetahui



H.Bambang Tutuko, S.H., S.Kep., Ns., M.H
Ketua STIKes ICME Jombang



Maharani Tri H., S.Kep., Ns., MM
Ketua Program Studi D III Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : Revita Budi Anggraeni

NIM : 14.121.0032

Program studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronkopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Hipertermia di Ruang Seruni Rumah Sakit Umum Daerah Jombang

Telah di uji dan di nilai oleh panitia penguji pada program Study DIII Keperawatan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang.

Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Muarrofah, S.Kep.,Ns.,M.Kes



Penguji Utama : Arif Wijaya S.Kp., M.Kep



Penguji Anggota : Nita Arisanti Y.S.Kep,Ns



Ditetapkan di : JOMBANG

Pada Tanggal : 15 Juni 2017

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Jombang, 05 Juni 1996 dari Ayah yang bernama Sugeng Budi Siswoyo dan Ibu yang bernama Umi Khundarmi. Penulis merupakan putri pertama dari dua bersaudara.

Tahun 2008 penulis lulus dari MI ARROSYIDDIN Pulogedang, tahun 2011 penulis lulus dari SMPN 2 Tembelang, dan tahun 2014 penulis lulus dari SMAN Plandaan. Pada tahun 2014 penulis lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih Program Studi DIII Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 15 Juni 2017



Revita Budi Anggraeni

141210032

KATA PENGANTAR

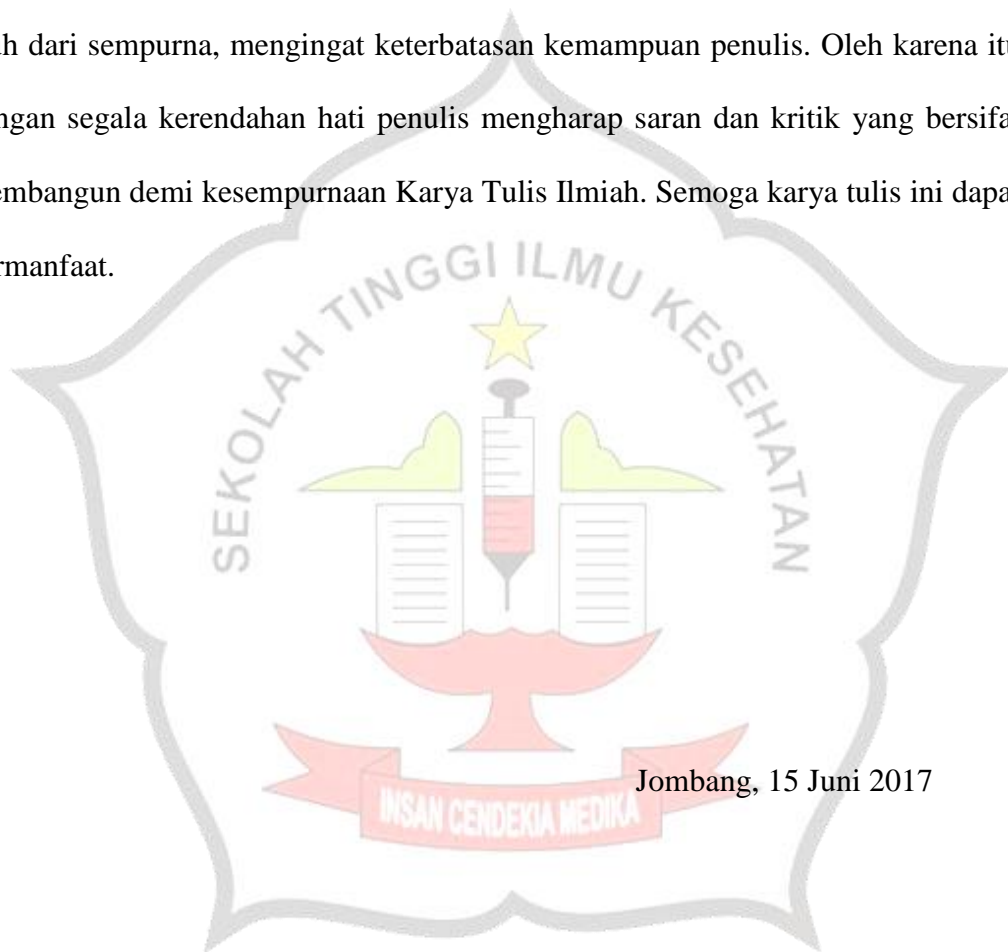
Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronkopneumonia dengan Masalah Keperawatan Hipertermia”. Proposal penelitian ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Insan Cendekia Medika Jombang.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Arif Wijaya, S.Kep., Ns.M.Kep., selaku Pembimbing pertama, dan Nita Arisanti Yulanda, S.Kep., Ns selaku pembing kedua yang telah sabar dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan, saran, dan cara penulisan untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Nita Arisanti Yulanda, S.Kep., Ns. selaku pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan., dan juga kepada H. Bambang Tutuko, S.H., S.Kep., Ns., M.H selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Maharani Tri Puspitasari, S.Kep., Ns., MM selaku Ketua Program Studi Ahli Madya Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang serta Ruliati, S.K.M., M.Kes selaku Koordinator Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Kedua Orang Tua saya yang telah memberi dukungan, saran, serta membiayai pendidikan saya selama

menempuh pendidikan Program Studi Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, dan Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan dan secretariat, serta Teman-teman D111 kkeperawatan yang selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah masih jauh dari sempurna, mengingat keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat.



Revita Budi Anggraeni

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTERMIA DI RUANG SERUNI RSUD JOMBANG

Oleh:

Revita Budi Anggaraeni

Bronkopneumonia merupakan penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian pada anak, terutama pada negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Bronkopneumonia adalah penyakit saluran pernafasan bagian bawah yang biasanya di dahului dengan infeksi saluran pernafasan bagian atas dan sering di jumpai dengan gejala awal batuk, dispnea, demam.

Desain penelitian yang di gunakan adalah deskriptif dengan metode studi kasus. Peneliti yang di ambil dari RSUD jombang sebanyak 2 klien dengan masalah Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Masalah Keperawatan Hipertermia.

Penelitian di lakukan di ruang Seruni RSUD Jombang pada tanggal 27-29 Maret 2017.

Berdasarkan hasil evaluasi terakhir di simpulkan bahwa intervensi yang di berikan pada NIC 1-15 mampu merubah suhu pasien. Dari catatan perkembangan selama 3 hari dari kedua klien menunjukkan bahwa masalah teratasi sebagian pada klien 1 dan 2 hal ini di buktikan dari suhu kedua klien menurun dari hari 1 sampai hari ke 3, klien 1 suhu hari pertama 39,4°C hari kedua 38,2°C dan hari ketiga 38,4°C, Klien 2 suhu hari pertama 38,4°C hari kedua 37,4°C dan hari ketiga 36,6°C . Pada klien 1 dan 2 akan di rencanakan pulang setelah di lakukan kolaborasi dengan dokter. Saran yang di berikan kepada perawat untuk menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat di memberikan Asuhan Keperawatan pada klien secara optimal.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Bronkopneumonia, Hipertermia

ABSTRACT

NURSING CARE IN CHILDREN BRONKOPNEUMONIA WITH HYPERTERMIA NURSING PROBLEM IN SERUNI ROOM RSUD JOMBANG

By:

Revita Budi Anggaraeni

Bronchopneumonia is the cause of the high rate of morbidity and mortality in children, especially in developing countries including Indonesia. Bronchopneumonia is a lower respiratory tract which is usually preceded by upper respiratory tract infections and is often encountered with early symptoms of cough, dyspnea, and fever.

The research design used is descriptive with case study method. Researchers who are taken from RSUD jombang as much as 2 clients with the problem of nursing care in children with problems of nursing hyperthermia.

The study was conducted in Seruni Hospital Jombang Hospital on March 27-29, 2017.

Based on the latest evaluation results, it was concluded that the interventions given at 1-15 NICs were able to change the patient's temperature. From the 3-day development record of both clients indicates that the problem is partially resolved on clients 1 and 2 it is proved from the temperature of both clients decreasing from day 1 to day 3, client 1 first day temperature 39.4 ° C second day 38.2oC and Third day 38.4 ° C, Kien 2 first day temperature 38.4 ° C second day 37.4 ° C and third day 36.6oC. On clients 1 and 2 will be planned to go home after doing collaboration with doctors. Suggestions given to nurses to use or utilize time as effectively as possible, so as to provide optimal Nursing Care to clients.

Keywords: Nursing Care, Bronchopneumonia, Hyperthermia

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PROPOSAL PENELITIAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	v
RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	2
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.5 Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Bronkopneumonia	5
2.2 Konsep Hipertermia	11
2.2.1. Definisi	11
2.2.2. Batasan Karakteristik.....	11
2.2.3. Faktor yang berhubungan.....	12
2.3 Konsep Tumbuh Kembang	12
2.3.1. Definisi pertumbuhan.....	12
2.3.2. Definisi perkembangan.....	13
2.3.3. Tahapan Tumbuh Kembang Anak	13
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	18
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	27
3.2 Batasan – Batasan Istilah	27
3.3 Partisipan	28
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	28
3.5 Pengumpulan Data	28
3.6 Uji Keabsahan Data	29
3.7 Analisa Data	30
3.8 Etika Penelitian	32
BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN	33
4.1 Hasil	33
4.2 Pembahasan.....	50
BAB V KESIMPULAN dan SARAN	58
5.1 Kesimpulan.	58
5.2 Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA.	
LAMPIRAN.	

DAFTAR TABEL

- 2.1 Intervensi Keperawatan Hipertermia
- 2.2 Intervensi Keperawatan Ketidak efektifan bersihan jalan napas
- 4.1 Identitas klien
- 4.2 Identitas Orang tua
- 4.3 Riwayat Penyakit
- 4.4 Pola Kesehatan
- 4.5 Riwayat Kehamilan dan persalinan
- 4.6 Imunisasi
- 4.7 Tumbuh Kembang
- 4.8 Pemeriksaan Fisik Head To Toe
- 4.9 Pemeriksaan Penunjang
- 4.10 Terapi
- 4.11 Analisa Data An.S
- 4.12 Analisa Data An.N
- 4.13 Diagnosa Keperawatan
- 4.14 Intervensi Keperawatan An.S
- 4.15 Intervensi Keperawatan An.N
- 4.16 Implementasi Keperawatan An.S
- 4.17 Implementasi Keperawatan An.N
- 4.18 Evaluasi Keperawatan An.S
- 4.19 Evaluasi Keperawatan An.N

DAFTAR GAMBAR

2.1.6 Web of caution Bronkopneumonia.....8



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus
Lampiran 2	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Lembar Format Pengakajian Keperawatan
Lampiran 5	Lembar Surat Studi Pendahuluan dan Penelitian
Lampiran 6	Lembar Surat Izin Studi Pendahuluan dan Penelitian
Lampiran 7	Lembar Bakordiklat
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Penelitian
Lampiran 9	Lembar Konsultasi



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang

1. % : Persentase
2. °C : Derajat Celcius
3. / : Atau
4. & : Dan
5. - : Sampai dengan
6. < : Kurang dari

Singkatan

1. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
2. ICMe : Insan Cendekia Medika
3. WHO : World Health Organization
4. NANDA : Nort American Nursing Diagnosis Association
5. NOC : Nursing Outcomes Clafication
6. NIC : Nursing Interventions Clafication
7. Dll : Dan lain-lain
8. Dkk : Dan kawan-kawan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Bronkopneumonia merupakan penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian pada anak, terutama pada negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia (Sujono&sukarmin, 2009). Bronkopneumonia merupakan penyakit saluran pernafasan bagian bawah yang biasanya di dahului dengan infeksi saluran pernafasan bagian atas dan sering di jumpai dengan gejala awal batuk, dispnea, demam. Selain disebabkan oleh infeksi dari kuman atau bakteri juga di dukung oleh kondisi lingkungan dan gizi pada anak. Masalah yang sering muncul pada penderita bronkopneumonia adalah hipertermia. Hipertermia merupakan respon dari reaksi infeksi saluran pernapasan. Peran perawat sangat besar dalam upaya membantu menemukan dan mencegah angka kesakitan atau angka kematian. Pelayanan sesuai standart dan komprehensif dapat diterapkan melalui asuhan keperawatan yang optimal guna menghindari komplikasi lebih lanjut.

Angka kejadian bronkopneumonia di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 1,80%. Di kabupaten jombang presentase penyakit bronkopneumonia pada tahun 2013 mencapai 14,4% dan pada tahun 2014 penyakit bronkopneumonia turun menjadi 6,9%.

Penyakit bronkopneumonia sering terjadi pada anak, penyebabnya adalah bakteri (*pneumococcus, streptococcus*), virus *pneumony hypostatic*, *syndroma loffler*, jamur dan benda asing (Ngastiyah, 2000). Masuk melalui saluran nafas atas dan dapat menyebabkan infeksi saluran napas bagian bawah sehingga

menyebabkan peradangan alveolus (parenkim paru) ditandai dengan terjadinya peningkatan suhu tubuh (Hipertermia). Penyakit hipertermia di tandai dengan tanda dan gejala peningkatan suhu tubuh yang mendadak biasanya di dahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas, kadang timbulnya kejang, pernafasan cepat dan dangkal di sekitar pernafasan cuping hidung, sianosis sekitar hidung dan mulut, kadang-kadang muntah dan diare dan biasanya terjadi pada permulaan penyakit tidak ditemukan, tapi setelah beberapa hari, mula- mula kering, kemudian menjadi produktif (Wijaya & Putri, 2013). Sehingga apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan komplikasi seperti kolaps, fibrosis, emfisema dan ateletaksis, kerusakan otak, dan akan melemahkan sistem pertahanan tubuh (Hidayat, 2008). Selain itu juga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak.

Upaya yang dapat dilakukan pada pasien dengan bronkopneumonia adalah dengan menjaga kelancaran pernafasan. Bagi klien bronkopneumonia yang memiliki masalah keperawatan hipertermia yang berhubungan dengan infeksi pada saluran pernafasan maka langkah yang dapat dilakukan adalah mengkaji perawatan demam, pengaturan suhu, dan monitor tanda-tanda vital (Nursing Interventions Classification (NIC) ,2016). Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis ingin membahas lebih lanjut Asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia.

1.2 Batasan Masalah

Asuhan Keperawatan pada anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan hipertermia di Ruang Seruni RSUD Jombang.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan hipertermia di RSUD Jombang?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan anak bronkopneumonia dengan Masalah keperawatan hipertermia di RSUD Jombang.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian Keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia di RSUD Jombang
2. Menetapkan diagnosis Keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia di RSUD Jombang
3. Menyusun perencanaan Keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia di RSUD Jombang
4. Melaksanakan tindakan Keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia di RSUD Jombang
5. Melakukan evaluasi Keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia di RSUD Jombang

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Mengembangkan ilmu keperawatan anak terkait Asuhan Keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia agar perawat mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien selama di rawat di Rumah Sakit.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Manfaat bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga mengerti cara perawatan pada penyakit bronkopneumonia secara benar dan bisa melakukan keperawatan di rumah dengan mandiri.

2. Manfaat bagi institusi akademik

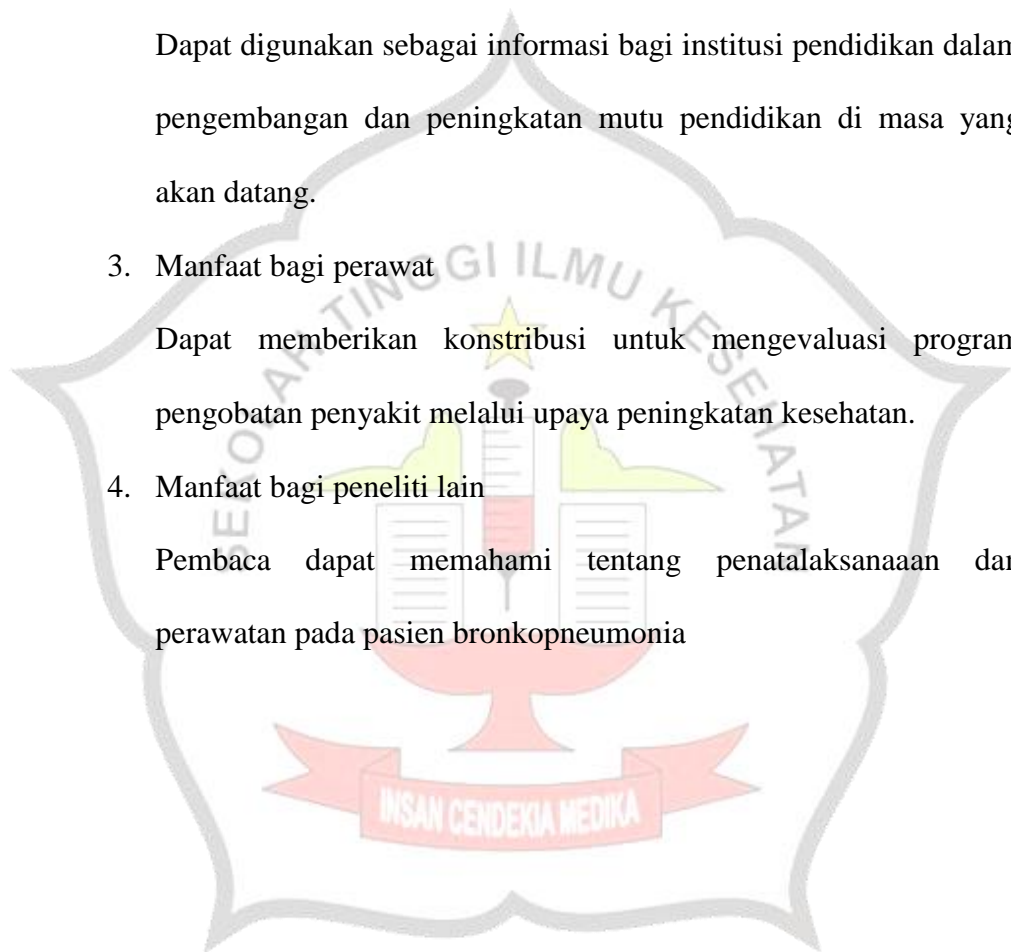
Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang akan datang.

3. Manfaat bagi perawat

Dapat memberikan konstribusi untuk mengevaluasi program pengobatan penyakit melalui upaya peningkatan kesehatan.

4. Manfaat bagi peneliti lain

Pembaca dapat memahami tentang penatalaksanaan dan perawatan pada pasien bronkopneumonia



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Bronkopneumonia

2.1.1 Definisi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia adalah peradangan paru yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi jamur dan seperti bakteri, virus, dan benda asing (Ngastiyah, 2005).

Bronkopneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat (Sudoyo, 2006).

Bronkopneumonia adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (sujono & Sukarmin, 2009).

2.1.2 Etiologi

Bronkopneumonia dapat disebabkan oleh bakteri (*pneumococcus*, *streptococcus*), *virus pneumony hypostatik*, *syndroma loffler* ,jamur dan benda asing (Ngastiyah, 2000).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis bronkopneumonia menurut (boughman, Diane, C)

1. Menggigil mendadak demam yang tinggi dengan cepat dan berkeringat banyak.

2. Nyeri dada seperti di tusuk yang diperburuk dengan pernafasan dan batuk.
3. Sakit parah dengan takipneu jelas (25-45/ menit) dan dispnea.
4. Nadi cepat dan bersambung.
5. Bradikardia relatif ketika demam menunjukkan infeksi virus, infeksi mycoplasma atau spesies legionella.
6. Sputum purulen kemerahan bersemu darah, kental atau hijau relatif terhadap preparat etiologis.
7. Tanda- tanda lain : demam, krakles, dan tanda – tanda konsolidasi lebar.

2.1.4 Klasifikasi Bronkopneumonia

Pembagian pneumonia sendiri pada dasarnya tidak ada yang memuaskan, dan pada umumnya pembagian berdasarkan anatomi dan etiologi. Beberapa ahli telah membuktikan bahwa pembagian pneumonia berdasarkan etiologi terbukti secara klinis dan memberikan terapi yang lebih relevan (Bradley, 2011)

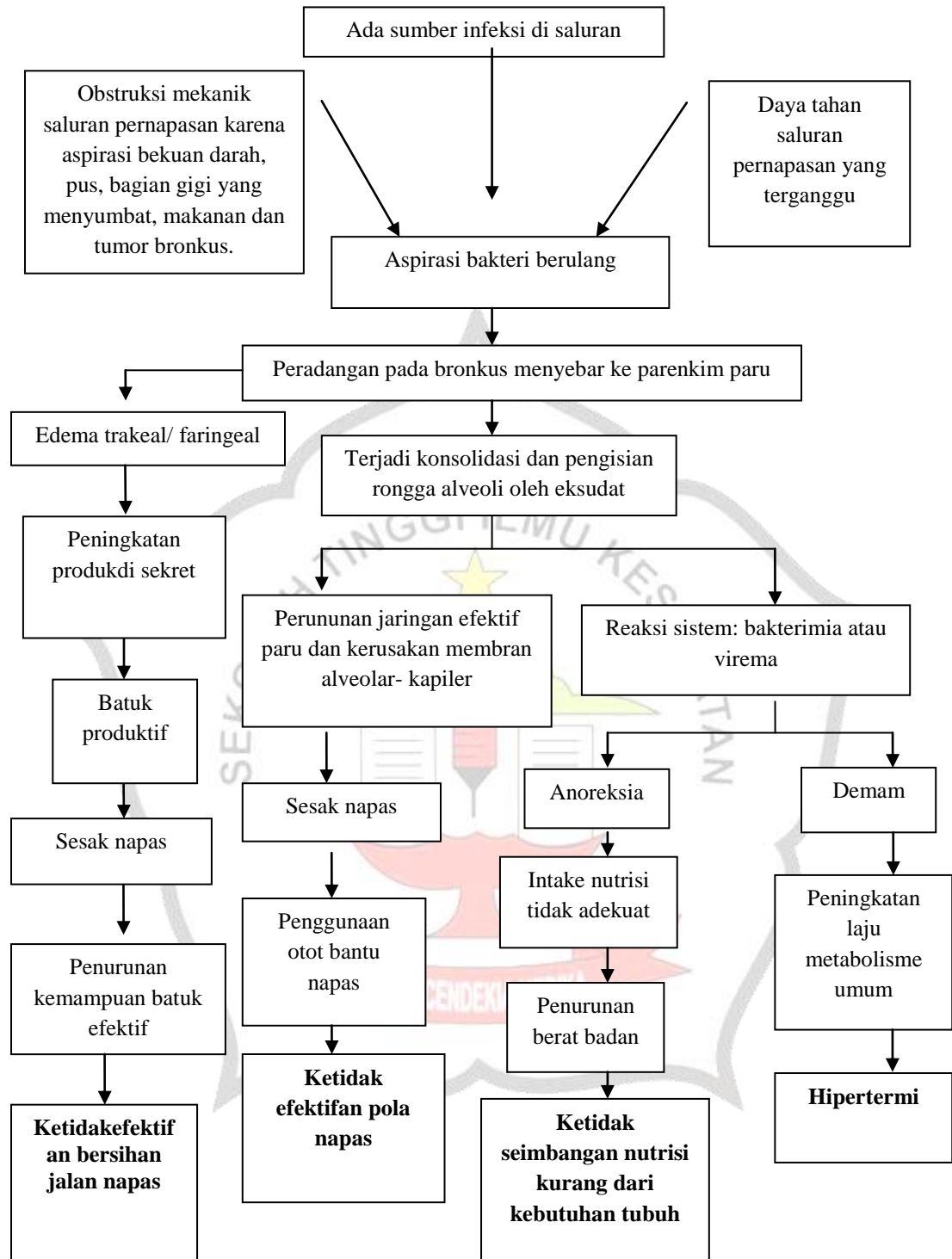
1. Berdasarkan lokasi lesi di paru yaitu pneumonia lobaris , pneumonia interstitialy, bronkopneumonia.
2. bronkopnumonia.berdasarkan asal infeksi pneumonia yang di dapat dari masyarakat (community acquired pneumonia = CAP). Pneumonia yang di dapat dari rumah sakit (hospital-based pneumonia)
3. berdasarkan mikroorganisme penyebab pneumonia bakteri pneumonia virus pneumonia mikoplasma pneumonia jamur.

4. Berdasarkan karakteristik penyakit yaitu pneumonia tipikal pneumonia atipikal
5. Berdasarkan lama penyakit yaitu pneumonia akut dan pneumonia per sisten

2.1.5 Patofisiologi

proses terjadinya bronkopneumonia di mulai dari berhasilnya kuman pathogen masuk ke mukus jalan nafas. Kuman tersebut berkembang biak di saluran nafas atau sampai di paru- paru. Bila mekanisme pertahanan seperti sitem transport mukosilia tidak adekuat, maka kuman berkembang biak secara cepat sehingga terjadi peradangan di saluran nafas atas, sebagai respon peradangan akan terjadi hipersekresi mukus dan merangsang batuk. Mikroorganisme berpindah karena adanya gaya tarik bumi dan alveoli menebal. Pengisian cairan alveoli akan melindungi mikroorganisme dari fagosit dan membantu penyebaran organisme ke alveoli lain. Keadaan ini menyebabkan infeksi meluas, aliran darah di paru sebagai peningkat yang di ikuti peradangan vaskular dan perununan darah kapiler (Price & Wilson, 2005).

2.1.6 Web of caution Bronkopneumonia



Gambar 2.1.6 Web of caution bronkopneumonia, 2017

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Sebagai penegak diagnose keperawatan dapat digunakan cara (NANDA, 2015)

1. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Pemeriksaan darah
 - 2) Pemeriksaan sputum
 - 3) Analisa gas darah
 - 4) Kultur darah
 - 5) Sempel darah, sputum, dan urin
2. Pemeriksaan radiologi
 - 1) Rontgenogram thoraks
 - 2) Laringoskopi bronkoskop

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan bronkopneumonia menurut Mansjoer (2000) dan Ngastiyah (2005) di bagi dua yaitu penatalaksanaan , medis & keperawatan.

1. Penatalaksanaan medis

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

- 1) Penisilin ditambah dengan *Cloramfenikol* atau diberikan antibiotik yang mempunyai spektrum luas seperti *Ampisilin*, pengobatan ini diteruskan sampai bebas demam 4-5 hari.
- 2) Pemberian oksigen cairan intervensi

- 3) Karena sebagian besar pasien jatuh ke dalam asidosis metabolic akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat di berikan koreksi sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri.
- 4) Pasien pneumonia ringan tidak perlu di rawat di rumah sakit.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan dalam hal ini yang di lakukan adalah:

- 1) Menjaga kelancaran pernafasan
- 2) Klien pneumonia beada dalam keadaan dispnea dan sianosis karena adanya radang paru dan banyaknya lendir di dalam bronkus atau paru. Agar klien dapat bernafas secara lancar, lendir teersebut harus di dikeluarkan dan untuk memenuhi kebutuhan O₂ perlu di bantu dengan memberikan O₂ 2l/menit secara rumat.

- 3) Kebutuhan istirahat

Klien pneumonia adalah klien payah, suhu tubuhnya tinggi, sering hiperpireksia maka klien perlu istirahat yang cukup, semua kebutuhan klien harus di tolong di tempat tidur. Usahakan pemberian obat secara tepat, usahakan keadaan tenang dan nyaman agar pasien dapat istirahat sebaik- baiknya.

- 4) Kebutuha nutrisi dan cairan

Pasien bronkopneumonia hamper selalu mengalami masukan makanan yang kurang. Suhu tubuh yang tinggi selama beberapa hari dan masukan cairan yang kurang dapat menyebabkan dehidarsi. Untuk mencegah dehidrasi dan kekurangan kalori di pasang infuse dengan cairan glukosa 5% dan Nacl 0,9%.

5) Mengontrol suhu tubuh

Pasien bronkopneumonia sewaktu- waktu dapat mengalami hiperpireksia. Untuk ini maka harus dikontrol suhu tiap jam. Dan dilakukan kompres serta obat- obatan satu jam setelah di kompres di cek kembali apakah suhu telah turun.

2.2 Konsep hipertermia

2.2.1 Definisi hipertermia

Suhu inti tubuh di atas kisaran normal diurnal karena kegagalan termogulasi.

2.2.2 Batasan karakteristik

Batasan karakteristik menurut (Nanda, 2015-2017)

1. Apnea
2. Bayi tidak dapat mempertahankan menyusu
3. Gelisah
4. Hipotensi
5. Kejang
6. Koma
7. Kulit kemerahan
8. Kulit terasa hangat
9. Latergi
10. Postur abnormal
11. Stupor
12. Takikardia
13. Takipnea

14. Vasodilatasi

2.2.3 Faktor yang berhubungan

Faktor yang berhubungan menurut (Nanda, 2015-2017)

1. Ages farmaseutikal
2. Aktivitas berlebihan
3. Dehidrasi
4. Iskemia
5. Pakaian yang tidak sesuai
6. Peningkatan laju metabolisme
7. Penurunan perspirasi
8. Penyakit
9. Sepsis
10. Suhu lingkungan tinggi
11. Trauma

2.3. Konsep pertumbuhan dan perkembangan anak

2.3.1. Definisi pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel. Adanya multiplikasi dan penambahan ukuran sel berarti ada penambahan secara kuantitatif dan hal tersebut terjadi sejak terjadinya konsepsi, yaitu bertemunya sel telur dan sperma hingga dewasa (IDAI, 2002).

Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan penambahan jumlah dan ukuran sel secara kuantitatif, dimana sel-sel tersebut mensintesis protein baru yang

nantinya akan menunjukkan pertambahan seperti umur, tinggi badan, berat badan dan pertumbuhan gigi (Anik Maryunani, 2010).

2.3.2 Definisi perkembangan

Perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat di capai melalui tumbuh kematangan dan belajar (Whalley & Wong, 2000).

2.3.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan

Ada beberapa tahapan pertumbuhan dan perkembangan pada masa anak-anak, tahapan tersebut menurut (Soetjiningsih, 2002) adalah :

- 1 Masa prenatal (konsepsi-lahir), terbagi atas :
 - 1) Masa embrio (mudigah) : masa konsepsi-8 minggu
 - 2) Masa janin (fetus) : 9 minggu-kelahiran
- 2 Masa pascanatal, terbagi atas :
 - 1) Masa neonatal usia 0-28 hari
 - a) Neonatal dini (perinatal) : 0-7 hari
 - b) Neonatal lanjut : 8-28 hari
 - 2) Masa bayi
 - a) Masa bayi dini : 1-12 bulan
 - b) Masa bayi akhir : 1-2 tahun
- 3 Masa prasekolah (usia 2-6 tahun), terbagi atas :
 - 1) Prasekolah awal (masa balita) : mulai 2-3 tahun
 - 2) Prasekolah akhir : mulai 4-6 tahun
- 4 Masa sekolah atau masa prapubertas, terbagi atas :
 - 1) Wanita : 6-10 tahun

2) Laki-laki : 8-12 tahun

5 Masa adoloseni atau masa remaja, terbagi atas :

1) Wanita : 10-18 tahun

2) Laki-laki : 12-20 tahun

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak

Tanda bayi sehat :

- a) Bayi lahir langsung menangis
- b) Tubuh bayi kemerahan
- c) Bayi bergerak aktif
- d) Bayi menyusu pada payudara ibu dengan kuat
- e) Berat lahir 2.500 sampai 4.000 gram

Tanda anak sehat :

- a) Berat badan naik mengikuti pita hijau di KMS atau naik ke pita warna di atasnya
- b) Anak bertambah tinggi
- c) Kemampuannya bertambah sesuai umur
- d) Jarang sakit
- e) Ceria, aktif, dan lincah

Umur 1 bulan bayi bisa :

- a) Menatap ke ibu
- b) Mengeluarkan suara o..o..o
- c) Tersenyum
- d) Menggerakkan tangan dan kaki

Umur 3 bulan bayi bisa :

- a) Mengangkat kepala tegak ketika tengkurap
- b) Tertawa
- c) Menggerakkan kepala ke kiri dan kanan
- d) Membalas senyum ketika diajak bicara/tersenyum
- e) Mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh

Umur 6 bulan bayi bisa :

- a) Berbalik dari telungkup ke telentang
- b) Mempertahankan posisi kepala tetap tegak
- c) Meraih benda yang ada di dekatnya
- d) Menirukan bunyi
- e) Tersenyum ketika melihat mainan/gambar yang menarik

Umur 9 bulan bayi bisa :

- a) Merambat
- b) Mengucapkan ma..ma.., da..da..
- c) Meraih benda sebesar kacang
- d) Meraih benda/mainan yang dijatuhkan
- e) Bermain tepuk tangan atau ci-luk-ba
- f) Makan kue/biscuit sendiri

Umur 12 bulan bayi bisa :

- a) Berdiri dan berjalan berpegangan
- b) Memegang benda kecil
- c) Meniru kata sederhana seperti mama, papa
- d) Mengenal anggota keluarga

- e) Takut pada orang yang belum dikenal
- f) Menunjukkan apa yang diinginkan tanpa menangis/ merengek

Umur 2 tahun anak bisa :

- a) Naik tangga dan berlari
- b) Mencoret-coret pensil pada kertas
- c) Dapat menunjuk 1 atau lebih bagian tubuhnya
- d) Menyebutkan 3-6 kata yang mempunyai arti, seperti bola, piring dan sebagainya
- e) Memegang cangkir sendiri
- f) Belajar makan-minum sendiri

Umur 3 tahun anak bisa :

- a) Mengayuh sepeda roda tiga
- b) Berdiri diatas satu kaki tanpa berpegangan
- c) Bicara dengan baik menggunakan 2 kata
- d) Mengenal 2-4 warna
- e) Menyebut nama, umur dan tempat
- f) Menggambar garis lurus
- g) Bermain dengan teman
- h) Melepas pakaiannya sendiri
- i) Mengenakan sepatu sendiri

Umur 5 tahun anak bisa :

- a) Melompat-lompat 1 kaki, menari, dan berjalan lurus
- b) Menggambar orang 3 bagian (kepala, badan, tangan/kaki)
- c) Menggambar tanda silang dan lingkaran

- d) Menangkap bola kecil dengan kedua tangan
- e) Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar
- f) Menyebut angka, menghitung jari
- g) Bicaranya mudah dimengerti
- h) Berpakaian sendiri tanpa dibantu
- i) Mengancing baju dan pakaian boneka
- j) Menggosok gigi tanpa bantuan

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Klien Anak Bronkopneumonia Dengan masalah Hipertermi

Menurut (Wijaya & Putri, 2013)

1. Pengkajian

Anamnesis utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sesak napas, batuk, dan peningkatan frekuensi pernapasan, lemas dan nyeri kepala (Muttaqin, 2008).

- 1) Identitas klien dan keluarga
- 2) Keluhan utama:
Adanya demam, kejang, sesak nafas, batuk produktif, tidak mau makan, anak rewel dan gelisah, sakit kepala.
- 3) Riwayat kehamilan dan persalinan:
 - a) Riwayat kehamilan: penyakit infeksi yang pernah diderita ibu selama hamil, perawatan ANC, imunisasi TT.
 - b) Riwayat persalinan: apakah usia kehamilan cukup, lahir prematur, bayi kembar, penyakit persalinan, apgar scor.
- 4) Keadaan kesehatan saat ini:

(Anak lemah, tidak mau makan, sianosis, sesak nafas dan dangkal gelisah, ronchi (+), wheezing (+), batuk, demam, sianosis daerah mulut dan hidung, muntah, diare).

5) Riwayat keluarga

Riwayat penyakit infeksi, TBC, Pneumonia, dan penyakit- penyakit infeksi saluran nafas lainnya.

6) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum: tampak lemah, sakit berat

b) Tanda- tanda vital

(TD menurun, nafas sesak, nadi lemah dan cepat, suhu meningkat, distress pernafasan, sianosis)

c) TB/ BB

Sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan

d) Kulit

(tampak pucat, sianosis, biasanya turgor jelek)

e) Kepala (sakit kepala)

f) Mata (tidak ada yang begitu spesifik)

g) Hidung (nafas cuping hidung, sianosis)

h) Mulut (pucat sianosis, membrane mukosa kering, bibir kering dan pucat.

i) Telinga

Lihat secret, kebersihan, biasanya tidak ada spesifik pada kasus ini.

j) Leher (tidak terdapat pembesaran KGB dan kelenjar tiroid.

- k) Jantung (pada kasus komplikasi ke endokarditis, terjadi bunyi tambahan.
 - l) Paru (infiltrasi pada lobus paru, perkusi pekak (redup), ronchi (+), wheezing (+), sesak nafas istirahat dan bertambah saat beraktifitas.
 - m) Punggung (tidak ada spesifik)
 - n) Abdomen (bising usus (+), distensi abdomen, nyeri biasanya tidak ada.
 - o) Genitalia (tidak ada gangguan)
 - p) Ekstremitas (kelemahan, penurunan aktifitas, sianosis ujung jari dan kaki.
 - q) Neurologis (terdapat kelemahan otot, tanda refleks spesifik tidak ada.
- 7) Pemeriksaan penunjang
- a) Leukositosis ($15.000 - 40.000/m^3$)
 - b) ↓ Gas darah arteri
 - c) Ro. Thorax =infiltrat pada lapangan paru
- 8) Riwayat social
- Siapa pengasuh klien, interaksi social, kawan bermain, peran ibu, keyakinan agama/ budaya.
- 9) Kebutuha dasar
- a) Makan dan minum
Penurunan intake, nutrisi dan cairan, diare, penurunan BB, mual dan muntah
 - b) Aktifitas dan istirahat

Kelemahan, lesu, penurunan aktifitas, banyak berbaring

c) BAK

Tidak begitu terganggu

d) Kenyamanan

Malgia, sakit kepala

e) Higiene

Penampilan kusut, kurang tenaga

10) Pemeriksaan tingkat perkembangan

a) Motorik kasar: setiap anak berbeda, bersifat familial, dan dapat dilihat dari kemampuan anak menggerakkan anggota tubuh.

b) Motorik halus: gerakan tangan dan jari untuk mengambil benda, menggenggam, mengambil dengan jari, menggambar, menulis dihubungkan dengan usia.

11) Data psikologis

a) Anak

Krisis hospitalisasi, mekanisme koping yang terbatas dipengaruhi oleh: usia, pengalaman sakit, perpisahan, adanya support, keseriusan penyakit.

b) Orang tua

Reaksi orang tua terhadap penyakit anaknya dipengaruhi oleh:

(a) Keseriusan ancaman terhadap anaknya

(b) Pengalaman sebelumnya

(c) Prosedur medis yang akan dilakukan pada anaknya

(d) Adanya suportif dukungan

(e) Agama, kepercayaan dan adat

(f) Pola komunikasi dalam keluarga

2.4.1 Diagnosa

Diagnosa keperawatan menurut NANDA tahun 2015 -2017 :

1. Asuhan keperawatan pada anak Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan hipertermia
2. Asuhan keperawatan pada anak Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas

2.4.3 Intervensi

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan NANDA NOC NIC 2015

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Hipertermia Definisi: Suhu inti tubuh di atas kisaran normal di urnal karena kegagalan termogulasi. Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apneu 2. Bayi tidak dapat mempertahankan menyusu 3. Gelisah 4. Hipotensi 5. Kejang 6. Koma 7. Kulit kemerahan 8. Kulit terasa hangat 9. Latergi 10. Stupor 11. Takikaerdia 12. Takipnea 13. Vasodilatasi <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ages farmaseutikal 2. Dehidrasi 3. Pakaian yang tidak sesuai 4. Peningkatan laju metabolisme 5. Penyakit 6. Suhu lingkungan tinggi 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Termogulasi 2. TTV 3. Respon pengobatan <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam rentang 36,6°C – 37,2°C 2. Nadi 80 – 120 x/menit 3. RR 20 – 30 x/menit 4. Tidak ada perubahan warna kulit 	<p>NIC Perawatan demam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda- tanda vital lain 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan 4. Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil) 5. Jangan beri aspirin untuk anak- anak 6. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan



-
- untuk demam dan fase berkejang/*flush*)
7. Dorong konsumsi cairan
 8. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika diperlukan
 9. Berikan oksigen, yang sesuai
 10. Mandikan (pasien) dengan spons hangat dengan hati-hati (yaitu: berikan untuk pasien dengan suhu yang sangat tinggi, tidak memberikannya selama fase dingin, dan hindari agar pasien tidak menggigil)
 11. Tingkatkan sirkulasi udara
 12. Pantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya., kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)
 13. Pastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi
 14. Pastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium
 15. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering
-

2.4.4 Intervensi

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan NANDA NOC NIC 2015

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Ketidak efektifan bersihan jalan napas</p> <p>Definisi:</p> <p>Ketidak mampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk yang tidak efektif 2. Dispnea 3. Gelisah 4. Kesulitan verbalisasi 5. Mata terbuka lebar 6. Ortopnea 7. Penurunan bunyi napas 8. Perubahan frekuensi napas 9. Perubahan pola napas 10. Sianosis 11. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 12. Suara napas tambahan 13. Tidak ada batuk <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpajan asap <p>Obstruksi jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya jalan napas buatan 2. Benda asing dalam jalan napas 3. Eksudat dalam alveoli 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatenan jalan nafas 2. TTV <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemostrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	<p>NIC</p> <p>Monitor pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas 2. Catat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot- otot bantu nafas, dan retraksi pada otot <i>supraclavicular</i> dan <i>intercosta</i> 3. Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi 4. Monitor pola nafas (misalnya, bradipnea, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kusmaul, pernafasan 1:1, apneustik, respirasi biot dan pola ataxic) 5. Monitor saturasi oksigen pada pasien yang tersedasi (seperti, SaO₂, SvO₂, SpO₂) sesuai dengan protocol yang ada 6. Pasang sensor pemantauan oksigen non – invasif (misalnya pasang alat pada jari, hidung dan dahi) dengan mengatur alarm

4. Hiperplasia pada dinding bronkus	pada pasien berisiko tinggi (misalnya., pasien yang obesitas, melaporkan pernah mengalami apnea saat tidur, mempunyai riwayat penyakit dengan terapi oksigen menetap, usia ekstrim) sesuai dengan prosedur tetap yang ada
5. Mukus berlebihan	
6. Penyakit paru obstruksi kronis	
7. Sekresi yang tertahan	
8. Spasme jalan napas	
Fisiologis	
1. Asma	7. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
2. Disfungsi neuromuskular	8. Perkusi torak anterior dan posterior, dari apeks ke basis paru, kanan dan kiri
3. Infeksi	9. Catat lokasi trakea
4. Jalan napas alergik	10. Monitor kelelahan otot-otot diafragma dengan pergerakan parasoksikal
	11. Auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan
	12. Kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara nafas ronki di paru
	13. Auskultasi suara nafas setelah tindakan, untuk dicatat
	14. Monitor hasil pemeriksaan ventilasi

mekanik, catat peningkatan tekanan inspirasi dan penurunan volume tidal

15. Monitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien
 16. Catat perubahan pada saturasi O₂, volume tidak akhir cO₂, dan perubahan nilai analisa gas darah dengan tepat
 17. Monitor kemampuan batuk efektif pada pasien
 18. Monitor sekresi pernafasan pasien
 19. Monitor secara ketat pasien-paien yang beresiko tinggi mengalami gangguan respirasi (misalnya., pasien dengan opioid, bayi baru lahir, pasien dengan ventilasi mekanik, pasin dengan luka bakar di wajah dan dada, gangguan neuromuscular)
 20. Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut
 21. Monitor suara serak dan perubahan suara
-



-
- tersebut setiap jam pada pasien luka bakar
22. Monitor suara krepitasi pada pasien
 23. Monitor hasil foto thoraks
 24. Buka jalan nafas dengan menggunakan maneuver chin lift atau jw thrust, dengan tepat
 25. Posisikan pasien miring ke samping sesuai indikasi untuk mencegah aspirasi, lakukan teknik log roll, jika pasien di duga mengalami cedera leher
 26. Berikan bantuan resusitasi jika di perlukan
 27. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya., nebulizer
-

2.4.5 Implementasi

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang di perkirakan dari asuhan keperawatan yang di lakukan dan di selesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah intervensi di kembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan tindakan keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter (Potter & perry, 2005).

2.4.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian terhadap sejumlah informasi yang diberikan untuk tujuan yang telah ditetapkan (potter & perry, 2005).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan Hipertermia di RSUD Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok dan perseorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. Klien adalah individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama.
3. Bronkopneumonia adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui saluran

4. pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Riyadi sujono & Sukarmin,2009).
5. Hipertermi
Suhu inti tubuh di atas kisaran normal di oral karena kegagalan termoregulasi (Nanda, 2015-2017).

3.3 Partisipan

Unit analisis atau partisipan dalam studi kasus ini adalah klien. Subjek yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus) dengan diagnosa medis Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan Hipertermi.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Jombang yang beralamat di JL.KH. Wahid Hasyim No.52, Kec.Jombang, Kab.Jombang.

3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari- Maret 2017

3.5 Pengumpulan data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah :

1. Wawancara adalah percakapan yang bertujuan, biasanya antara dua orang yang diarahkan oleh seorang dengan maksud memperoleh keterangan. Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamnesa (wawancara langsung dengan klien) dan aloanamnesa (wawancara dengan keluarga klien).
2. Observasi dan Pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indera, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat. (Suryono, 2013 dalam Muhklis 2016). Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistis perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu untuk melaksanakan umpan balik terhadap pengukuran tersebut.

Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini menggunakan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, Auskultasi pada sistem tubuh klien.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Suryono, 2013 dalam Muhklis 2016). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medis, review literatur dan pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

3.6 Uji Keabsahan data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan; dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari, akan tetapi jika belum mencapai validitas yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari. Sehingga yang diperlukan adalah 4 hari dalam studi kasus ini.

2. Metode triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan memanfaatkan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh dari responden, adapun pihak lain dalam studi kasus ini adalah keluarga klien, perawat dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut (Tri, dkk, 2015, dalam Muhklis). Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan data.

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.

2. Mereduksi data.

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian

yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan daiagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data.

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

4. Kesimpulan.

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etik Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
2. *Anonimity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (*anonymity*)
3. Rahasia (*confidentiality*), kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti (Nursalam, 2014).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengambilan data dilakukan di RSUD Jombang, jalan KH.Wahid Hasyim No.52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, Kabupaten Jombang. Yang merupakan rumah sakit type B non pendidikan, di Paviliun Seruni kapasitas tempat tidur terdiri dari 35 tempat tidur meliputi HCU 6 tempat tidur, kelas I 6 tempat tidur, kelas II 6 tempat tidur, kelas III 17 tempat tidur, dengan tenaga medis sebanyak 32, yaitu dokter spesialis 4 orang, perawat 28 orang dan mempunyai tenaga non medis sebanyak 7 orang . An.S dan An.N di rawat di ruang HCU (*Hight Care Unit*).

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas klien An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Identitas Klien Anak	Klien I	Klien II
Nama	An. S	An. N
Usia	2 bulan	20 bulan
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Anak Ke	2	1
Pendidikan	Belum sekolah	Belum Sekolah
Alamat	Gudo	Grogol
Sumber Informasi	Orangtua	Orangtua
Tanggal MRS	24 Maret 2017	26 Maret 2017
Tanggal Pengkajian	27 Maret 2017	27 Maret 2017
Diagnosa Medis	Bronkopneumonia	Bronkopneumonia

Tabel 4.2 Identitas Orangtua An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Identitas Orangtua	Klien I	Klien II
Nama Ayah/Ibu	Tn. H	Tn. R
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Pendidikan	SMA	SMP
Suku/Bangsa	Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Penanggung Jawab Biaya	Orangtua	Orangtua

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Riwayat Penyakit	Klien I	Klien II
Keluhan Utama	Ibu klien mengatakan klien panas.	Ibu klien mengatakan klien panas.
Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu klien mengatakan klien panas dan sesak sejak 2 hari yang lalu, dan batuk sejak 7 hari yang lalu.. Sempat di bawa ke puskesmas pada hari jum'at jam 10.00 WIB. Dirujuk ke RSUD Jombang pada jam 11.30 WIB. dan masuk ruang HCU Pav. Seruni pada jam 13.00 WIB	Ibu klien mengatakan klien panas sejak 4 hari yang lalu, batuk sejak 5 hari yang lalu,perut kembung selama 2 hari. Sempat di bawa ke puskesmas Cukir pada hari sabtu jam 18.30 WIB. Di rujuk ke RSUD Jombang pada hari minggu jam 10.00 WIB. dan masuk ruang HCU Pav. Seruni pada jam 13.25 WIB.
Riwayat Penyakit Keturunan	Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit turunan.	Ibu klien mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat penyakit turunan.
Riwayat Alergi	Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat alergi	Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat alergi
Riwayat Operasi	Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat operasi	Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat operasi
Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita Keluarga	Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga Bronkopneumonia	Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga Bronkopneumonia
Riwayat Lingkungan Rumah atau Komunitas	Ibu klien mengatakan bahwa kakek klien merokok serta rumah yang sedikit ventilasi	Ibu klien mengatakan bahwa kakek klien merokok dan rumah sedikit jendela serta keadaan

terutama jendela	rumah sedikit lembab
------------------	----------------------

Tabel 4.3 Pola Kesehatan An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola manajemen kesehatan	Ibu Klien mengatakan saat sakit berobat ke dokter yang berada disekeliling rumahnya, Berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Jombang.	Ibu Klien mengatakan jika anaknya sakit sering di bawa ke puskesmas berhubung klien memerlukan perawatan lebih lanjut, maka pihak puskesmas merujuk ke RSUD Jombang.
Pola nutrisi	<p>Di Rumah : Ibu Klien mengatakan klien minum susu formula kurang lebih 60-90 ml setiap 4-5 jam sekali/ hari karena klien tidak di berikan ASI oleh ibunya.</p> <p>Di Rumah Sakit sakit: ibu klien mengatakan klien hanya minum susu formula kurang lebih 30-60 ml setiap 4-5 jam sekali/ hari.</p>	<p>Di Rumah : Ibu Klien mengatakan, selara makan baik, makan 3x/ hari dengan menu nasi lembek dan lauk pauk serta sayur, minum air putih kurang lebih 300 ml/ hari .</p> <p>Di Rumah Sakit: ibu klien mengatakan, klien hanya minum ASI 5-7 x dan susu formula kurang lebih 60-70 ml setiap 8 jam sekali.</p>
Pola eliminasi	<p>Di Rumah : Ibu Klien mengatakan kebiasaan BAK kurang lebih 10-12 x /hari, jika memakai pampers dig anti sebanyak 5x /hari warna kuning jernih, dan BAB 4-5x/ hari, warna kuning dan khas bau feses.</p> <p>Di Rumah Sakit : Ibu klien mengatakan BAK 8-10x/ hari, warna kuning jernih, dan BAB 3-4 kali/ hari warna kecoklatan dan khas bau feses dengan pampers sebanyak 180-220 gram / hari.</p>	<p>Di Rumah : Ibu Klien mengatakan kebiasaan BAK kurang lebih 8-9 x /hari, warna kuning jernih, dan BAB 2x/ hari, warna kuning dan khas bau feses.</p> <p>Di Rumah Sakit : Ibu klien mengatakan BAK 8-5-6x/ hari, warna kuning jernih, dan BAB 1 kali/ hari warna kuning dan khas bau feses. Jika menggunakan</p>

Pola istirahat - tidur	<p>Di Rumah : Ibu klien mengatakan ketika istirahat tidur kurang lebih 13-16 jam/hari dengan perlengkapan boks dan kasur bayi dan penerangan yang baik.</p> <p>Di Rumah sakit : ibu klien mengatakan, klien hanya tidur 9-11 jam/ hari karena klien sering menangis.</p>	<p>pampers sebanyak 200-240 gram /hari.</p> <p>Di Rumah : Ibu klien mengatakan ketika istirahat tidur kurang lebih 10-12 jam/hari dengan perlengkapan dan penerangan yang baik.</p> <p>Di Rumah sakit : ibu klien mengatakan, klien hanya tidur 9-10 jam/ hari.</p>
Pola aktivitas	<p>Di Rumah : Ibu klien mengatakan klien dapat melakukan aktifitas seperti bermain dengan jarinya, mampu menghisap tangannya sendiri.</p> <p>Di Rumah Sakit : bayi juga dapat melakukan aktifitas menghisap tangannya sendiri tetapi bayi sering menangis.</p>	<p>Di Rumah : Ibu klien mengatakan klien melakukan aktifitas seperti bermain, dan makan sendiri.</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien hanya dapat bermain boneka di tempat tidur dengan ibunya.</p>

Tabel 4.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Riwayat Kehamilan dan Persalinan	Klien 1	Klien 2
ANC (Prenatal)	Tidak pernah selama hamil	Tiap 1 bulan
Penyakit Ibu Saat Hamil	Tidak ada	Tidak ada
Natal/Cara Persalinan	SectioCaesaria (SC)	Normal
Post Natal	Bayi sehat, tidak berpenyakit kuning, tidak asfiksia	Bayi sehat, tidak berpenyakit kuning, tidak asfiksia
BBL	2,8 kg	3,1 kg

Tabel 4.5 Imunisasi An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Jenis Imunisasi	Klien 1	Klien 2
BCG	1 kali, umur 1 bulan	1 kali umur 1 bulan
DPT		3 kali umur 2,3,4 bulan
		1 kali saat lahir
Hepatitis		1 kali, umur 8 bulan
Campak		4 kali umur 1,2,3,4 bulan
Polio		

Tabel 4.6 Tumbuh Kembang An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Pertumbuhan	Klien 1	Klien 2
Berat Badan	3,6 kg	12 kg
BB Sebelum Sakit	3,6 kg	12 kg
Perkembangan, Usia Anak Saat	Klien 1	Klien 2
Tengkurap	Belum bisa	4 bulan
Duduk	Belum bisa	9 bulan
Berdiri	Belum bisa	1 tahun
Berjalan	Belum bisa	1 tahun

Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik Head To Toe An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Observasi	Klien 1	Klien 2
Kedaaan Umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
GCS (Glasgow Scale)	Coma 4-5-6	4-5-6
Tanda-tanda Vital		
Nadi	121x per menit	130x per menit
Suhu	39,4 °C	38,7 °C
Respiration Rate pemeriksaan fisik head toe-toe	30x per menit	26x per menit
Kulit :		
- Pucat	Tidak	Tidak
- Sianosis	Tidak	Tidak
- Turgor Kulit	Kurang	Kurang
- Lesi	Tidak ada	Tidak ada
Kepala		
- Bentuk Kepala	Simetris	Simetris
- Bentuk Wajah	Simetris	Simetris

-	Keluhan Pusing	Tidak Terkaji	Iya
-	Benjolan	Tidak Ada	Tidak Ada
-	Pertumbuhan Rambut	Merata	Merata
Mata			
-	Pergerakan Bola Mata	Simetris Normal	Simetris Normal
-	Refleks Pupil	Anemis	Anemis
-	Konjungtiva		
-	Kornea	Bening	Bening
<hr/>			
Hidung			
-	Bentuk	Simetris	Simetris
-	Pernapasan Cuping Hidung	Iya	Tidak
-	Sepumnasi	Simetris	Simetris
-	Terpasang NGT	Iya	Tidak
Mulut			
-	Mukosa Bibir	Kering	Basah
-	Pucat	Iya	Iya
-	Sianosis	Tidak	Tidak
-	Gigi	Belum Tumbuh	Bersih
-	Lidah	Bersih	Bersih
Telinga			
-	Bentuk Daun Telinga	Simetris	Simetris
-	Kebersihan	Bersih	Bersih
-	Sekret	Tidak Ada	Tidak Ada
-	Fungsi Pendengaran	Normal	Normal
Leher			
-	Bentuk	Simetris	Simetris
-	Pembesaran Kelenjar Tyroid	Tidak Ada	Tidak Ada
-	Pembesaran JVP	Tidak Ada	Tidak Ada
Jantung			
-	Keluhan dada	Nyeri Tidak Terkaji	Tidak Ada
-	Irama Jantung	Tidak Teratur	Teratur
-	CRT	Kurang dari 3 Detik	Kurang dari 3 Detik
Paru			
-	Keluhan	Sesak	Sesak
-	Bentuk Dada	Simetris	Simetris
-	Pergerakan Nafas	Simetris	Simetris
-	Irama Napas	Tidak Teratur	Tidak Teratur
-	Suara Napas	Ronchi	Ronchi
<hr/>			
Punggung			
-	Keluhan Nyeri	Tidak Terkaji	Tidak Terkaji
-	Luka/Lesi	Tidak Ada	Tidak Ada

Abdomen										
- Bentuk	Simetris	Simetris								
- Bising Usus	Meningkat	Meningkat								
- Nyeri tekan	Tidak Terkaji	Tidak								
- Pembesaran Hepar	Tidak Ada	Tidak Ada								
- Pembesaran Lien	Tidak Ada	Tidak Ada								
- Ascites	Tidak Terkaji	Tidak Ada								
- Mual Muntah	Iya	Iya								
Genetalia										
- Keluhan	Tidak Terkaji	Tidak Ada								
- Alat Bantu Kateter	Tidak	Tidak								
- Kandung Kencing Membesar	Tidak	Tidak								
- Nyeri tekan	Tidak Ada	Tidak Ada								
- Luka/Lesi	Tidak Ada	Tidak Ada								
- Produksi Urine	140cc	320 cc								
- Warna	Kuning	Kuning								
- Bau	Khas	Khas								
Ekstremitas										
- Kelainan Ekstremitas	Tidak Ada	Tidak Ada								
- Kelemahan Ujung Jari	Tidak Ada	Tidak Ada								
- Sianosis Ujung Jari	Tidak	Tidak								
- Kekuatan Otot	<table border="1"> <tr> <td>55</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>55</td> <td>65</td> </tr> </table>	55	55	55	65	<table border="1"> <tr> <td>55</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>55</td> <td>65</td> </tr> </table>	55	55	55	65
55	55									
55	65									
55	55									
55	65									
Neurologis										
- Kesadaran	Composmentis	Composmentis								
- GCS	4-5-6	4-5-6								
- Keluhan Pusing	Tidak Terkaji	Iya								

Tabel 4.8 Pemeriksaan Penunjang (Pemeriksaan Darah) An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Jenis Pemeriksaan	Klien 1 (Pemeriksaan tgl 27-03-2017)	Klien 2 (Pemeriksaan tgl 26-03-2017)	Nilai Normal
Hb	6,5	12,8	11,4-17,7 g/dl
Lekosit	11.250	10.400	4.700-10.300/cmm
Hematokrit	18,4	36,2	37-48 %
Eritrosit	2.130.000	4.900.000	L 4,5-5,6 P 4-5 jt/ui
Trombosit	614.000	64.000	150.000-350.000/cmm
Hitung Jenis Eosinofil	1	-	1-3 %

Segmen	35	34	50-65 %
Limfosit	49	60	25-35 %
Monosit	15	6	4-10 %
KIMIA KLINIK			
Glukosa darah sewaktu	208	89	<200mg/dl

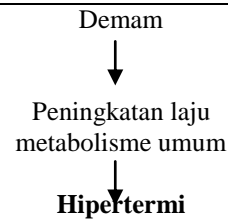
Tabel 4.9 Terapi An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Klien 1	Klien 2
D10 1/5 NS 250/24 Jam Injeksi Cefotaxim 3x125 mg Injeksi Gentamicyn 1x20 mg Injeksi Antrain 3x40 mg Injeksi Pyrex 3x4 cc (selang-seling dengan Antrain) Injeksi Meropenem 3x125 mg Tranfusi PRC 40 cc Injeksi Prelasix 4 mg Nebul Ventolin 4 x ½ cc	D5 ¼ NS 1000 cc/24 Jam Injeksi Cefotaxim 3x400 mg Injeksi pyrex 3x12 cc

4.1.3 ANALISA DATA

Tabel 4.10 Analisa Data An.S dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Analisa Data	Etiologi	Masalah
Klien 1 Ds : Ibu klien mengatakan klien panas Do : 1. Kulit kemerahan 2. Kulit terasa hangat 3. Bayi tidak dapat mempertahankan menyusu 4. Keadaan umum : lemah 5. Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik TTV RR : 40 x/menit S : 39,4 °C N : 132 x/menit	Bakteri ↓ Ada sumber infeksi di saluran pernapasan ↓ Aspirasi bakteri berulang ↓ Peradangan pada bronkus menyebar ke parenkim paru ↓ Terjadi konsolidasi dan pengisian rongga alveoli oleh eksudat ↓ Reaksi sistem: bakterimia atau viremia ↓	Hipertermia



Tabel 4.11 Analisa Data An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>Klien 2 Ds : Ibu klien mengatakan klien panas Do : 1. Kulit kemerahan 2. Kulit terasa hangat 3. Keadaan umum : lemah 4. Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik</p> <p>TTV RR : 32 x/menit S : 38,7 °C N : 128x/menit</p>	<p>Bakteri</p> <pre> graph TD A[Bakteri] --> B[Ada sumber infeksi di saluran pernapasan] B --> C[Aspirasi bakteri berulang] C --> D[Peradangan pada bronkus menyebar ke parenkim paru] D --> E[Terjadi konsolidasi dan pengisian rongga alveoli oleh eksudat] E --> F[Reaksi sistem: bakterimia atau viremia] F --> G[Demam] G --> H[Peningkatan laju metabolisme umum] H --> I[Hipertermi] </pre>	Hipertermia

4.1.4 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan An.S dan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

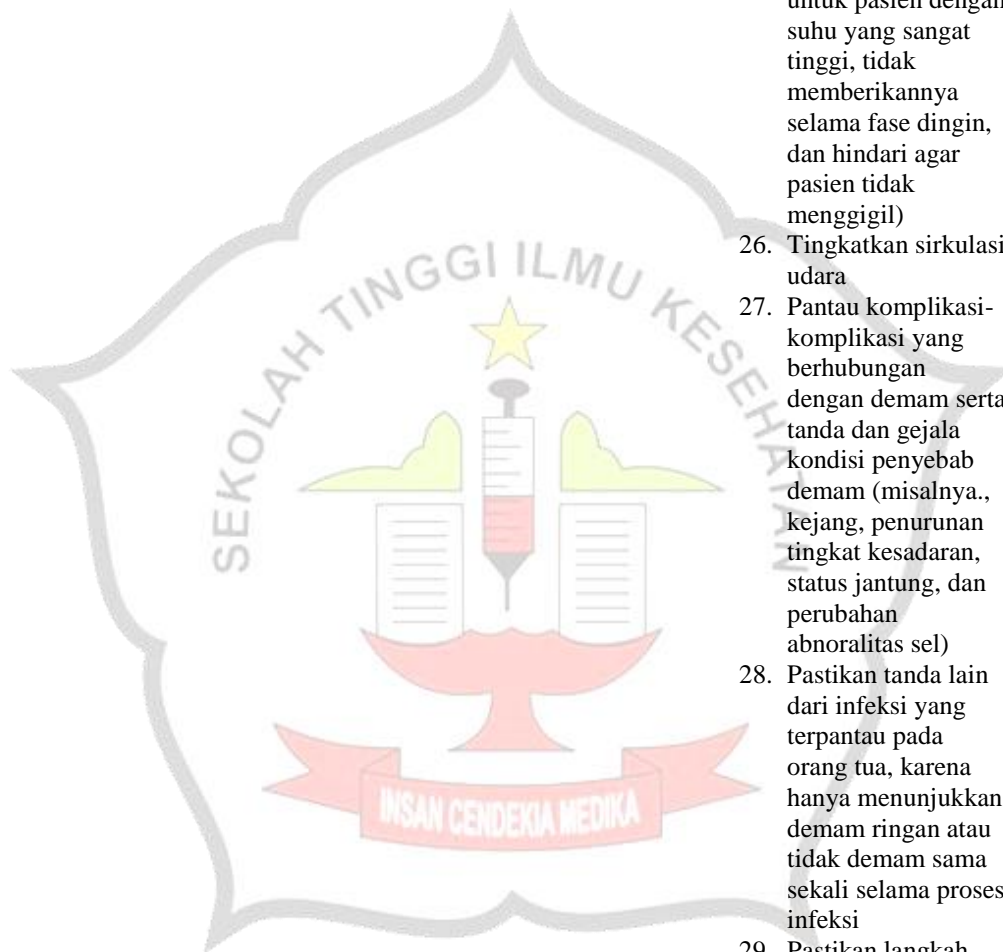
Klien 1	Klien 2
Hipertermi berhubungan dengan reaksi infeksi pada saluran pernapasan	Hipertermi berhubungan dengan reaksi infeksi pada saluran pernapasan

4.1.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 4.13 Intervensi Keperawatan An.S dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Klien 1 (An. S)	NOC	NIC
Hipertermi berhubungan dengan reaksi infeksi pada saluran pernapasan	4. Termogulasi 5. TTV 6. Respon pengobatan Kriteria Hasil 5. Suhu tubuh dalam rentang 36,6°C – 37,2°C 6. Nadi 80 – 120 x/menit 7. RR 20 – 30 x/menit 8. Tidak ada perubahan warna kulit	Perawatan demam 16. Pantau suhu dan tanda- tanda vital lain 17. Monitor warna kulit dan suhu 18. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan 19. Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil) 20. Jangan beri aspirin untuk anak- anak 21. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/ <i>flush</i>)

-
22. Dorong konsumsi cairan
 23. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika diperlukan
 24. Berikan oksigen, yang sesuai
 25. Mandikan (pasien) dengan spons hangat dengan hati-hati (yaitu: berikan untuk pasien dengan suhu yang sangat tinggi, tidak memberikannya selama fase dingin, dan hindari agar pasien tidak menggigil)
 26. Tingkatkan sirkulasi udara
 27. Pantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya, kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)
 28. Pastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi
 29. Pastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium
 30. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering
-



Tabel 4.14 Intervensi Keperawatan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Klien 2 (An. N) Hipertermi berhubungan dengan reaksi infeksi pada saluran pernapasan	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Termogulasi 2. TTV 3. Respon pengobatan <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam rentang 36,6°C – 37,2°C 2. Nadi 80 – 120 x/menit 3. RR 20 – 30 x/menit 4. Tidak ada perubahan warna kulit 	<p>NIC</p> <p>Perawatan demam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lain 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan 4. Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggil) 5. Jangan beri aspirin untuk anak- anak 6. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/ <i>flush</i>) 7. Dorong konsumsi cairan 8. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika di perlukan 9. Berikan oksigen, yang sesuai 10. Mandikan (pasien) dengan spons hangat dengan hati- hati (yaitu: berikan untuk pasien dengan suhu yang sangat tinggi, tidak memberikannya selama fase dingin, dan hindari agar pasien tidak menggil) 11. Tingkatkan sirkulasi udara 12. Pantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan

- gejala kondisi penyebab demam (misalnya., kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)
13. Pastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi
 14. Pastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium
 15. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering

4.1.6 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 4.15 Implementasi Keperawatan An.S dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG 2017)

Waktu	Hari / Tanggal	Hari / Tanggal	Hari/Tanggal	Paraf
	27 Maret 2017	28 Maret 2017	29 Maret 2017	
08.00	1. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.			
08.10	2. Memantau suhu dan tanda- tanda vital lain TTV RR : 40 x/menit S : 39,4 °C N : 132 x/menit	2..Memantau suhu dan tanda- tanda vital lain TTV RR : 32 x/menit S : 38,2 °C N : 122 x/menit	2.Memantau suhu dan tanda- tanda vital lain TTV RR :34 x/menit S : 38,4 °C N : 126 x/menit	
08.15	3. Memonitor warna kulit (sedikit kemerahan) dan suhu 39,4°C.	3. Memonitor warna kulit (normal) dan suhu 38,2°C	3.Memonitor warna kulit (normal) dan suhu 38,4°C	
08.20	4. Memonitor asupan dan keluaran, intake : PASI 8x60cc/hari.	4. Memonitor asupan dan keluaran, intake : PASI 8x60cc/hari. output: kurang lebih	4. Memonitor asupan dan keluaran, intake : PASI 1.420cc	

	output: kurang lebih 1.420cc /hari	1.420cc /hari	/hari. output: kurang lebih 420cc /hari
08.30	5. Memberi obat atau cairan IV Injeksi Cefotaxim 3x125 mg Injeksi Gentamicyn 1x20 mg Injeksi Antrain 3x40 mg Injeksi Pyrex 3x4 cc (selang-seling dengan Antrain)	5. Memberi obat atau cairan IV Injeksi Gentamicyn 1x20 mg Injeksi Antrain 3x40 mg Injeksi Pyrex 3x4 cc (selang-seling dengan Antrain) Injeksi Meropenem 3x125 mg	5. Memberi obat atau cairan IV Injeksi Gentamicyn 1x20 mg Injeksi Antrain 3x40 mg Injeksi Pyrex 3x4 cc (selang-seling dengan Antrain) Injeksi Meropenem 3x125 mg
08.45	Injeksi Meropenem 3x125 mg		
09.00	6. Menutup pasien dengan selimut Bayi	6. Menutup pasien dengan selimut Bayi	6. Menutup pasien dengan selimut Bayi
09.15	7. Memberikan fasilitas istirahat untuk bayi	7. Memberikan fasilitas istirahat untuk bayi.	7. Memberikan fasilitas istirahat untuk bayi.
10.00	8. Memberikan oksigen Nasal kanula 3 lpm.	8. Memberikan oksigen kanula 3 lpm.	8. Memberikan oksigen kanula 3 lpm.
11.30	9. Memandikan atau menyeka (pasien)	9. Memandikan atau menyeka (pasien)	9. Memandikan atau menyeka (pasien)
11.45	10. Meningkatkan sirkulasi udara 11. Memantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya, kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)	10. Meningkatkan sirkulasi udara 11. Memantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya, kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)	10. Meningkatkan sirkulasi udara 11. Memantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya, kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)
12.00	12. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi.	12. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi.	12. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi.
12.15		13. Memastikan tanda	

12.30	13.Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua jika terjadi demam tinggi.	lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua jika terjadi demam tinggi.	13.Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua jika terjadi demam tinggi.
12.45	14.Memastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium kepada orang tua	14.Memastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium kepada orang tua	14.Memastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium kepada orang tua
	15. Melembabkan bibir yang kering dengan madu	15.Melembabkan bibir yang kering dengan madu	15.Melembabkan bibir yang kering dengan madu

Tabel 4.16 Implementasi Keperawatan An.N dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG 2017)

Waktu	Hari / Tanggal	Hari / Tanggal	Hari/Tanggal	Paraf
	27 Maret 2017	28 Maret 2017	29 Maret 2017	
08.00	1. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.			
08.10	2. Memantau suhu dan tanda- tanda vital lain TTV RR : 32 x/menit S : 38,7 °C N : 128x/menit	2..Memantau suhu dan tanda- tanda vital lain TTV RR : 26 x/menit S : 37,4 °C N : 118 x/menit	2.Memantau suhu dan tanda- tanda vital lain TTV RR :24 x/menit S : 36,6 °C N : 110 x/menit	
08.15	3. Memonitor warna kulit (sedikit kemerahan) dan suhu 38,7°C.	3. Memonitor warna kulit (normal) dan suhu 37,4°C	3.Memonitor warna kulit (normal) dan suhu 36,6°C	
08.20	4. Memonitor asupan dan keluaran, intake : PASI 8x80cc/hari. output: kurang lebih 1.500cc /hari	4. Memonitor asupan dan keluaran, intake : PASI 8x80cc/hari. output: kurang lebih 1.500cc /hari	4. Memonitor asupan dan keluaran, intake : PASI 8x80cc/hari. output: kurang lebih 1.500cc/hari	
08.30	5. Memberi obat atau	5.Memberi obat atau cairan IV	5.Memberi obat atau cairan IV	

	cairan IV Injeksi Cefotaxim 3x400 mg	Injeksi Cefotaxim 3x400 mg	Injeksi Cefotaxim 3x400 mg
08.45	Injeksi pyrex 3x12 cc	Injeksi pyrex 3x12 cc	Injeksi pyrex 3x12 cc
09.00	6. Menutup pasien dengan selimut Bayi	6. Menutup pasien dengan selimut Bayi	6. Menutup pasien dengan selimut Bayi
09.15	7. Memberikan fasilitas istirahat	7. Memberikan fasilitas istirahat	7. Memberikan fasilitas istirahat
10.00	8. Memberikan oksigen Nasal kanula 4 lpm.	8. Memberikan oksigen kanula 4 lpm.	8. Memberikan oksigen kanula 4 lpm.
11.30	9. Memandikan atau menyeka (pasien)	9. Memandikan atau menyeka (pasien)	9. Memandikan atau menyeka (pasien)
11.45	10. Meningkatkan sirkulasi udara	10. Meningkatkan sirkulasi udara	10. Meningkatkan sirkulasi udara
12.00	11. Memantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya, kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)	11. Memantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya, kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)	11. Memantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya, kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel)
12.15	12. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi.	12. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi.	12. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi.
12.30	13. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua jika terjadi demam tinggi.	13. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua jika terjadi demam tinggi.	13. Memastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua jika terjadi demam tinggi.
12.45	14. Memastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium	14. Memastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium	14. Memastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium
		15. Melembabkan	15. Melembabkan

15. Melembabkan bibir dan mukosa bibir dan mukosa dan mukosa hidung yang kering hidung yang kering yang kering

4.1.7 EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 4.17 Evaluasi Keperawatan klien 1 dan 2 dengan Bronkopneumonia di ruang Seruni (RSUD JOMBANG 2017)

EVALUASI	Hari 1 27/03/2017	Hari 2 28/03/2017	Hari 3 29/03/2017												
Klien 1 (An. S)	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya panas, tidak mau minum susu, dan sering menangis.</p> <p>O : Keadaan umum : lemah Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik. TTV RR : 40 x/menit S : 39,4 °C N : 132 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah (menangis). - konjungtiva pucat. - sklera putih. - Akral dingin. - Mukosa bibir kering. - Terpasang O₂ nasal kanul. - kekuatan otot <table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>55</td><td>55</td></tr> </table> <p>- kulit kering.</p>	55	55	55	55	<p>S: Ibu klien mengatakan anaknya panas,</p> <p>O:keadaan umum: cukup Kesadaran: Composmentis GCS 4-5-6 TTV RR : 32 x/menit S : 38,2 °C N : 122 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah tidak gelisah (tidak menangis) - Mukosa bibir nampak segar - Konjungtiva normal - Sklera putih - Akral hangat - kekuatan otot - Terpasang O₂ nasal kanul - kekuatan otot <table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>55</td><td>55</td></tr> </table>	55	55	55	55	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya masih panas</p> <p>O : keadaan umum : cukup Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6 TTV RR :34 x/menit S : 38,4 °C N : 126 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah tidak gelisah (tidak menangis) - Mukosa bibir nampak segar - Konjungtiva normal - Sklera putih - Akral hangat - kekuatan otot - Terpasang O₂ nasal kanul - kekuatan otot <table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>55</td><td>55</td></tr> </table> <p>-kulit klien nampak</p>	55	55	55	55
55	55														
55	55														
55	55														
55	55														
55	55														
55	55														

- Terpasang infuse segar

-kulit klien nampak segar

- Terpasang infuse

A : Masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi (No. 1-16)

A : Masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi (No. 1-16)

Klien 2 (An. N)

S : Ibu klien mengatakan anaknya panas,
O : Keadaan umum : lemah
 Kesadaran : Composmentis
 GCS 4-5-6, CRT < 2 detik.
 TTV
 RR : 32 x/menit
 S : 38,7 °C
 N : 128x/menit

- konjungtiva normal.
 - sklera putih.
 - Akral dingin.
 - Mukosa bibir kering.
 - Terpasang O₂ nasal kanul.
 - kekuatan otot

55	55
55	55

- kulit kering.
 - Terpasang infuse

A : Masalah teratasi Belum teratasi
P : Lanjutkan intervensi (No. 1-16)

S: Ibu klien mengatakan anaknya panas,
O:keadaan umum: cukup
 Kesadaran: Composmentis
 GCS 4-5-6
 TTV
 RR : 26 x/menit
 S : 37,4 °C
 N : 118 x/menit

- Mukosa bibir nampak segar
 - Konjungtiva normal
 - Sklera putih
 - Akral hangat
 - kekuatan otot
 - Terpasang O₂ nasal kanul
 - kekuatan otot

55	55
55	55

-kulit klien nampak segar

- Terpasang infuse

A : Masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi (No.1-16)

S: Ibu klien mengatakan anaknya panas,
O:keadaan umum: cukup
 Kesadaran: Composmentis
 GCS 4-5-6
 TTV
 RR :24 x/menit
 S : 36,6 °C
 N : 110 x/menit

- Klien sudah tidak gelisah (tidak menangis)
 - Mukosa bibir nampak segar
 - Konjungtiva normal
 - Sklera putih
 - Akral hangat
 - kekuatan otot
 - Terpasang O₂ nasal kanul
 - kekuatan otot

55	55
55	55

-kulit klien nampak segar

- Terpasang infuse

A : Masalah teratasi pasien direncanakan pulang besok oleh dokter
P: Lanjutkan intervensi (No.1-16)

4.2 Pembahasan

Pada bab ini berisi perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang disajikan untuk menjawab tujuan khusus. Setiap temuan perbedaan diuraikan dengan konsep. Pembahasan disusun sesuai dengan khusus. Urutan penulisan berdasarkan paragraf adalah F-T-O (Fakta – Teori – Opini), isi pembahasan sesuai dengan tujuan khusus yaitu :

i. Pengkajian

Hasil pengkajian secara wawancara dan observasi, penulis menemukan masalah yang dikeluhkan klien 1 dan klien 2 dan menjadi prioritas diagnosa keperawatan yang paling utama yaitu Hipertermi berhubungan dengan reaksi infeksi pada saluran pernapasan. Hal ini didasarkan pada data data subjektif dari ibu klien An.S. yang mengatakan anaknya panas sejak 2 hari yang lalu, batuk sejak 7 hari yang lalu, sesak sejak 2 hari yang lalu dengan diperoleh data objektif kulit kemerahan, kulit terasa hangat, bayi tidak dapat mempertahankan menyusu, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik pernapasan 40 x/menit, suhu 39,4 °C dan nadi 132 x/menit. Sedangkan pada data subjektif dari ibu klien An.N yang mengatakan klien panas sejak 4 hari yang lalu, batuk sejak 5 hari yang lalu,perut kembung selama 2 hari dengan diperoleh data objektif kulit kemerahan, kulit terasa hangat, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, CRT < 2 detik, pernapasan 32 x/menit, suhu 38,7 °C, dan nadi 128x/menit.

Menurut Andra & Yessie 2013, manifestasi klinis bronkopneumonia terdapat peningkatan suhu tubuh yang mendadak, timbul demam,

pernapasan cepat dan dangkal di sertai dengan pernapasan cuping hidung, sianosis sekitar hidung dan mulut, kadang-kadang muntah dan diare, serta batuk kering yang kemudian menjadi produktif.

Dari hasil pengkajian maka peneliti berpendapat bahwa hipertermia yang terjadi pada klien 1 dan klien 2 merupakan gejala umum pada seseorang yang mengalami bronkopneumonia karena adanya infeksi pada tubuh yang disebabkan oleh bakteri, virus, maupun jamur. Hipertermia merupakan reaksi infeksi pada saluran pernapasan. Berdasarkan data yang ada diketahui bahwa terdapat perbedaan suhu antara An.S dan An.N dimana pada An.S 39,4 °C dan An.N 38,7.

ii. Analisa Data

Analisa pada klien 1 dan klien 2 etiologi yang di berikan sama tetapi pada data obyektif klien 1, bayi tidak dapat mempertahankan menyusu karena pasien menangis tampak gelisah hal ini di akibatkan suhu yang sangat tinggi pada klien.

Menurut (Wijaya & Putri,2013) bakteri Masuk melalui saluran nafas atas dan dapat menyebabkan infeksi saluran napas bagian bawah sehingga menyebabkan peradangan alveolus (parenkim paru) ditandai dengan terjadinya peningkatan suhu tubuh Hipertermia.

Dari hasil pengkajian maka peneliti berpendapat bahwa hipertermia yang terjadi pada klien 1 dan klien 2 merupakan gejala umum pada seseorang yang mengalami bronkopneumonia karena adanya infeksi pada tubuh yang disebabkan oleh bakteri, virus, maupun jamur. Terjadinya Hipertermia pada kedua klien ditandai dengan adanya tanda kulit

kemerahan, kulit terasa hangat dan bayi tidak dapat mempertahankan menyusu.

4.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 adalah Hipertermi berhubungan dengan reaksi infeksi pada saluran pernapasan. Hal ini di buktikan pada data obyektif dari suhu klien 1 dan 2 tinggi, klien 1 39,4oC dan klien 2 38,7oC.

Menurut Wijaya & Putri, 2013 Penyakit hipertermia di tandai dengan tanda dan gejala peningkatan suhu tubuh yang mendadak biasanya di dahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas, kadang timbulnya kejang, pernafasan cepat dan dangkal di sekitar pernafasan cuping hidung, sianosis sekitar hidung dan mulut, kadang-kadang muntah dan diare dan biasanya terjadi pada permulaan penyakit tidak ditemukan, tapi setelah beberapa hari, mula- mula kering, kemudian menjadi produktif .

Menurut peneliti pada klien anak yang mengalami hipertermi yang di sebabkan oleh reaksi infeksi dari saluran pernafasan pada klien 1 dan 2 yaitu penyebabnya sama yaitu bakteri.

4.2.4 Intervensi

Intervensi yang di berikan pada klien 1 dan 2 adalah Perawatan demam: Pantau suhu dan tanda- tanda vital lain, monitor warna kulit dan suhu, monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan, beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen anti bakteri, dan

agen anti menggigil), jangan beri aspirin untuk anak- anak, tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/ *flush*), dorong konsumsi cairan, fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika di perlukan, berikan oksigen, yang sesuai, mandikan (pasien) dengan spons hangat dengan hati- hati (yaitu: berikan untuk pasien dengan suhu yang sangat tinggi, tidak memberikannya selama fase dingin, dan hindari agar pasien tidak menggigil), tingkatkan sirkulasi udara, pantau komplikasi- komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya., kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel), pastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi, pastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium, lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering.

Menurut NIC (*Nursing Intervention Classification*) 2015-2017, Intervensi yang diberikan adalah Perawatan demam: Pantau suhu dan tanda- tanda vital lain, monitor warna kulit dan suhu, monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan perubahan kehilangan cairan yang tidak dirasakan, beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil),

jangan beri aspirin untuk anak- anak, tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/ *flush*), dorong konsumsi cairan, fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas: jika di perlukan, berikan oksigen, yang sesuai, mandikan (pasien) dengan spons hangat dengan hati-hati (yaitu: berikan untuk pasien dengan suhu yang sangat tinggi, tidak memberikannya selama fase dingin, dan hindari agar pasien tidak menggigil), tingkatkan sirkulasi udara, pantau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala kondisi penyebab demam (misalnya., kejang, penurunan tingkat kesadaran, status jantung, dan perubahan abnormalitas sel), pastikan tanda lain dari infeksi yang terpantau pada orang tua, karena hanya menunjukkan demam ringan atau tidak demam sama sekali selama proses infeksi, pastikan langkah keamanan pasien yang gelisah atau mengalami delirium, lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering.

Menurut peneliti intervensi yang di berikan pada klien 1 dan 2 sudah sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu perawatan demam pada Nanda NIC NOC 2015-2017.

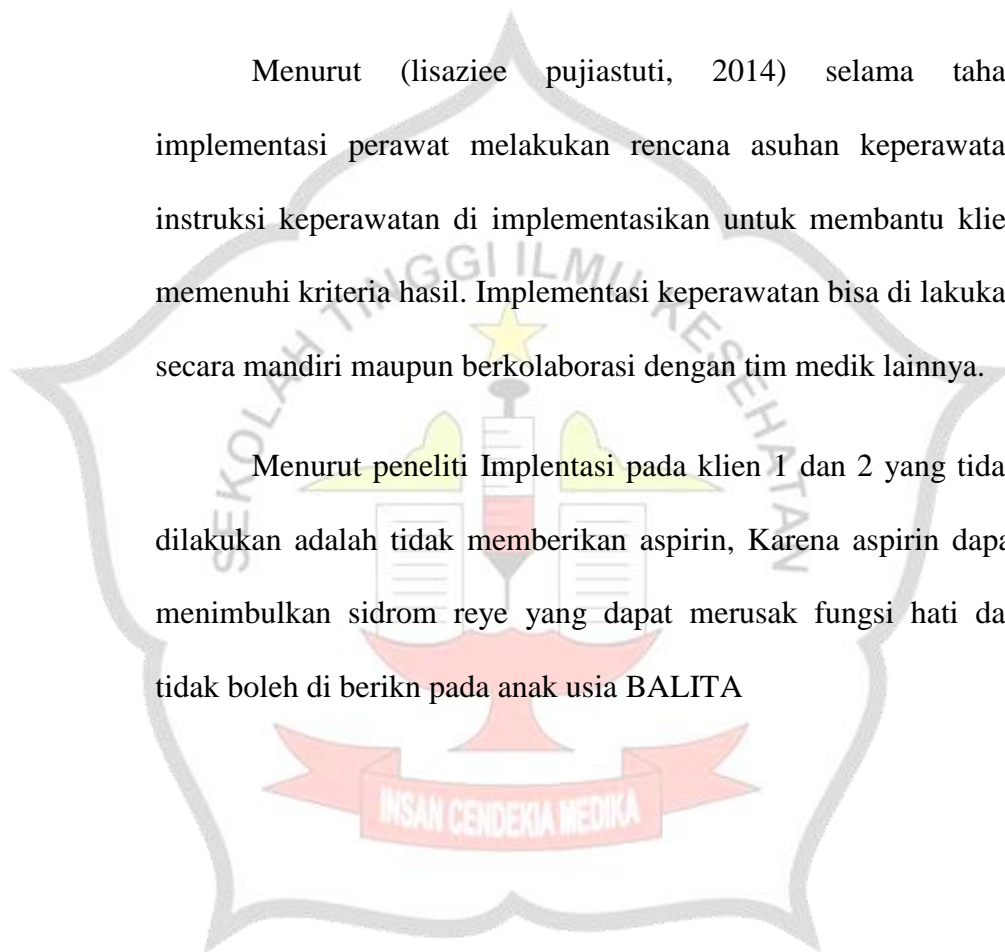
4.2.5 Implementasi

Pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan Hipertermi implementasi yang di lakukan yaitu sama, namun dari 15 intervensi

yang ada pada teori hanya dilakukan 14 dan sebelum melakukan tindakan perlu adanya bina hubungan saling percaya dengan klien atau keluarga. Implementasi pada klien 1 dan 2 yang tidak dilakukan adalah tidak memberikan aspirin, Karena aspirin dapat menimbulkan sidrom reye yang dapat merusak fungsi hati dan tidak boleh di berikan pada anak usia BALITA.

Menurut (lisaziee pujiastuti, 2014) selama tahap implementasi perawat melakukan rencana asuhan keperawatan instruksi keperawatan di implementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil. Implementasi keperawatan bisa di lakukan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim medik lainnya.

Menurut peneliti Implementasi pada klien 1 dan 2 yang tidak dilakukan adalah tidak memberikan aspirin, Karena aspirin dapat menimbulkan sidrom reye yang dapat merusak fungsi hati dan tidak boleh di berikan pada anak usia BALITA



4.2.6 Evaluasi

Dari catatan perkembangan selama 3 hari dari kedua klien menunjukkan bahwa masalah teratasi sebagian pada klien 1 dan 2 hal ini di buktikan dari suhu kedua klien menurun dari hari 1 sampai hari ke 3, klien 1 suhu hari pertama 39,4°C hari kedua 38,2°C dan hari ketiga 38,4°C, Kien 2 suhu hari pertama 38,4°C hari kedua 37,4°C dan hari ketiga 36,6°C . Pada klien 1 suhu naik pada hari ketiga karena klien sering menangis dan tidak dapat mempertahankan menyusui, namun pada klien 2 akan di rencanakan pulang setelah di lakukan kolaborasi dengan dokter.

Menurut potter & perry, 2005 Evaluasi merupakan penilaian terhadap sejumlah informasi yang diberikan untuk tujuan yang telah ditetapkan yang menyatakan kegiatan yang di sengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi dan strategi evaluasi.

Dari catatan perkembangan selama 3 hari dari kedua klien menunjukkan bahwa masalah teratasi sebagian pada klien 1 dan 2 hal ini di buktikan dari suhu kedua klien menurun dari hari 1 sampai hari ke 3, klien 1 suhu hari pertama 39,4°C hari kedua 38,2°C dan hari ketiga 38,4°C, Kien 2 suhu hari pertama 38,4°C hari kedua 37,4°C dan hari ketiga 36,6°C

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan apa yang peneliti dapatkan dalam laporan kasus dan pembahasan pada Asuhan Keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia pada klien 1 dan klien 2 di RSUD Jombang, maka peneliti mengambil kesimpulan :

1. Pengkajian

Pada klien 1

Pengkajian pada klien 1 pada tanggal 27 maret 2017 secara subjektif Ibu klien mengatakan klien panas sejak 2 hari yang lalu, batuk sejak 7 hari yang lalu, sesak sejak 2 hari yang lalu. Sempat di bawa ke puskesmas pada hari jum'at jam 10.00 WIB. Dirujuk ke RSUD Jombang pada jam 11.30 WIB. dan masuk ruang HCU Pav. Seruni pada jam 13.00 WIB

Pada klien 2

Pengkajian yang didapat pada klien 2, Ibu klien mengatakan klien panas sejak 4 hari yang lalu, batuk sejak 5 hari yang lalu, perut kembung selama 2 hari. Sempat di bawa ke puskesmas Cukir pada hari sabtu jam 18.30 WIB. Di rujuk ke RSUD Jombang pada hari minggu jam 10.00 WIB. dan masuk ruang HCU Pav. Seruni pada jam 13.25 WIB.

Dari pengkajian kedua klien tersebut maka penulis mengambil diagnosa Hipertermia.

2. Intervensi Keperawatan

Di dalam intervensi keperawatan pada klien anak bronkopneumonia dengan masalah hipertermi yaitu perawatan demam.,

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi klien yang menalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermi di lakukan 15 intervensi, adapun 1 yang tidak dapat di lakukan karena tidak sesuai dengan tindakan yang di berikan ke klien,, tindakan keperawatan dilakukan sesuai perencanaan.

4. Evaluasi Keperawatan

Pada hari pertama sampai hari ketiga keluhan klien sudah teratasi sebagian. Jadi intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan dan evaluasi selama 3 hari dengan masalah Hipertermia teratasi sebagian.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis memberikan saran antara lain :

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Sebaiknya keluarga pasien mengikutsertakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia.

dukungan dan keaktifan dari keluarga khususnya sangat menunjang dalam mengatasi permasalahan klien.

2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

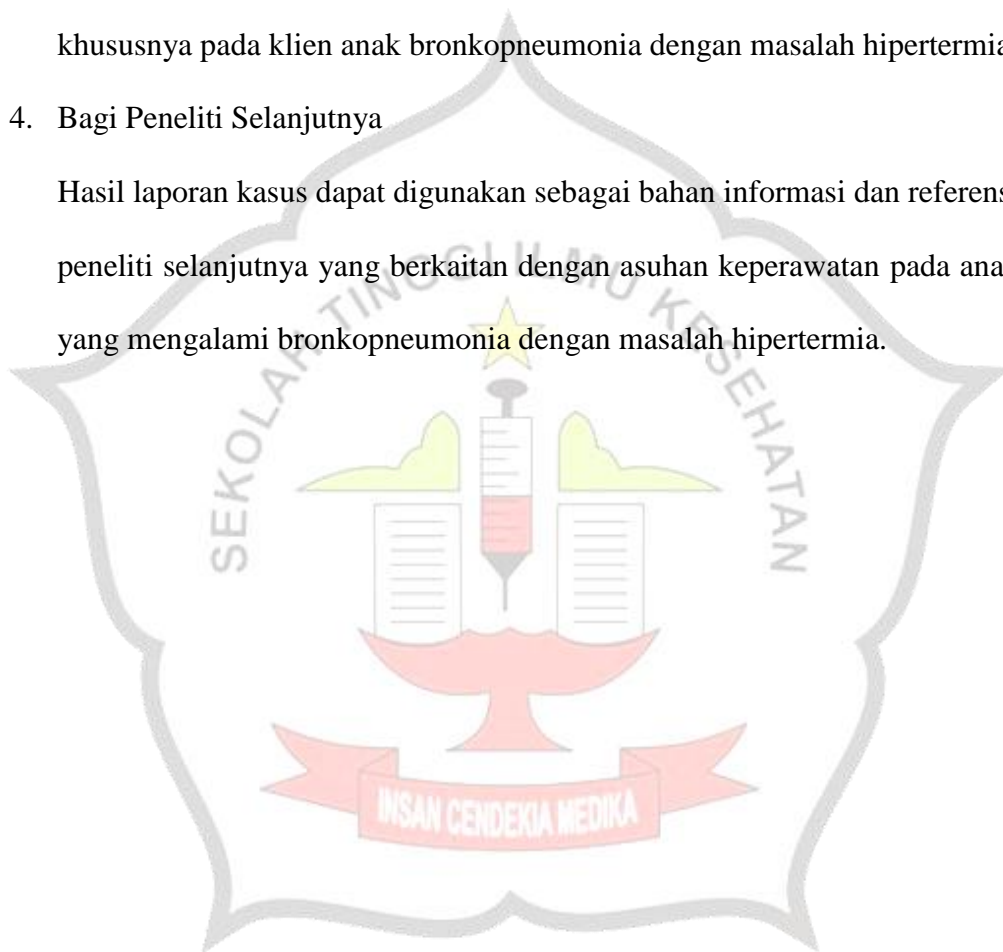
Diharapkan untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya pada klien anak bronkopneumonia dengan masalah hipertermia.

3. Bagi Perawat

Diharapkan selalu koordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien agar hasilnya lebih maksimal khususnya pada klien anak bronkopneumonia dengan masalah hipertermia.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil laporan kasus dapat digunakan sebagai bahan informasi dan referensi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah hipertermia.



DAFTAR PUSTAKA

- NANDA, (2015-2017), *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Edisi 10. Jakarta: EGC
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar. Riskesdas 2013*. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- ICME STIKes. 2016. *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus*, Jombang : Stikes Icme
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang, 2014. *Profil Kesehatan Tahun 2014*. Jombang: Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang.
- Hidayat Aziz Alimul, 2008. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta : Salemba Medika.
- Muttaqin Arif, 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika
- Wijaya Andra Saferi, 2013. *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah* . Yogyakarta: Nuha Medika
- Hidayat Aziz Alimul, 2005. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Bulechek Gloria M, 2013. *Nursing Intervention Classification*. USA Mosby Elseveir Academic Press
- Moorhead Sue, 2013. *Nursing Outcomes Classification*. USA Mosby Elseveir Academic Press



PRAKTIK KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES "ICME" JOMBANG

2017

PENGAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Tanggal MRS : Jam :
 Tanggal Pengkajian : Diagnosa Medis:
 No. Reg :

I. IDENTITAS ANAK

Nama :
 Tempat tgl. lahir :
 :
 Jenis kelamin :
 :
 Anak ke :
 :
 Pendidikan :
 :
 Alamat :
 biaya :
 Sumber informasi :

IDENTITAS ORANG TUA

Nama Ayah/ Ibu :
 Pekerjaan Ayah/Ibu :
 Pendidikan Ayah/Ibu :
 Suku/ Bangsa :
 Alamat :
 Penanggung jawab :

II. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

III. RIWAYAT PENYAKIT SEBELUMNYA

1. Penyakit kronik dan menular Ya, Jenis:
Tidak
2. Riwayat alergi Ya, Jenis:
Tidak
3. Riwayat operasi Ya, Jenis:
Tidak

IV. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

1. ANC (Prenatal) :

- Penyakit Ibu yang dialami saat hamil Infeksi
Eklamsi HT
Perdarahan DM
Lain-lain:

2. Natal/ cara persalinan:

3. Post natal:

4. BBL :

PBL :

LK lahir :

V. IMUNISASI

- BCG :x, umur..... Campak:....., umur.....
 DPT :x, umur..... Polio:x, umur.....
 Hepatitis :x, umur.....

Masalah Keperawatan :

VI. TUMBUH KEMBANG

1. Pertumbuhan

BB: TB: LLA :

Lingkar kepala:

Lingkar dada:

BB sebelum sakit :

2. Perkembangan

a. Psykoseksual:

- Fase oral Fase laten
 Fase anal Fase genital
 Fase phallic

b. Psikososial:

- Trust Vs Mistrus
 Iniatif Vs Guilthy
 Industry Vs Inferiority
 Identity Vs Role Confusion

Masalah Keperawatan:.....

VII. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

1. Penyakit yang pernah diderita keluarga : Ya, Jenis
 Tidak
2. Lingkungan rumah/ komunitas:

Masalah Keperawatan:.....

VIII. PENGKAJIAN PERSISTEM

1. ROS

Keadaan Umum :
 Tanda Vital : S: N: T: RR:

2. Sistem Pernapasan

- a. Keluhan: Sesak
- b. Bentuk dada
- Simetris Funnel Chest
 Pigeons Chest Barrel Chest
- c. Sekresi batuk
- Batuk ya tidak
- Sputum ya tidak
- Warna

Nyeri waktu bernafas ya tidak

d. Pola nafas

- Reguler Cheyne Stokes
 Kussmaul
- Irreguler Biot Apnea
- Hyperventilasi Hipo ventilasi Lain-
 lain

e. Bunyi nafas

- 1) Normal
 Vesikuler di
- 2) Abnormal
- Stridor Lokasi.....
- Wheezing Lokasi.....
- Rales Lokasi.....
- Ronchi Lokasi.....
- Krepitasi Lokasi.....
- Friction Rub Lokasi.....

f. Retraksi otot bantu nafas

- Ya, Jenis: ICS/ Supra Klavikula/ Suprasternal
- Tidak

g. Tektil Fremitus/Fremitus Vokal

- Meningkatkan Lokasi
- Menurun Lokasi
- Lain-lain

h. Alat bantu pernafasan

- Nasal Bag And Mask
 Tracheostomi
- Masker Jakson risk

Masalah keperawatan:

3. Sistem Kardiovaskuler

- a. Riwayat Nyeri dada Ada Tidak
- 1) Lokasi
 - 2) Sifat
 - 3) Kronologis
 - 4) Keadaan pada saat serangan
 - 5) Faktor-faktor yang memperberat dan memperperingan serangan
.....
- b. Suara Jantung: Normal Tidak normal
- c. Irama Jantung Reguler Ireguler
- d. CRT < 3 detik >3 detik

Masalah keperawatan:

4. Sistem Persarafan

- a. Tingkat kesadaran :
- Compos mentis Apatis Somnolen Delirium
 Sopor Koma
- b. GCS :
- Eye : Verbal Motorik
- Total GCS Nilai :
- c. Refleks :
1. Refleks fisiologis

Bisep Stapping Plantar Root
Galant

Trisep Moro Startle ucking
 2. Refleks patologis

Brudzinski ernig ku kuduk
 Babinski
- d. Kejang : Ada Tidak
- e. Mata/ Penglihatan
- 1) Bentuk

- Normal Enoftalmus Eksoptalmus
Lain-lain

2) Pupil

- Isokor Unisokor Miosis
Midriasis
Diameter kanan....mm
Diameter kirimm

3) Refleks cahaya

- Kanan Kiri

- 4). Gangguan penglihatan Ya, Tidak

f. Hidung/Penciuman

- 1) Bentuk : Normal Tidak
2) Gangguan penciuman Ya Tidak

g. Telinga/ Pendengaran

- 1) Bentuk : Normal Annomali
Ket.....
2) Gangguan pendengaran
 Ya Tidak

Masalah keperawatan:

5. Sistem Perkemihan

a. Masalah kandung kemih

- Normal Menetes Incontinensia
 Nyeri Retensio Hematuria
 Panas Disuria Pasang kateter

b. Produksi urineml/jam Frekuensix / hari

c. Warna Bau.....Lain-lain

d. Bentuk alat kelamin: Normal Tidak normal, sebutkan:

- e. Uretra Normal Hipd□adia Epispa□a
- f. Lain-lain:

Masalah keperawatan:.....

6. Sistem Pencernaan

a. Mulut & tenggorokan

- 1) Mulut/ Selaput Lendir Mulut Lembab Mer□h
 Stomatitis
- 2) Lidah Hip□emik Kot□ Lain□in
- 3) Kebersihan rongga mulut Tidak berbau Berbau
 Gigi bersih Gigi kotor
- 4) Tenggorokan
 Sakit menelan/nyeri tekan
 Sulit menelan Lain-lain
- 5) Abdomen
 Soepel Tegang Kembung
 Nyeri tekan, lokasi.....
 Benjolan, lokasi
- 6) Pembesaran Hepar Ya, Ukuran :
 Tidak
- 7) Pembesaran Lien Ya, Ukuran :
 Tidak
- 8) Asites Ya Tidak
- 9) Mual Ya Tidak
- 10) Muntah Ya Tidak
- 11) Terpasang NGT Ya Tidak
- 12) Lain-lain.....

b. Masalah usus besar & rectum/ anus

BABx / hari

- Tidak ada masalah Diare
- Colostomi
 Konstipasi Feces berdarah Wasir

Incontinensia Feces berlendir

Lavemen

 Ya Tidak

c. Pola makan: frekuensi.....x/hr Jumlah:..... Jenis:

d. Komposisi :.....

e. Minum : jenis..... Jumlah :

Masalah keperawatan:.....**7. Sistem otot, tulang dan integumen**

a. Otot dan tulang

1) ROM Bebas Terbatas Hemiplegi Paraplegi Hemiparese Paraparese Tetraplegi

2) Kemampuan kekuatan otot

3) Fraktur Tidak Ya, Lokasi4) Dislokasi Tidak Ya, lokasi

5) Haematoma

 Tidak Ya, Lokasi

b. Integumen

1) Warna kulit : Akral :

 Ikterik Sianotik Pank Pucat Dingin kering Kemerahan Dingin basah Pigmentasi2) Turgor kulit Normal Menurun

3) Tulang belakang

Lordosis

 Skoliosis Kiposis

Lain-lain, sebutkan

4) Oedema Ya, Lokasi : Tidak

Masalah keperawatan:

8. Sistem endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid Ya Tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening Ya Tidak
- c. Hiperglikemia Ya Tidak
- d. Hipoglikemia Ya Tidak
- e. Lain-lain:

Masalah keperawatan:

IX. PSIKOSOSIAL

1. Ekspresi klien terhadap penyakitnya:

- Murung/diam Gelisah Tegang Marah
 Menangis

2. Respon anak saat tindakan:

- Kooperatif tidak kooperatif

3. Hubungan dengan pasien lain:

- Baik Cukup Kurang

4. Dampak hospitalisasi terhadap orang tua:

Masalah keperawatan:

X. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Lab, X ray, USG, dsb)

XI. TERAPI

.....,.....2017

Mahasiswa,

