**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Peneumonia adalah infeksi yang menyebabkan paru-paru meradang. Kemampuan alveolus menyerap oksigen menjadi berkurang. Kekurangan oksigen membuat sel-sel tubuh tidak bisa bekerja. Karena inilah, selain penyebaran infeksi dnegan sumber utama bakteri, virus, mikroplasma, jamur dan berbagai senyawa kimia maupun partikel. Pneumonia merupakan masalah keseahaan di dunia karena angka kematiannya yang tinggi, tidak saja di negara berkembang tetapi juga di negara maju seperti maerika Serikat, kanada, dan negar-negara seperti Eropa. (Misnadiarly, 2008)

Menurut WHO, pneumonia adalah penyebab kematian terbesar pada anak-anak di seluruh dunia. pneumonia membunuh 1,4 juta anak di bawah usia lima tahun. Pneumonia membunuh lebih banyak anak di banding penyakit lain di dunia. WHO memperkirakan angka kejadian pneumonia di negara berkembang dengan angka kematian bayi 40 per 100 kelahiran hidup adalah 15 – 20% per tahun pada golongan usia balita. Kejadian di Indonesia pada balita diperkirankan antara 10 – 20 % per tahun. Menurut perkiraan bahwa 10% dari penedrita pneumonia akan meninggal bila tidak diberi pengobtan, bila hal ini dibenarkan maka ada sekitar 250.000 kematian akibat pneumonia setiap tahunnya. Pneumonia menyebabkab 2 juta kemtian (1 kematian tiap 15 detik) dari 9 juta kematian setiap tahunnya pada usia tersebut (WHO, 2012)

Presentase pneumonia di Indonesia pada tahun 2008 meningkat hingga mencapai 49.45 %. Tahun 2009 sebanyak 49,23 % dan tahun 2010 menurun hingga 39,38 % dari jumlah balita di Indonesia (Depkes RI, 2012). Di jawa Tengah, cakupan penurunan kasus pneumonia balita setiap tahun mengalami penurunan dari target nasional. Pada tahun 2009 penemuan kasus pneumonia menjadi 25,69 % dan penemuan kasus pneumonia nasional sebesar 86 % (Dinkes Jateng, 2009)

Pneumonia di Indonesia juga terkait erat dengan status gizi, status imunisasi, lama pemberian ASI dan lingkungan tempat tinggal (polusi di dalam dan luar ruangan), ventilasi, kepadatan hunian, jenis bahan bakar yang dipakai dan kebiasaan merokok (Kemenkes RI, 2010)

Menurut data yang penulis dapatkan khususnya di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta selama 6 bulan terakhir didapatkan anak dengan kasus pneumonia sebanyak 15 kasus dan mendapatkan perawatan inap serta 44 kasus yang lainnya dilakukan rawat jalan. (buku register ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta)

Dari uraian di atas maka penulis ingin mengetahui lebih lanjut untuk mempelajari lebih jauh tentang penyakit pneumonia pada anak yang akan penulis tuangkan dalam Karya Tulis Ilmiah ini dnegan judul Asuhan Keperawatan pada An. “A” dengan Bronchopneumonia di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta.

1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka rumusan masalah pada Asuhan Keperawatan ini adalah “Bagaimanakah gambaran Asuhan Keperawatan pada An. “A” dengan Broncopneumonia di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta?”

1. **Tujuan**
2. Tujuan Umum

Mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada An. “A” dengan Bronchopneumonia di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta.

1. Tujuan Khusus
2. Menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada An. “A” dengan Bronchopneumonia.
3. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada An. “A” dengan Bronchopneumonia di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta.
4. Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat Asuhan Keperawatan pada An. “A” dengan Bronchopneumonia di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta.
5. **Ruang Lingkup**

Laporan Asuhan Keperawatan ini termasuk dalam mata ajara Keperawatan Anak dalam lingkup Asuhan Keperawatan. Penulis menggunakan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawata, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Kelima proses keperawatan tersebut masing-masing di dokumentasikan dalam catatan rekam medik pasien. Laporan Asuhan Keperawatan ini dilakukan pada An. “A” dengan Bronchopneumonidi Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta. Waktu yang di gunakan dalam pemberian Asuhan Keperawatan ini adalah 3 x 24 jam dari tanggal 2- 4 Juli 2018.

1. **Manfaat**

Penulisan Kara Tulis Ilmiah ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Penulis

Dapat menerapkan ilmu keperawatan anak yang di dapat saat kuliah sekaligus mempunyai pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperwatan pada pasien anak dengan Bronchopneumoni di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta.

1. Perawat

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Bronchopneumonidi Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta.

1. Bagi Mahasiswa DIII Keperawatan

Merupakan sumber informasi nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Broncopneumonia, serta sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa D III Keperawatan guna menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Bronchopneumonia.

1. Profesi Keperawatan

Karya Tulis Ilmiah ini berguna sebagai bahan dalam mengembangkan dan meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan pada klien dengan Bronchopneumonia.

1. **Metode**
2. Metode Penulisan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, penulis menggambarkan pemberi Asuhan Keperawatan dalam bentuk laporan pelaksana Asuhan Keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang melewati tahap pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta dokumentasi.

1. Metode Pengumpulan Data

Didalam pengumpulan data, penulis menggunakan dua metode pengumpulan data sebagai berikut :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang legkap tentang masalah kesehatan keperawatan yang dihadapi. Data primer dapat diperoleh dengan cara :

1. Observasi

Merupakan kegiatan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan klien. meliputi kedaan umum, keadaan fisik pasien, kesadaran, serta melihat langsung proses pelaksanaan atau tindakan yang dilakukan pada klien

1. Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode komunikasi yang direncanakan dan meliputi tanya jawab anatar perawat dengan klien yang berhubungan dengan maslaah klien. data yang diperoleh dari wawancara ini meliputi : identitas pasien, identitas keluarga pasien, riwayat kesehatan pasien sekarang berkaitan dengan bagaimana pasien mengalami keluhan dan dirawat di rumah sakit, riwayat kesehatan dahulu yaitu menanyakan pernah atau tidak pasien mengalami penyakit yang sama, riwayat pengobatan, riwayat kesehatan keluarga, keluhan yang dirasakan dan pola kebiasaan pasien.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk memeperoleh data objektif dari klien yang dilakukan secara sistematik hal ini dapat dilakuka secara aplikatif sesuai dengan kasus, dimana pada saat ini adalah kasus bronchopneumoni, yang meliputi :

1. Inspeksi

Merupakan pemeriksaan dengan mengamati kondisi pasien, terutama fisik. Untuk menilai normal dan abnormalnya kondisi fisik pasien.

1. Palpasi

Melalui teknik palpasi dengan bantuan tekanan telapak tangan dapat mengetahui adanya perbedaan bentuk pada bagian tubuh, adanya deformitas dan krepitasi, terkait nyeri ataupun untuk melihat keadaan suatu bagian melalui rabaan tangan karena lebih akurat / sensitive.

1. Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksan dengan mengetuk ngetukkan jari-jari kebagian tubuh klien yang dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dan kanan atau membandingkan yang normal dengan yang bermasalah. Perkusi nertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Sedangkan daerah yang diperkusi yaitu berada didaerah paru, rogga perut sehingga bisa diketahui ada tidaknya penumpukan cairan

1. Auskultasi

Auskultasi merupakan metode pengkajian yang menggunakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran. Perawat menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung, paru-paru, bising usus, serta untuk mengukur tekanan darah dan denyut nadi.

1. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder ini dilakukan dengan mempelajari dan memahami catatan keperawatan, catatan medis, terapi medis dan pemeriksaan penunjang diagnostic (misalnya : hasil laboratorium hematologi, faal hati, faal ginjal, hasil foto rontgen, hasil laboratorium patologi klinik, dan lain sebagainya).

1. **Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan yang digunakan penulis akan memuat uraian secara garis besar dari isi proses keperawatan dalam tiap bab, yaitu sebagai berikut :

1. BAB 1 – Pendahuluan

Dalam bab ini akan menguraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, batasan masalah, maksud dan tujuan, metode penelitian dan sistematika penelitian.

1. BAB II – Tinjauan Pustaka

Pada bab ini akan di bahas mengenai teori – teori yang mendukung dalam proses penyusunan asuhan keperawatan. Berisi mengenai definisi – definisi dan teori yang menjadi dasar dalam penulisan penelitian yang di ambil dari berbagai sumber.

1. BAB III – Kasus dan Pembahasan

Pada bab ini akan di bahas mengenai proses keperawatan dari pengkajian hingga evaluasi secara komprehensif dan sesuai dengan konsep yang ada pada bab II. Kemdian akan dibandingkan antara asuhan keperawatan dengan teori yang sudah ada.

1. BAB IV – Kesimpulan

Dalam bab ini akan dijelaskan mengenai kesimpulan dari proses asuhan keperawatan dan saran yang di dapatkan dari penelitian yang telah penulis lakukan.

1. Daftar Pustaka

Pada daftar pustaka berisi tentang sumber-sumber yang penulis gunakan untuk menulis penelitian, baik berupa buku , jurnal maupun media lainya.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Dasar Bronchopneumoni**
2. Pengertian

Pneumonia adalah salah satu penyait peradangan akut parenkim yang biasanya dari satu infeksi saluran pernafasan bawah akut. Denga gejala batuk disertai dengan sesak nafas disebabkab agen infeksius seperti virus bakteri dan fungi (Huda, 2015)

Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru, yang berhubungan dengan cairan. Penyebabnya termasuk berbagai agen infeksi,iritan kimi, dan terapi radiasi. (Wong 2009).

1. Etiologi
2. Bakteri penyebab pneumonia yang paling umum adalah staphylococcus aureus, streptococus, aeruginosa, legionella, hemophillus, influenza, eneterobacter.
3. Bakteri-bakteri tersebut berada pada kerongkongan manusia sehat, setelah system pertahanan menurun oleh sakit, usia tua, atau malnutrisi, bakteri tersebut segera memperbanyak diri dan menyebabkan kerusakan.
4. Virus penyebab pneumonia diantaranya yaitu virus influenza, adenovirus,chicken-pox (cacar air). Meskipun virus-virus ini menyerang saluran pernafasan bagian atas, tetapi gangguan ini dapat memicu pneumonia, terutama pada anak-anak.
5. Organism mirip bakteri yaituMicoplasma pneumonia. Pneumonia jenis ini berbeda dengan pneumonia pada umumnya. Karena itu pneumonia yang diduga disebabkan oleh virus yang belum ditemukan ini sering disebut pneumonia yang tidak tipikal. Mikoplasma ini menyerang segala jenis usia.
6. Jamur penyebab pneumonia yaitu candida albicans (Meadow, 2015)
7. Klasifikasi Pneumonia

Secara Garis Besar Pneumonia Dapat Dibedakan Menjadi 3 Yaitu:

1. Aspirasi pneumonia

Terjadi apabila tersedak dan ada cairan /makanan masuk ke paru- paru.pada bayi baru lahir, biasanya tersedak karena air ketuban atau asi.

1. Pneumonia karena infeksi virus, bakteri, atau jamur

Umumnya penyebab infeksi paru adalah virus dan bakteri sepertistreptococcus pneumonia dan haemophylus influenzae. Gejala akanmuncul 1-2 hari setelah terinfeksi. Gejala yang muncul mulai dari demam,batuk lalu sesak nafas.

1. Pneumonia akibat faktor lingkungan

Polusi udara menyebabkan sesak nafas terutama bagi yang alergi.bila tidak segera dilakukan pengobatan maka akan mengakibatkan Broncopneumonia dan selanjutnya menjadi pneumonia (Meadow, 2015).

1. Manifestasi Klinis

Orang dengan pneumonia sering kali disertai batuk berdahak, sputum kehijauan atau kuning, demam tinggi yang disertai dengan menggigil. Disertai nafas yang pendek, nyeri dada seperti pada pleuritis ,nyeri tajam atau seperti ditusuk. Salah satu nyeri atau kesulitan selama bernafas dalam atau batuk.

Orang dengan pneumonia, batuk dapat disertai dengan adanya darah, sakit kepala atau mengeluarkan banyak keringat dan kulit lembab. Gejala lain berupa hilang nafsu makan, kelelahan,kulit menjadi pucat, mual, muntah, nyeri sendi atau otot. Tidak jarang bentuk penyebab pneumonia mempunyai variasi gejala yang lain.

Misalnya pneumonia yang disebabkan oleh Legionella dapat menyebabkan nyeri perut dan diare, pneumonia karena tuberkulosis atau Pneumocystis hanya menyebabkan penurunan berat badan dan berkeringat pada malam hari. Pada orang tua manifestasi dari pneumonia mungkin tidak khas. Bayi dengan pneumonia lebih banyak gejala, tetapi pada banyak kasus, mereka hanya tidur atau kehilangan nafsu makan (Wong, 2009).

1. Komplikasi
2. Gangguan pertukaran gas
3. Obstruksi jalan napas
4. Gagal pernapasan pleura effusion (bactery pneumonia) (Meadow, 2015).
5. Patofisiologi

Gejala dari infeksi pneumonia disebabkan invasi pada paru-paru oleh mikroorganisme dan respon sistem imun terhadap infeksi. Meskipun lebih dari seratus jenis mikroorganisme yang dapat menyebabkan pneumonia, hanya sedikit dari mereka yang bertanggung jawab pada sebagian besar kasus. Penyebab paling sering pneumonia adalah virus dan bakteri. Penyebab yang jarang menyebabkan infeksi pneumonia ialah fungi dan parasit :

1. Virus

Virus menyerang dan merusak sel untuk berkembang biak. Biasanya virus masuk kedalam paru-paru bersamaan droplet udara yang terhirup melalui mulut dan hidung. setelah masuk virus menyerang jalan nafas dan alveoli. Invasi ini sering menunjukan kematian sel, sebagian virus langsung mematikan sel atau melalui suatu tipe penghancur sel yang disebut apoptosis.

Ketika sistem imun merespon terhadap infeksi virus,dapat terjadi kerusakan paru.Sel darah putih,sebagian besar limfosit, akan mengaktivasi sejenis sitokin yang membuat cairan masuk ke dalam alveoli.

Kumpulan dari sel yang rusak dan cairan dalam alveoli mempengaruhi pengangkutan oksigen ke dalam aliran darah. Sebagai tambahan dari proses kerusakan paru,banyak virus merusak organ lain dan kemudian menyebabkan fungsi organ lain terganggu.Virus juga dapat membuat tubuh rentan terhadap infeksi bakteri, untuk alasan ini, pneumonia karena bakteri sering merupakan komplikasi dari pneumonia yang disebabkan oleh virus.

Pneumonia virus biasanya disebabkan oleh virus seperti vitus influensa,virus syccytial respiratory(RSV),adenovirus dan metapneumovirus.Virus herpes simpleks jarang menyebabkan pneumonia kecuali pada bayi baru lahir. Orang dengan masalah pada sistem imun juga berresiko terhadap pneumonia yang disebabkan oleh cytomegalovirus(CMV).

1. Bakteri

Bakteri secara khusus memasuki paru-paru ketika droplet yang berada di udara dihirup,tetapi mereka juga dapat mencapai paru-paru melalui aliran darah ketika ada infeksi pada bagian lain dari tubuh.

Banyak bakteri hidup pada bagian atas dari saluran pernapasan atas seperti hidung,mulut,dan sinus dan dapat dengan mudah dihirup menuju alveoli.Setelah memasuki alveoli,bakteri mungkin menginvasi ruangan diantara sel dan diantara alveoli melalui rongga penghubung.Invasi ini memacu sistem imun untuk mengirim neutrophil yang adalah tipe dari pertahanan sel darah putih,menuju paru.Neutrophil menelan dan membunuh organisme yang berlawanan dan mereka juga melepaskan cytokin,menyebabkan aktivasi umum dari sistem imun.

Hal ini menyebabkan demam,menggigil,dan mual umumnya pada pneumoni yang disebabkan bakteri dan jamur. Neutrophil,bakteri,dan cairan dari sekeliling pembuluh darah mengisi alveoli dan mengganggu transportasi oksigen. Bakteri sering berjalan dari paru yang terinfeksi menuju aliran darah menyebabkan penyakit yang serius atau bahkan fatal seperti septik syok dengan tekanan darah rendah dan kerusakan pada bagian-bagian tubuh seperti otak,ginjal,dan jantung.

Bakteri juga dapat berjalan menuju area antara paru-paru dan dinding dada(cavitas pleura) menyebabkan komplikasi yang dinamakan empyema. Penyebab paling umum dari pneumoni yang disebabkan bakteri adalah Streptococcus pneumoniae,bakteri gram negatif dan bakteri atipikal.Penggunaan istilah “Gram positif” dan “Gram negatif” merujuk pada warna bakteri(ungu atau merah) ketika diwarnai menggunakan proses yang dinamakan pewarnaan Gram.Istilah “atipikal” digunakan karena bakteri atipikal umumnya mempengaruhi orang yang lebih sehat,menyebabkan pneumoni yang kurang hebat dan berespon pada antibiotik yang berbeda dari bakteri yang lain.

1. Jamur

Pneumonia yang disebabkan jamur tidak umum,tetapi hal ini mungkin terjadi pada individu dengan masalah sistem imun yang disebabkan AIDS,obat-obatan imunosupresif atau masalah kesehatan lain.patofisiologi dari pneumonia yang disebabkan oleh jamur mirip dengan pneumonia yang disebabkan bakteri,Pneumonia yang disebabkan jamur paling sering disebabkan oleh Histoplasma capsulatum,Cryptococcus neoformans,Pneumocystis jiroveci dan Coccidioides immitis. Histoplasmosis paling sering ditemukan pada lembah sungai Missisipi,dan Coccidiomycosis paling sering ditemukan pada Amerika Serikat bagian barat daya.

1. Parasit

Beberapa varietas dari parasit dapat mempengaruhi paru-paru.Parasit ini secara khas memasuki tubuh melalui kulit atau dengan ditelan.Setelah memasuki tubuh,mereka berjalan menuju paru-paru,biasanya melalui darah.

Terdapat seperti pada pneumonia tipe lain ,kombinasi dari destruksi seluler dan respon imun yang menyebabkan ganguan transportasi oksigen.Salah satu tipe dari sel darah putih,eosinofil berespon dengan dahsyat terhadap infeksi parasit.Eosinofil pada paru-paru dapat menyebabkan pneumonia eosinofilik yang menyebabkan komplikasi yang mendasari pneumonia yang disebabkan parasit.Parasit paling umum yang dapat menyebabkan pneumonia adalah Toxoplasma gondii,Strongioides stercoralis dan Ascariasis. a adalah Toxoplasma gondii,Strongioides stercoralis dan Ascariasis (Meadow, 2015)

1. Pathway

Sumber : Wong (2009) , (Huda 2015)

1. Pemeriksaan diagnostik
2. Sinar X : mengidentifikasikan distribusi struktural (misal: lobar, bronchial); dapat juga menyatakan abses).
3. Pemeriksaan gram/kultur, sputum dan darah: untuk dapat mengidentifikasi semua organisme yang ada.
4. Pemeriksaan serologi: membantu dalam membedakan diagnosa organisme khusus.
5. Pemeriksaan fungsi paru: untuk mengetahui paru-paru, menetapkan luas berat penyakit dan membantu diagnosa keadaan.
6. Biopsi paru: untuk menetapkan diagnosi
7. Spirometrik static: untuk mengkaji jumlah udara yang diaspirasi.
8. Bronkostopi: untuk menetapkan diagnosa dan mengangkat benda asing (Meadow, 2015).
9. Penatalaksanaan

Pengobatan diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi tapi karena hal itu perlu waktu dan pasien pneumonia diberikan terapi secepatnya :

1. Penicillin G: untuk infeksi pneumonia staphylococcus.
2. Amantadine, rimantadine: untuk infeksi pneumonia virus
3. Eritromisin, tetrasiklin, derivat tetrasiklin: untuk infeksi pneumonia mikroplasma.
4. Pemberian oksigen jika terjadi hipoksemia.
5. Kebersihan pulmonari yang baik seperti: napas dalam, batuk, terpi fisik dada (Meadow, 2015).
6. **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Bronchopneumonia**
	* 1. Pengkajian

Menurut Wong (2009), asuhan keperawatan pada anak dengan pneumonia meliputi :

* 1. Identitas

Terdiri dari Nama, No.Rek.Medis, Umur , Agama, Jenis Kelamin ,Pekerjaan, Status perkawinan, Alamat, Tanggal masuk, Yang mengirim, Cara masuk RS, dan Diagnosa medis dan nama Identitas Penanggung Jawab meliputi : Nama, Umur, Hub dengan pasien, Pekerjaan dan Alamat

* 1. Riwayat Kesehatan
		1. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan hal-hal yang dirasakan oleh pasien sebelum masuk ke rumah sakit. Riwayat Kesehatan Sekarang

* + 1. Riwayat Kesehatan Dahulu
		2. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya pasien mempunyai anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama dengan pasien.

* 1. Pemeriksaan Fisik (dada Paru)
		1. Inspeksi:
		2. Amati bentuk thorax
		3. Amati Frekuensi napas, irama, kedalamannya
		4. Amati tipe pernapasan : Pursed lip breathing, pernapasan diapragma, penggunaan otot Bantu pernapasan
		5. Tanda tanda reteraksi intercostalis , retraksi suprastenal
		6. Gerakan dada
		7. Adakan tarikan didinding dada , cuping hidung, tachipnea
		8. Apakah daa tanda tanda kesadaran meenurun
		9. Palpasi
		10. Gerakan pernapasan
		11. Raba apakah dinding dada panas
		12. Kaji vocal premitus
		13. Penurunan ekspansi dada
		14. Auskultasi
1. Adakah terdenganr stridor
2. Adakah terdengar wheezing
3. Evaluasi bunyi napas, prekuensi,kualitas, tipe dan suara tambahan
	* 1. Perkusi
4. Suara Sonor/Resonans merupakan karakteristik jaringan paru normal
5. Hipersonor , adanya tahanan udara
6. Pekak/flatness, adanya cairan dalan rongga pleura
7. Redup/Dullnes, adanya jaringan padat
8. Tympani, terisi udara
	1. Pola Kebutuhan
		1. Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelemahan, kelelahan, insomnia

Tanda : Letargi, penurunan toleransi terhadap aktivitas.

* + 1. Sirkulasi

Gejala : Riwayat adanya

Tanda : Takikardia, penampilan kemerahan, atau pucat

* + 1. Makanan/cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan, mual, muntah, riwayat diabetes mellitus

Tanda : Kistensi abdomen, kulit kering dengan turgor buruk, penampilan kakeksia (malnutrisi)

* + 1. Neurosensori

Gejala : Sakit kepala daerah frontal (influenza)

Tanda : Perusakan mental (bingung)

* + 1. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Sakit kepala, nyeri dada (meningkat oleh batuk), imralgia, artralgi

Tanda : Melindungi area yang sakit (tidur pada sisi yang sakit untuk membatasi gerakan)

* + 1. Pernafasan

Gejala : Adanya riwayat ISK kronis, takipnea (sesak nafas), dispnea.

Tanda : Sputum: merah muda, berkarat

perpusi: Pekak datar area yang konsolidasi

premikus: Taksil dan vocal bertahap meningkat dengan konsolidasi

Bunyi nafas menurun : Warna: pucat/sianosis bibir dan kuku

* + 1. Keamanan

Gejala : Riwayat gangguasn sistem imun misal: AIDS, penggunaan steroid, demam.

Tanda : Berkeringat, menggigil berulang, gemetar (Wong, 2009).

1. Diagnosa Keperawatan

Menggunakan sumber Wong (2009), diagnosa yang di dapat yaitu :

* 1. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi eksudat dan peningkatan produksi mukus.
	2. Hipertermia berhubungan dengan infeksi.
	3. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan melalui hipertermia atau hiperpnea.
	4. Tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan inflamasi.
	5. Perubahan nutrisi: Kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan metabolism

.

1. Rencana Keperawatan
	1. **Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi eksudat dan peningkatan produksi mukus.**

**Tujuan**:  Pertukaran gas dapat diperbaiki

**Kriteria Hasil**:

1. Respirasi anak mudah dan kecepatan respirasi dalam batas normal
2. Warna kulit tampak merah muda
3. Gelisah menurun

Tabel 2.1

|  |  |
| --- | --- |
| Intervensi | Rasional |
| 1. Kaji status pernapasan anak terhadap adanya dyspnea, takipnea, wheezing, krekel, ronchi, dan sianosis.
2. Berikan anak istirahat yang cukup.
3. Berikan lingkungan yang dingin dan lembab pada bagian facemask, pemberian oksigen maupun dengan tanda oksigen.
4. Atur posisi anak setiap 1-2 jam.
5. Biarkan anak beransumsi untuk merasakan posisi yang nyaman baginya.
6. Lakukan fisioterapi dada setiap 4 jam sesuai order.
7. Anjurkan pemberian intake cairan oral, jika tidak ada kontraindikasi
8. Anjurkan anak untuk batuk, latihan napas dalam setiap 2 jam.
9. Kolaborasi: Berikan oksigen melalui masker, kanul, maupun tenda oksigen sesuai order.
 | 1. Tanda-tanda adanya dyspnea, takipnea, wheezing, krekel, ronchi, dan sianosis menunjukan pengobatan yang tidak efektif dan kondisi anak mungkin buruk
2. Periode istirahat yang cukup menghemat energi yang butuh untuk penyembuhan infeksi.
3. Dingin dan lembab dapat melembabkan jalan napas dan membantu mengurangi sekresi dan edema bronchial
4. Posisi yang diubah membantu mobilisasi sekresi
5. Anak berasumsi merasakan posisi yang nyaman seperti semi fowler membuat anak bernapas lebih mudah.
6. fisioterapi dada termasuk perkusi manual, vibrasi, dan tekanan dad, batuk, kekuatan ekspirasi, dan latihan napas dalam untuk membersihkan mukus dari jalan napas serta meningkatkan pengembangan paru kembali.
7. Pemberian cairan dapat mengencerkan sekresi.
8. Batuk merupakan mekanisme pembersihan jalan napas alami, dan membantu silia mempertahankan kepatenan jalan napas.
9. Oksigen membantu menurunkan kegelisahan yang berhubungan dengan distres pernapasan dan hipoksemia
 |

* 1. **Hipertermia berhubungan dengan infeksi.**

**Tujuan :**  Temperatur tubuh anak kembali normal.

**Kriteria Hasil       :** Temperatur tubuh anak kurang dari 37,80C

Tabel 2.2

|  |  |
| --- | --- |
| Intervensi | Rasional |
| Monitor temperatur tubuh anak setiap 1-2 jam terhadap perubahan temperatur tubuh yang tiba-tiba.Pelihara lingkungan yang dingin.Kolaborasi : Berikan antipiretik golongan acetaminofen atau ibuprofen, bukan aspirin sesuai order.Berikan antimikrobial sesuai order. Ambil sampel sepsimen sputum untuk pemeriksaan kultur. | 1. Perubahan temperatur yang tiba-tiba mungkin menyebabkan kejang.
2. Lingkungan yang dingin membantu mengurangi temperatur melalui kehilangan panas.
3. Antiseptik biasanya mengurangi demam dengan efektif dengan mengembalikan set point menjadi normal.
4. Antimikrobial menyerang organisme penyebab.
5. Sampel sepsimen sputum membantu mengidentifikasi agen penyebab
 |

* 1. **Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan melalui hipertermia atau hiperpnea.**

**Tujuan :**  Kekurangan volume anak tidak terjadi pada anak.

**Kriteria Hasil       :**

1. Output urin 1-2 ml/kg/jam.
2. Turgor kulit baik.
3. Waktu pengisian kapiler 3-5 detik.

Tabel 2.3

|  |  |
| --- | --- |
| Intervensi | Rasional |
| 1. Kaji anak untuk peningkatan kecepatan respirasi dan demam setiap 1-2 jam.
2. Monitor intake dan out put cairan anak dengan teliti.
3. Kji anak terhadap tanda-tanda dehidrasi pada anak, termasuk turgor kulit jelek, membran mukosa kering, fontanel cekung, dan mata cekung.
4. Anjurkan intake cairan oral yang tepat jika tidak ada kontra indikasi.
5. Kolaborasi: Berikan cairan inta vena sesuai  order.
 | 1. Peningkatan kecepatan respirasi dan temperatur tubuh terjadi karena adanya peningkatan kehilangan cairan.
2. Teliti monitoring meneteksi penurunan output urine yang mungkin mengindikasikan dehidrasi.
3. Tanda-tanda seperti ini mengindikasikan perlunya peningkatan intake cairan.
4. Peningkatan intake cairan membantu mencegah dehidrasi dan pengenceran sekret.
5. Cairan intra vena perlu untuk menjaga hidrasi anak yang adekuat.
 |

* 1. **Tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan inflamasi.**

**Tujuan :** Jalan napas kembali efektif.

**Kriteria Hasil       :**

1. Pernapasan dan denyut jantung sesuai usia
2. Anak dapat bernapas dengan mudah.

 Tabel 2.4

|  |  |
| --- | --- |
| Intervensi | Rasional |
| 1. Memonitor setatus pernapasan anak dan tanda-tanda vital secara terus menerus hingga jalan napas paten. Tempatkan alat intubasi emergensi disebelah tempat tidur.
2. Askultasi bunyi paru-paru anak untuk tanda-tanda peningkatan pembengkakan jalan napas dan obstruksi lanjut termasuk dyspnea, takipnea, dan wheezing.
3. Biarkan anak mengasumsikan posisi yang nyaman kecuali psisis horizontal.
4. Hindari rangsangan pada jalan napas dengan depresor lidah, kultur asupan, kateter suction, atau laringoskopi.
 | 1. Monitoring yang terus menerus adalah mondatori sebab peningkatan edema dapat menyebabkan obstruksi lengkap pada beberapa waktu memerlukan intubasi emergensi.
2. Keluhan segera terhadap tanda-tanda ini penting karena peningkatan bengkak dengan cepat dapat menjadi fatal.
3. Posisi horizontal mungkin menyebabkan jaringan pada jalan napas menjadi buruk yang mungkin mengarah ke obstruksi.
4. Beberapa manipulasi jaringan jalan napas mungkin menyebabkan spasme laring dan pembengkakan yang mungkin mengarah pada pembengkakan lengkap.
 |

* 1. **Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan metabolisme.**

**Tujuan :** Status nutrisi anak adekuat.

**Kriteria Hasil       :**

1. Anak mengkonsumsi makanan setidaknya habis 80% sekali makan
2. Berat badan dapat dipertahankan atau ditingkatkan

 Tabel 2.5

|  |  |
| --- | --- |
| Intervensi | Rasional |
| 1. Berikan makanan sedikit, dan frekuensi makan yang sering, dan makanan ayang disukai anak
2. Berikan makanan pada anak dengan tinggi protein, diet tinggi kalori.
3. Berikan susu formula pada anak yang tepat.
4. Lakukan penilaian pada status nutrisi anak seperti berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, konjungtiva, indeks massa tubuh, laboratorium darah.
 | 1. Makan sedikit, dan frekuensi makan yang sering menurunkan usaha respirasi. Pemberian makanan yang disukai anak membantu anak.
2. Anak memerlukan diet protein dan kalori untuk meningkatkan kebutuhan energi.
3. Pemberian susu formula yang tidak tepat dapat menebalkan sekresi.
4. Status nutrisi ditentukan dari pemeriksaan fisik dan laboratorium darah sehingga kebutuhan kalori dapat ditentukan dan mengevaluasi keadekuatan rencana pemenuhan nutrisi.
 |

(Wong, 2009).

1. **Dokumentasi Keperawatan**

Menurut Setiadi (2012) dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan harus memperhatikan hal-hal seperti dibawah ini :

1. Tersedia format untuk dokumentasi.
2. Dokumentasi dilakukan oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung.
3. Dokumentasi dibuat segera setelah melakukan tindakan.
4. Catatan dibuat kronologis.
5. Penulisan singkatan dilakukan secara umum.
6. Mencantumkan tanggal, waktu tanda tangan, dan inisial penulis.
7. Dokumentasi akurat, benar, komplit jelas, dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
8. Tidak dibenarkan menghapus tulisan pada catatan menggunakan penghapus tinta atau bahan lainnya.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Pengkajian (Setiadi, 2012) adalah :

1. Sistematis : pengkajian dari saat masuk rumah sakit sampai pulang.
2. Format tersusun dan berkesinambungan.
3. Terdiri dari pencatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien.
4. Ditulis secara jelas dan singkat.
5. Menuliskan identitas waktu tanggal, nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.
6. Ikut aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Diagnosa(Setiadi, 2012) adalah**:**

1. Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah resiko.
2. Catat diagnosa keperawatan resiko dalam format keperawatan.
3. Mulai pernyataan diagnosa keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosa keperawatan.
4. Masukkan diagnosa keperawatan ke dalam daftar masalah.
5. Hubungkan pada tiap-tiap diagnosa keperawatan ketika menemui masalah keperawatan.
6. Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
7. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana perumusan.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Intervensi (Setiadi, 2012):

1. Sebelum menuliskan rencana tindakan, kaji ulang semua data yang ada.
2. Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
3. Tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan ketrampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang merupakan perhatian.
4. Alasan prinsip specivity untuk menuliskan diagnosa keperawatan.
5. Mulai rencana tindakan dengan menggunakan action verb.Catat tanda-tanda vital setiap pergantian dines.
6. Tulis rasional dari rencana tindakan.
7. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana.
8. Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
9. Klien dan keluarganya jika memungkinkan diikutkan dalam perencanaan.
10. Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharui.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Implementasi (Setiadi, 2012) adalah :

1. Merupakan dokumentasi dalam penerapan intervensi
2. Gunakan bulpoint tertulis jelas, tulis dengan huruf cetak bila tulisan tidak jelas. Bila salah tidak boleh di hapus tetapi dicoret saja, dan ditulis kembali diatas atau disamping.
3. Jangan lupa selalu menuliskan waktu, jam pelaksanaan dan tanda tangan pelaksana.
4. Jangan membiarkan baris kosong, tetapi buatlah garis ke samping untuk mengisi tempat yang tidak digunakan.
5. Dokumentasikan sesegera mungkin setelah tindakan dilaksanakan guna mnghindari kealpaan (lupa).
6. Gunakan kata kerja aktif untuk menjelaskan apa yang dikerjakan.
7. Dokumentasikan bagaimana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan.
8. Dokumentasikan aspek keamanan, kenyamanan dan pengawasan infeksi dan lingkungan terhadap klien.

Prinsip Dokmentasi Penulisan Evaluasi (Setiadi, 2012) adalah:

1. Awali atau ikuti evaluasi dengan data pendukung.
2. Ikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan evaluasi formatif.
3. Gunakan evaluasi sumatif ketika pasien dipulangkan atau dipindahkan.
4. Catat evaluasi sumatif melalui pengkajian dan intervensi. Catat juga respon pasien.
5. Pernyataan evaluasi formatif dan sumatif dimasukkan kedalam catatan kesehatan.
6. Korelasikan data khusus yang ditampilkan dengan kesimpulan yang dicapai perawat.
7. Data pengkajian dan hasil yang diharapkan digunakan untuk mengukur perkembangan pasien.

Carpenito (2013), mengatakan bahwa pendokumentasian keperawatan harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, *brevity* (ringkas) dan *legibility* (mudah dibaca). Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi adalah :

1. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan.
2. Bila memungkinkan, catat setiap respon pasien / keluarganya tentang informasi / data yang penting tentang keadaannya.
3. Pastikan kebenaran setiap data data yang akan dicatat.
4. Data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon pasien pada saat merawat pasien mulai dari pengkajian sampai evaluasi.
5. Dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut : adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru, respon pasien terhadap bimbingan perawat.
6. Harus dihindari dokumentais yang baku sebab sifat individu /Pasien adalah unik dan setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda.
7. Hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas dari setiap catatan yang dicatat, harus disepakati atas kebijaksanaan institut setempat.
8. Data harus ditulis secara syah dengan menggunakan tinta dan jangan menggunakan pinsil agar tidak mudah dihapus.
9. Untuk merubah atau menutupi kesalahan apabila terjadi salah tulis, coret dan diganti dengan yang benar kemudian ditanda tangani.
10. Untuk setiap kegiatan dokumentasi, cantumkan waktu tanda tangan dan nama jelas penulis.
11. Wajib membaca setiap tulisan dari anggota lain kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir.
12. Dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas dan lengkap

Setiadi ( 2012 ), menerangkan bahwa prinsip pencatatan ditinjau dari teknik pencatatan harus mengikuti :

* 1. Menulis nama klien pada setiap halaman catatan perawat.
	2. Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.
	3. Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual.
	4. Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai.
	5. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau.
	6. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” diatasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.
	7. Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan.
	8. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
	9. Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak” yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti.
	10. Jelaskan apa yang terlihat, terdengar terasa dan tercium pada saat pengkajian.
	11. Jika klien tidak dapat memberikan informasi saat pengkajian awal, coba untuk mendapatkan informasi dari anggota keluarga atau teman dekat yang ada atau kalau tidak ada catat alasannya.

Petunjuk cara pendokumentasian yang benar (Setiadi, 2012) yaitu :

* 1. Jangan menghapus menggunakan tip-ex atau mencatat tulisan yang salah ketika mencatat cara yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.
	2. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
	3. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.
	4. Catatan harus akurat teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.
	5. Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horisontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
	6. Semua catatan harus bisa dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
	7. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan di luar batas kewenangannya dapat di tuntut.
	8. Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
	9. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik) , karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi bersifat terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
	10. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus obyektif, konfrehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.

**BAB III**

**KASUS DAN PEMBAHASAN**

* + - 1. **Hasil Studi Kasus**

Hari/Tanggal : Senin, 02 Juli 2018

Jam : 07.30 WIB

Tempat : Bangsal Anggrek RSUD Kota Yogyakarta

Oleh : Wara Kusrini

Sumber Data : Keluarga pasien, rekam medis, dan tim kesehatan

Metode : Anamnesis, Observasi, Pemeriksaan medis dan studi

 Dokumentasi

1. Pengkajian
2. Identitas
3. Pasien

Nama : An. A

Tempat tgl lahir : Yogyakarta, 08-09-2017

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : -

Pekerjaan : -

Status Perkawinan : -

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Alamat : Cantel Wetan,Yogyakarta

Diagnosa Medis : Bronchopneumonia

No RM : 71 28 xx

Tanggal Masuk RS : 28 Juni 2018

1. Penanggung Jawab / Keluarga

Nama : Tn. S

Umur : 40 tahun

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Wirausaha

Alamat : Cantel Wetan, Yogyakarta

Hubungan : Bapak

Status perkawinan : Kawin

1. Riwayat Kesehatan
2. Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan An. A batuk, pilek nafas terdengar grok-grok dahak tidak bisa keluar.

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Sebelum pasien masuk rumah sakit, Ibu mengatakan An. A batuk sejak 2 minggu yang lalu, demam saat awal sakit, demam turun sejak tanggal 19 juni 2018. An. A pilek sejak sakit sampai sekarang tetapi hilang timbul. Periksa ke puskesmas pada tanggal 8 juni 2018, dapat obat antibiotic. Kemudian karena tidak ada perkembangan yang bagus, keluarga memerikasakan kembali An. A ke puskesmas pada tanggal 25 juni 2018 kemudian mendapatkan Cefadroxil 2 x 1, salbutamol 2 x 1.5, Trilac 2 x 2 mg.

Kemudian pada tanggal 28 Juni 2018 An. A control di puskesmas dan karena kondisi An. A yang semakin buruk, puskesmas memberikank An. A rujukan ke RS Kota Yogyakarta.

Pada saat pengakjian , tanggal 2 Juli 2018, An. A nampak demam. Selain itu keluarga mengeluhkan An. A masih batuk pilek selama 2 minggu lebih tanpa ada perubahan serta terdengan suara nafas yang grok-grok.

1. Riwayat kesehatan dahulu
2. Prenatal

Kehamilan ibu 9 bulan / 39 minggu dengan HPL 2 – 9 2017. Kemudian bayi lahir pada tangal 8 – 9 – 2017.

1. Perinatal

Bayi lahir tanggal 8 – 9 – 2018 jenis kelamin perempuan. Dengan BBL 2870 gr, PB 43 cm, LK 33 cm, LD 33 cm dan LLA 10 cm. Setelah 3 hari, kemudian bayi namapk kuning dan menjalani foto terapi selama 24 jam.

1. Penyakit yang pernah di derita

An. A pernah kuning setelah 3 hari dilahirkan.

1. Hospitalisasi / tindakan Operasi

An. A demam 2 hari, kemudian di rawat di RSUD Kota untuk menstabilkan kondisi bayi, dengan foto terapi selama 24 jam. Belum pernah menjalan operasi.

1. Injury / kecelakaan

An. A tidak pernah mendapatkan luka atau mengalami kecelakaan.

1. Alergi

An. A tidak ada alergi obat, makanan atau suatu kondisi lingkungan khusus.

1. Imunisasi

Tabel 3.1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis | Usia | Pelaksanaan |
| 1 | HB | 0 bulan | 8-9-2017 |
| 2 | BCG | 16 hari | 24-10-2017 |
| 3 | IPV I | 2 bulan 6 hari | 14-11-2017 |
| 4 | DPT-HB- | 2 bulan 6 hari | 14-11-2017 |
| 5 | IPV II | 3 bulan 4 hari | 12-12-2017 |
| 6 | DPT-HB | 3 bulan 4 hari | 12-12-2017 |
| 7 | IPV III | 7 bulan 1 hari | 9-5-2017 |
| 8 | DPT-HB | 7 bulan 1 hari | 9-5-2017 |
| 9 | Camapk |  | belum |

1. Pengobatan

Menjalani fototerapi selama 24 jam.

1. Riwayat Pertumbuhan
2. Motorik Kasar

Tangan mengepal : 1 bulan

Miring : 2 bulan

Tengkurap : 3.5 bulan

Merangkak : 6 bulan

Duduk : 8 bulan

Rambatan : 9 bulan

* + - 1. Motoric Halus
1. Melihat : 1 bulan
2. Menggenggam : 1 bulan
3. Menggapai benda : 6 bulan
4. Menoleh : 2 bulan
	* + 1. Social

Melihat orang : 3 bulan

Senyum : 3 bulan

Berbicara : 8 bulan (kata masih patah-patah)

* + - 1. Bahasa

Jumlah kata : 3-4 kata

Intonasi masih belum jelas

1. Riwayat Keluarga
2. Lingkungan Rumah

Lingkungan rumah nampak kumuh, lembab, jendelan tidak banyak di buka, bagian lantai nampak kotot, dan terdapat 2 kandang burung.

1. Penyakit keluarga

Tidak ada penyakit keturunan atau kronis dari keluarga. Bapak An. A tidak merokok.

1. Genogram



Gambar 3.1. Struktur Keluarga Pasien

Keterangan



1. Kesehatan Fungsional
2. Aspek fisik-biologis
3. Nutrisi
	* + - 1. Sebelum sakit

An. A sehari-hari mengkonsumsi bubur, ASI dan buah sejak usia 6 bulan. Di awal usia 9 bulan ini sudah latihan makan dengan nasi.

* + - * 1. Selama Sakit

An. A selama di rumah sakit mendapatkan diet bubur 3 x sehari. Serta masih di berikan ASI.

1. Pola Eliminasi

Sebelum sakit

Ibu mengatakan An. A BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi sedang, warna coklat, dan berbau khas. BAK lancer, warna kuning dan berbau khas.

Selama Sakit

Ibu An. A mengatakan saat pertama kali masuk, pada tanggal 28 Juli 2018 langsung BAB 2 kali dalam sehari. Konsistensi lunak, warna coklat, dan berbau khas. Namun hingga sekarang belum BAB lagi. BAK lancar , tidak ada gangguan. Sehari ganti pampers 4-5 kali.

1. Pola Aktivitas

Sebelum Sakit

Ibu An. A mengatakan, An. A sudah mengikuti PAUD bayi sejak usia 2 bulan. Ibu mengatakan tidak ada gangguan nafas saat beraktifitas.

Selama Sakit

Ibu An. A mengatakan anak bermain seperti anak biasa. Merambat, melangkah, menggunakan mainan. Ibu juga mengatakan suara nafas anak terdengan grok-grok serta anak mengalami batuk pilek.

1. Kebutuhan Istirahat Tidur
2. Sebelum sakit

Ibu mengatakan An. A tidur siang 1 – 2 kali. Jam biasanya An. A tidur pukul 14.00, jam 18.00 dan jam 22.00.

1. Selama sakit

Ibu mengatakan tidur siang jadi lebih banyak. Bisa sampai 3 kali. Malam lebih sering bangun karena kondisi ruangan yang panas dan merasa asing dengan lingkungan. Dalam sehari biasanya tidur Selama 10-12 jam.

1. Aspek Psiko-Sosio-Spiritual
2. Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Ibu An. A mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita anaknya. Bagaimana penyebabnya hingga proses penyakitnya berlangsung.

1. Pola Hubungan

Ibu An. A mengatakan hubungannya dengan anak selama ini baik-baik saja. Begitu juga antara anak dengan lingkungan dan tetangganyan.

1. Koping

Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya.

1. Kognitif

Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Keadaan umum
3. KU : cukup
4. Kesadaran : composmentis
5. Tanda Vital
6. TD : -
7. Nadi : 120 kali/menit
8. Suhu : 36.6oC
9. RR : 32 kali/menit
10. Status Gizi
	* + 1. TB : 67 cm
			2. BB : 6.8 kg
11. Kepala

Bentuk : Oval

Kulit : Bersih, tidak ada lesi atau luka

Rambut : Lurus, bersih

1. Muka
2. Mata

Konjungitva :Tidak anemis

Pupil : Isokor

Reflek terhadap cahaya : Positif

1. Hidung :
2. Mulut : Bersih tidak ada sariawan,
3. Lidah : Bersih
4. Gigi : Bersih
5. Telinga : Bersih tidak ada serumen
6. Dada
7. Paru

Inspeksi : Terdapat retraksi dada, normochest, tidak ada lesi

Palpasi : Ekspansi dada simetris.

Perkusi : Suara batas paru dan hati normal, suara sonor.

Auskultasi : Muncul suara ronchi dan whezing

1. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis dalam batas normal

Palpasi : Ictus cordis teraba di ruang ICS 2 line dextra sinistra

Perkusi : Suara batas jantung dan paru normal, ICS 3 dan ICS 5

Auskultasi : Irama jantung regular, muncul suara whezing

1. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada distensi dan luka ataupun lesi

Auskultasi : BU 7 kali permenit

Perkusi : Suara timpani

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

1. Ekstermitas
2. Atas
3. ROM kanan dan kiri baik
4. Tangan kiri terpasang IV plug sejak 28-06-2018.
5. Respon rangsang : nyeri + dan tusuk +
6. Bawah

ROM kanan dan kiri baik

Respon rangsang nyeri + dan tusuk +

1. Kekuatan otot

Ka Ki

1. 5

 5 5

1. Pemeriksaan Penunjang
	1. Pemeriksaan Laboratorium

Ruang Anggrek

An. A

28 Juli 2018

 Tabel 3.2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jenis pemeriksaan | Hasil | Satuann | Nilai rujukan |
| **Hematologi rutin** |  |  |  |
| Hemoglobin | 10.3 | Gr/dl | 10.5 – 12.9 |
| Hematokrit | 31.7 |  | 35.0 – 47 |
| Lekosit | 15.1 | Ribu/ul | 6-17.5 |
| Eritrosit | 4.36 | Ribu/ul | 4.1 – 5.1  |
| Trombosit | 377 | Ribu/ul | 150-450 |
| MPV | 9.3 | Fl | 7.2-11.1 |
| PDW | 10.1 | fl | 9-13 |
| **Hitung jenis lekosit** |  |  |  |
| Basofil | 0.1 | % | 0-1 |
| Monosit | 11.2 | % | 4-8 |
| Eosinofil | 0.0 | % | 1-6 |
| Limfosit | 12.7 | % | 22-40 |
| neutrofil | 76.0 | % | 25-49 |

* 1. Rontgen Thorax

Ruang Anggrek

An. A tanggal 29 Juni 2018

* + Tampak corakan bronkovaskular meningkat, perselubungan inhomogen dengan air bronchogram (+). Diperihiler dan paracardial
	+ Kedua diafragma licin
	+ Pleura space mebeval (-)
	+ COR, CTR < 0.56
	+ Kesan :

**Bronchopneumoni**

1. Terapi Pengobatan

Nama : An. A Diagnosa Medis : Bronchopneumoni

Ruang : Anggrek Alamat : Yogyakarta

Tabel 3.3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Nama obat | Dosis | Farmakoterapi |
| 1 | Gentamicin | 40 mg / 24 jam (Intra Vena) | Gentamisin (gentamicin) adalah antibiotik golongan aminoglikosida yang digunakan untuk mengobati infeksi-infeksi yang disebabkan terutama oleh bakteri gram negatif |
| 2 | Ventolin | 1 A + NaCl 0.09% 2 cc | Ventolin adalah obat yang digunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernafasan (vasodilasator) seperti asma dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). |
| 3 | Ampicilin | 200 mg / 6 jam (Intra Vena) | Ampicillin adalah obat yang dapat digunakan untuk mengatasi infeksi akibat bakteri, seperti infeksi saluran pernapasan, saluran pencernaan, jantung ([endokarditis](https://www.alodokter.com/endokarditis)), saluran kemih, kelamin ([gonore](https://www.alodokter.com/gonore)), dan telinga. |
| 4 | Salbutamol | 2 x 1.5 cc | Obat ini sering disebut sebagai bronkodilator karena dapat melebarkan saluran udara pada paru-paru. Obat ini berkeja dengan cara melemaskan otot – otot  disekitar saluran pernapasan yangmenyempit sehingga udara dapat mengalir lebih lancar menuju paru-paru. |
| 5 | Trilac | 2 x 2 mg | Bekerja dengan mengurangi respon sistem kekebalan tubuh terhadap berbagai penyakit, sehingga dapat mengurangi gejala seperti pembengkakan, nyeri dan reaksi alergi |

1. Analisa Data

Nama : An.A Dx Medis : Bronchopneumonia

Usia : 9 bulan No RM : 71 28 xx

Tabel 3.4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Masalah | Etiologi |
| 1 | DS:-Ibu mengatakan An. A kerap terjaga di malam hariDO :-Usia An. A masih 9 bulan-nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi)-RR 32 kali/menit-suara nafas whezing | Resiko Jatuh | Penyakit Bronchopneumonia |
| 2 | DS :-keluarga mengeluhkan An.A kerap nampak sesakDO :-RR 32 kali/menit-terdapat retraksi dada-Suara afas Ronchi dan Whezing | Bersihan jalan nafas tidak efektif | Hipersekresi |
| 3 | DS :-DO :-pasien terpasang IV plug sejak 28 juni 2018-suhu tubuh 36.6oC-AL 15.1 x 103 /ul | Resiko infeksi | Prosedur invasif |
| 4 | DS :-Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknyaDO :-keluarga nampak lemas dan lesu-rambut berantakan | Ansietas | Ancaman pada satus terkini |
| 5 | DS :-Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini.DO :- | Defisit Pengetahuan | Kurang terpapar Informasi |

1. Prioritas Diagnosa Keperawatan
2. Besihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi di tandai dengan keluarga mengeluhkan An.A kerap nampak sesak, RR 32 kali/menit, terdapat retraksi dada, dan Suara afas Ronchi dan Whezing.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive di tandai dengan pasien terpasang IV plug sejak 28 juni 2018, suhu tubuh 36.6oC dan AL 15.1 x 103 /ul.
4. Resiko jatuh berhubungan dengan penyakit bronchopneumoni di tandai dengan Ibu mengatakan An. A kerap terjaga di malam hari, Usia An. A masih 9 bulan, RR 32 kali / menit, suara nafas wheezing dan nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi)
5. Ansietas berhubungan denga status kesehatan terkini di tandai dengan Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya, keluarga nampak lemas dan lesu, dan rambut berantakan.
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini.
7. Rencana Keperawatan

Nama : An.A Dx Medis : Bronchopneumonia

Usia : 9 bulan No RM : 71 28 xx

Tabel 3.5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa | Kriteria hasil | Rencana keperawatan | Rasional |
| 1 | Bersihan jalan nafas tidak efektif | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil :-RR < atau sama dengan 20-suara nafas vesikuler-tidak terdapat retraksi dada | Senin, 2 juli 201809.00 WIB* 1. Observasi suara dan pola nafas serta tanda-tanda vital pasien
	2. Berikan nebulizer dengan ventoline 1 A + 2 cc NaCl 0.09 % perdelapan jam dan Salbutamol syrup 1.5 cc setiap 12 jam
	3. Edukasi keluarga terkait cara perawatan pasien pneumonia di rumah dan pencegahan pneumonia

*Wara* | * 1. Menentukan tindakan selanjutnya yang akan diberikan
	2. Memberikan efek mukolitik untuk membersihkan jalan nafas dari hipersekresi
	3. Meningkatkan progres menuju kesehatan dengan kemampuan mandiri pasien
 |
| 2 | Resiko infeksi | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil :-tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sitemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah)- suhu tubuh normal 36.5 – 37.5oC-AL normal (6 – 17.5 )-keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat di RS dan di rumah | Senin, 2 juli 201809.00 WIB* 1. Observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed
	2. Latih keluarga cara cuci tangan dengan 6 langkah
	3. Ganti lokasi tusukan infus setiap 3 hari sekali
	4. Edukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit dan di rumah. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker.
	5. Kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamicin 40 mg / 24 jam IV
 | * 1. Menentukan tindakan selanjutnya yang akan diberikan
	2. Memutus mata rantai infeksi
	3. Memutus mata rantai infeksi
	4. Dengan pahamnya keluarga cara perilaku hidup bersih dan sehat, keluarga akan mampu mencegah terjadinya pneumonia di rumah

*Wara* |
| 3 | Risiko Jatuh berhubungan dengan hipoventilasi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cidera tidak terjadi dengan kriteria hasil:* Pasien terbebas dari cidera
* Keluarga mampu menjelaskan bagaimana cara mencegah cidera.
 | Senin, 2 juli 201809.00 WIB* 1. Observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien
	2. Memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
	3. Gunakan gelang kuning sebagai identitas resiko jatuh
	4. Edukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berhaya di sekitar pasien
	5. Berikan penerangan yang cukup
	6. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan memberitahukan keluarga untuk tidak memposisikan pasien terlalu di pinggir.

*Wara* | 1. Menentukan tindakan apa yang akan di berikan selanjutnya
2. Memastikan keamanan anak selagi tanpapengawasan dan meminimalisir resiko jatuh
3. Memastikan keamanan anak selagi tanpapengawasan dan meminimalisir resiko jatuh
4. Memotivasi pasien untuk ikut serta menjaga dan mengawasi keamanan anak
5. Penerangan yang cukup dapat meminimalkan resiko jatuh
6. Mencegah pasien jatuh
 |
| 4 | Ansietas | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasil :-postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat-vital sign dalam batas normal -pasien mampu menunjukan tehnik untuk kontrol cemas | Senin, 2 juli 201811.00* 1. Observasi tanda-tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien
	2. Latih keluarga melakukan tehnik relaksasi nafas dalam
	3. Ajak keluarga pasien bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan yang ada.

*Wara* | * 1. Menentukan tindakan selanjutnya yang akan diberikan
	2. Meningktakan kenyamanan pasien dengan mengelola nafas
	3. Pasien merasa di dengarkan dan ada yang berempati dengan masalahnya saat ini
 |
| 5 | Defisiensi pengetahuan b.d kurang terpapar informasi | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Selma 1 x 24 jam difisiensi pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :-keluarga mampu memahami penyakit Pneumonia-keluarga mampu menyebutkan cara penanganan dan pencegahan penyakit Pneumonia | Senin, 2 juli 201809.00 WIB* 1. Observasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga tentang pneumonia
	2. Berikan edukasi terkait dengan penyakit Pneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahan pneumonia.

*Wara* | 1. Mengidentifikasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga sehingga dalam pemberian edukasi lebih tepat sasaran, tidak terjadi overlapping maupun ketidakjelasan materi
2. Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal
 |

1. Implementasi dan Catatan Perkembangan

Nama : An. A Dx medis : Bronchopneumonia

Usia : 9 Bulan No RM : 71 28 xx

Tabel 2.6

|  |
| --- |
| Diagnosa Keperawatan : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hipersekresi |
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | 2-7-201809.00 wib | mengobservasi suara dan pola nafas serta tanda-tanda vital pasien | 2-7-2018, 14.00 wibS :- Keluarga mengatakan pasien nampak lebih lega- Keluarga mengatakan paham dengan materi yang diberikan dan mampu menyimpulkan materi .O :-An.A batuk-batuk sputum bening dan sedikit-RR 38 x/menit-retraksi dada minimal-suara nafas ronchi dan whezing masih adaA :-RR < atau sama dengan 20 tercapai sebagian-suara nafas vesikuler belum tercapai-tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagianP :- observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien perdelapan jam (3-7-2018, 19.00)- berikan nebulizer dengan ventoline 1 + 2 cc NaCl 0.09 % perdelapan jam (3-7-2018, 19.00)*Wara* |
| 2 | 2-7-201810.00 wib | mengedukasi keluarga terkait tatalaksana pada pasien dengan kondisi pneumonia (memberikan air hangat dan posisi posisi kepala lebih tingi dari badan dan ekstensi) |
| 3 | 2-7-201811.00 wib | memberikan nebulizer dengan ventoline 1 A + 2 cc NaCl 0.09 % perdelapan jam |
| 4 | 3-7-201708.00 wib | Mengobservasi suara dan pola nafas serta TTV pasien | 3-7-2017, 14.00S :-Keluarga mengatakan An.A masih sering terlihat sesak- Keluarga mengatakan pasien nampak lebih legaO :-An. A batuk-batuk sputum bening dan sedikit-frekuensi nafas 24 x/menit-retraksi dada minimal-suara nafas ronchi dan whezing masih adaA :-frekuensi nafas < atau sama dengan 20 tercapai sebagian-suara nafas vesikuler belum tercapai-tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagianP :- observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien perdelapan jam (4-10-2017, 04.00)- Pasien boleh pulang- lakukan kunjungan rumah untuk evaluasi kondisi pasien- berikan pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan pneumonia di lingkungan rumah- evaluasi pemahaman keluarga tentang pneumonia- evaluasi konsumsi obat pada An. A*Wara*  |
| 5 | 3-7-201711.00 | memberikan nebulizer dengan ventoline 1 A + 2 cc NaCl 0.09 % perduabelas jam |
| 6 | 4-7-201808.00 | mengobservasi suara dan pola nafas serta Tanda vital pasien perdelapan jam | 4-10-201712.00 WIBS :-Keluarga mengatakan An.A masih sering terlihat sesak- Keluarga mengatakan pasien nampak lebih legaO :-An. A batuk-batuk sputum bening dan sedikit-frekuensi nafas 22 x/menit-retraksi dada minimal-suara nafas ronchi dan whezing masih adaA :-RR < atau sama dengan 20 tercapai sebagian-suara nafas vesikuler belum tercapai-tidak terdapat retraksi dada tercapai sebagianP :- observasi suara dan pola nafas serta tanda vital pasien perdelapan jam (4-10-2017, 12.00)*Wara* |

|  |
| --- |
| Diagnosa Keperawatan : resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif |
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | 2-7-201809.00 wib | Mengobservasi TTV pasien setiap shift dan kebersihan bed  | 2-7-2017 , 14.00 wibS :-keluarga mengatakan sudah mengerti cara mencuci tangan, cara berperilaku hidup bersih dan sehat dan mampu merangkumnyaO :-keluarga mampu mempraktikan cara mencuci tangan dengan baik dan benar- bed tempat tidur An. A nampak bersih dan rapi- suhu tubuh 36.9oC- Nilai AL 15.1 x 103A :-tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sitemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) tercapai sebagian-AL normal tercapai-keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat tercapaiP :-observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed (3-7-2018, 08.00)-Evaluasi terkait dengan cuci tangan bersih 6 langkah (3-7-2018, 09.00)- kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamisin 40 mg / 24 jam IV *Wara* |
| 2 | 2-7-201809.30 | Melatih keluarga bagaimana cara mencuci tangan dengan 6 langkah |
| 3 | 2-7-201809.45 wib | Mengedukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker |
| 4 | 3-7-2018, 08.00 | mengobservasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed  | 3-7-2018, 14.00 WIBS : -keluarga mengatakan tidak ada keluhan demam-keluarga mengatakan masih ingat dengan cara memcuci tangan.O :-keluarga mampu mengulangi dengan baik dan benar-suhu 36.2oC-RR 24 x/menit-nadi 98 x/menit-kondisi bed bersih dan rapi-AL 15.1 x 103A :-tidak terdapat tanda infeksi (panas baik lokal maupun sitemik, nyeri pada area tusuk, bengkak, merah) tercapai-angka leukosit normal tercapai-keluarga mampu berperilaku hidup bersih dan sehat tercapaiP :-observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed - lepas IV plug. Pasien boleh pulang*Wara* |
| 5 | 3-7-2018, 09.00 wib | mengevaluasi terkait dengan cuci tangan bersih dan 6 langkah  |
| 6 | 3-10-201711.00 | memberikan obat pasien sesuai dengan program. gentamisin 2x40 mg IV. |

|  |
| --- |
| Diagnosa Keperawatan : resiko Jatuh berhubungan dengan Kurang pengawasan |
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | 2-7-2018, 09.00 | Mengobservasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien  | 2-7-2108, 14.00 wibS :- keluarga mengatakan selalu mengawasi dan memasan side rail-keluarga mengatakan paham dengan apa yang disampaikan dan dapat menyimpulkanO :-An.A mulai tenang-keluarga nampak membereskan dan merapikan tempat tidur An.AA :-Pasien terbebas dari cidera teratasi-Keluarga mampu menjelaskan cara pencegahan cidera P :- observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien serta motivasi untuk selalu menjaga kemanan An.A (3-7-2018, 14.00)*Wara* |
| 2 | 2-7-2018, 09.20 | Memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih  |
| 3 | 2-7-2018, 10.40 | Mengedukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berhaya di sekitar pasien  |
| 5 | 3-7-2018, 09.00 wib | mengobservasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien serta motivasi untuk selalu menjaga kemanan An. A | 3-7-2108, 14.00 wibS :- keluarga mengatakan selalu mengawasi dan memasan side rail- keluarga mengatakan akan lebih waspada lagiO :-An.A lebih tenang-keluarga nampak membereskan dan merapikan tempat tidur An.AA :-Pasien terbebas dari cidera teratasi-Keluarga mampu menjelaskan cara pencegahan cideraP :- Pasien BLPL*Wara* |

|  |
| --- |
| Diagnosa Keperawatan : ansietas berhubungan dengan status kesehatan saat ini |
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | 2-7-201809.00 wib | Mengobservasi tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien | 2-7-2018, 19.45 wibS :-ibu mengatakan merasa senang dan lega setelah cerita-ibu mengatakan terasa berat di baian leher-ibu mengatakan merasa lebih nyaman dan enak setelah di pijatO :-TD 130/80-nadi 88x/menit-RR 21x/menit-suhu 36.5oC-keluarga mampu mepraktikan tehnik nafas dalam-pasien nampak lebih rileks-ekspresi wajah santai-pasien nampak senang-lebih ceriaA :-postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat tercapai-vital sign dalam batas normal tercapai-pasien mampu menunjukan tehnik untuk kontrol cemas tercapaiP :-observasi TTV, kondisi dan tingkat kecemasan pasien 3-7-2018, 09.00 wib*Wara* |
| 2 | 2-7-201810.00 wib | Melatih pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam |
| 4 | 2-7-201810.15 wib | Mengajak keluarga bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsi pasien serta. |
| 5 | 3-7-2018, 09.00 wib | Mengobservasi tanda vital, kondisi dan tingkat kecemasan pasien | 4-7-2018, 14.00 wibS :-pasien mengatakan hari ini terasa lebih ringan-ibu mengatakan merasa lebih nyaman dan enakO :-TD 120/90-nadi 88x/menit-suhu 36.4oC-kecemasan ringan -pasien nampak lebih rileks-ekspresi wajah santaiA :-postur tubuh, ekspresi wajah, dan aktivitas lebih segar dan semangat tercapai-vital sign dalam batas normal tercapai-pasien mampu menunjukan tehnik untuk kontrol cemas tercapaiP :Pertahankan intervensi. Tujuan tercapai seluruhnya*Wara*  |
| Diagnosa Keperawatan : deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi |
| No | Waktu | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | 2-7-201809.00 wib | Kaji kebutuhan belajar pasien dan keluarga | 2 – 7 – 2018 14.00S :* Keluarga mengatakan sudah paham dengan materi dan informasi yang sudah diberikan

O :* Keluarga mampu mengulangi dan menyimpulkan informasi yang di dapat
* Keluarga mengatakan akan menjaga kesehatan An. A sebaik mungkin setelah pulang nnti

A : Defisit pengetahuan teratasiP : pertahankan intervensi*Wara* |
| 2 | 2-7-201810.00 wib | Berikan edukasi terkait dengan penyakit Pneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahannya. |

* + - 1. **Pembahasan Kasus Bronchopneumonia**

Dengan bab ini penulis mencoba untuk melakukan pembahasan tentang Asuhan Keperawatan yang dimulai dari pemgkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi serta dokumentasi keperawatan. Dengan cara membandingkan antara teori yang ada pada Bab II Tinjauan Pustaka dan pelaksanaan Asuhan Keperawatan yang penulis lakukan seperti yang tercantum pada Baba III Tinjauan Kasus. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan teori dari Wong (2009).

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam yaitu mulai tanggal 02 Juli – 04 Juli 2018 didapatkan hasil pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada An. “A” di ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta

* + - 1. Pengkajian

Dalam pengkajian, penulis menggunakan data identitas pasien dan keluarga, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien sekarang dan terdahulu, genogram, riwayat kesehatan keluarga, pola kebiasaan pasien yang meliputi : pemeliharaan dan persepsi tentang kesehatan, nutrisi, aktivitas, istirahat dan tidur, eliminasi, pola hubungan, toleransi stress dan pemeriksaan fisik serta data penunjang (data sekunder)

Sumber diperoleh dari pasien, keluarga pasien, tim kesehatan lain, dari status pasien. Metode yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu dengan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumen (Rekam Medis).

 Dalam pembahasan ini penulis menggunakan teori menurut Wong (2009) maka penulis akan membandingkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus antara lain:

1. Data yang ada saat pengkajian sesuai dengan teori Wong (2009):
2. Data subjetif : adanya keluhan dari keluarga tentang adanya batuk.
3. Data objektif : nafas nampak dangkal dan cepat, batuk beberapa hari, terdapat sputum dan pasien kesulitan untuk bernafas.
4. Data yang ada pada teori menurut Wong (2009) tetapi tidak ada pada kasus :

Pada teori di katakana adanya gejala diare yang muncul pada penderita pneumonia, namun saat pengkajian pada pasien tidak di temukan diare. Pasien BAB sebanyak 2 kali pada saat masuk Rumah Sakit, 28 Juni 2018. Hingga tanggal 2 Juli 2018 pasien masih belum BAB lagi. Selain itu, pada teori terdapat keluhan nyeri, namun pada pasien tidak di temukan keluhan nyeri yang di lihat melalui pengukuran Wong Baker Face.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah adanya kerjasama dengan tim kesehatan lain, adanya data-data penunjang dalam rekam medis pasien, keluarga klien dank klien yang sangat kooperatif. Sedangkan faktor penghambatnya adalah harus diberikan beberapa stimulus yang kuat agar pasien mau bercerita kepada tim kesehatan, namun setelah terbentuk rasa saling percaya, pasien sangat kooperatif.

* + - 1. Perumusan Diagnosa

Diagnosa yang terdapat pada kasus adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, resiko infeksi, resiko jatuh, kurang pengetahuan dan kecemasan. Dari kelima diagnosa tersebut yang sesuai dengan teori Wong (2009) adalah diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif.

Sedangkan diagnosa menurut teori Wong pada asuhan keperawatan dengan Bronchopneumonia diagnosa tetapi tidak muncul pada kasus ini antara lain :

1. Hipertermi

Diagnosa hipertermi tidak muncul pada kasus ini dikarenakan saat pengkajian pada tanggal 02 Juli 2018, suhu pasien 36,60 C dan selama dilakukan Asuhan Keperawatan tidak menunjukkan adanya perubahan suhu kearah tinggi (hipertermi). Hingga pasien pulang, kondisi suhu tubuh pasien berada pada rentang normal.

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tidak muncul karena pada saat pengkajian pada tanggal 2 Juli 2018 di temukan berat badan dan panjang badan pasien sesuai dengan pertumbuhan dan perkebangan anak usia 9 bulan. Yaitu dengan berat badan 20 kg dan panjang badan 67 cm. selain itu, An. A juga memiliki nafsu makan yang baik. Dalam sehari masih mau makan dan mengkonsumsi ASI.

1. Resiko devisit volume cairan

Diagnosa resiko devisit volume cairan tidak muncul karena pada saat pengkajian pada tanggal 2 juli 2018, pada pasien tidak di temukan kondisi hipertermi yang memperberat kondisi kekurangan cairan. Intake cairan An. A juga mencukupi kebutuhan dari pola makan yang diberikan Rumah sakit dan pemberian ASI.

1. Resiko kerusakan pertukaran gas

Diagnosa resiko kerusakan pertukaran gas tidak muncul karena pada saat pengkajian pada tanggal 2 juli 2018, pada pasien tidak di temukan tanda-tanda kerusakan pertukaran gas. Kondisi kesadaran pasien masih compos mentis, pasien masih mampu beraktivitas seperti biasa. Selain itu SpO2 pasien normal, yakni 98%.

Faktor pedukung dalam perncanaan keperawatan adalah asanya teori yang dijadikan pedoman (Nanda, NIC-NOC), adanya kerjasama dengan tim kesehatan serta keluarga dan pasien mampu kooperatif untuk merencanakan intervensi keperawatan bersama-sama. Dan tidak ditemukan faktor penghambat.

* + - 1. **Perencanaan**

Perencanaan tindakan keperawatan dilakukan setelah menetapkan diagnosa keperawatan sesuai prioritas masalah. Dalam perencanaan ditetapkan prioritas masalah berdasarkan kebutuhan dasar individu menurut Maslow dan yang paling mengancam hidup/jiwa pasien. Pada kasus An. “A”: didapatkan prioritas sebagai berikut :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Pada diagnosa ini, penulis memberikan intervensi observasi suara dan pola nafas serta TTV pasien , berikan nebulizer dengan ventoline 1 A + 2 cc NaCl 0.09 % perdelapan jam dan Salbutamol syrup 1.5 cc setiap 12 jam, edukasi keluarga terkait cara perawatan pasien pneumonia di rumah dan pencegahan pneumonia. Dalam hal ini pemberian obat disesuaikan dengan kebutuhan pasien untuk memberikan jalan nafas yang paten.

1. Resiko infeksi

Pada diagnosa ini, penulis memberikan intervensi untuk observasi tanda vital pasien setiap shift dan kebersihan bed, latih keluarga cara cuci tangan dengan 6 langkah, ganti lokasi tusukan infus setiap 3 hari sekali, edukasi keluarga terkait dengan cara perilaku hidup bersih dan sehat selama di rumah sakit dan di rumah. Seperti menjaga kebersihan bed, menjaga kebersihan tangan dan meja loker, kelola pemberian obat pasien sesuai dengan program. Ampicilin 200 mg / 6 jam dan gentamicin 40 mg / 24 jam IV. Dari teori yang ada, Dona L Wong (2009) sulurhnya di terapkan pada pasien.

1. Resiko jatuh

Pada diagnosa ini, dalam menciptakan keamanan pasien yang optimal, penulis memberikan intervensi yaitu dengan observasi kondisi pasien dan lingkungan sekitar pasien, memasang side rail pada pasien dan menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih, gunakan gelang kuning sebagai identitas resiko jatuh, edukasi kepada keluarga untuk selalu mengawasi pasien dan memindahkan barang-barang berhaya di sekitar pasien, berikan penerangan yang cukup, ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan memberitahukan keluarga untuk tidak memposisikan pasien terlalu di pinggir.

1. Ansietas

Pada diagnosa ini, penulis memberikan intervensi untuk observasi TTV, kondisi dan tingkat kecemasan pasien, latih keluarga melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, ajak keluarga pasien bercerita mengungkapkan perasaan, ketakutan yang ada.

1. Defisit pengetahuan

Pada diagnosa ini, penulis memberikan intervensi untuk Kaji kebutuhan belajar pasien dan keluarga tentang bronchopneumonia Berikan edukasi terkait dengan penyakit Pneumonia dan cara perawatannya di rumah serta pencegahan pneumonia.

Faktor pedukung dalam perncanaan keperawatan adalah asanya teori yang dijadikan pedoman (Nanda, NIC-NOC), adanya kerjasama dengan tim kesehatan serta keluarga dan pasien mampu kooperatif untuk merencanakan intervensi keperawatan bersama-sama. Dan tidak ditemukan faktor penghambat.

* + - 1. **Implementasi**

Pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yang telah dilakukan pada An. A melibatkan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain. Pelaksanaan mengacu pada perencanaan keperawatan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

Faktor pendukung penulis melaksanakan tindakan keperawatan adalah adanya kerjasam antara tim kesehatan dan pasien serta keluarga. Pasien dan keluarga sangat kooperatif sehingga perencanaan keperawatan yang telah dibuat dapat dilakukan secara lancar, sedangkakan untuk faktor pemghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan yaitu penulis hanya mampu memberikan implementasi 2 x 24 jam untuk di rumah sakit. Sehingga penulis masih perlu melakukan kunjungan rumah agar mendapatkan implementasi di hari ketiga.

* + - 1. **Evaluasi**

Setelah dilakukan asuhakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan 3 diagnosa yang ada pada kasus An. “A” dengan bronchopneumonia di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta dilakukan evaluasi yang mengacu pada criteria tujuan yang dibuat pada saat merencanakan intervensi keperawatan, evaluasi yang dibaut pada diagnosa yang muncul adalah sebagai berikut :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan Keluarga mengatakan An.A masih sering terlihat sesak, Keluarga mengatakan pasien nampak lebih lega, An. A batuk-batuk sputum bening dan sedikit, RR 22 x/menit, retraksi dada minimal, suara nafas ronchi dan whezing masih ada

1. Resiko infeksi

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan keluarga mengatakan tidak ada keluhan demam, keluarga mengatakan masih ingat dengan cara memcuci tangan dan 5 moments, keluarga mampu mengulangi dengan baik dan benar, suhu 36.2oC, RR 24 x/menit, nadi 98 x/menit, kondisi bed bersih dan rapi, AL 15.1 x 103

1. Resiko jatuh

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan keluarga mengatakan selalu mengawasi dan memasan side rail, keluarga mengatakan akan lebih waspada lagi, An.A lebih tenang, An.A masih terpasang infus dan canule binsal, keluarga nampak membereskan dan merapikan tempat tidur An.A

1. Ansietas

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan pasien mengatakan hari ini terasa lebih ringan, ibu mengatakan merasa lebih nyaman dan enak, TD 120/90, nadi 88x/menit, suhu 36.4oC, kecemasan ringan , pasien nampak lebih rileks, ekspresi wajah santai

1. Defissit pengetahuan

Sesuai evaluasi yang dilakukan pada tanggal 04 Juli 2018 jam 14.00 WIB dan tertera pada catatan perkembangan Keluarga mengatakan sudah paham dengan materi dan informasi yang sudah diberikan, Keluarga mampu mengulangi dan menyimpulkan informasi yang di dapat, Keluarga mengatakan akan menjaga kesehatan An. A sebaik mungkin setelah pulang nnti, Keluarga mengatakan sudah paham dengan materi dan informasi yang sudah diberikan

Faktor pendukung adalah dalam melakukan evaluasi pasien dan keluarga sangat kooprtaif dan adanya kerjasama antara tim kesehatan. dan faktor penghambat yang muncul adalah durasi waktu rawat inap An. A yang pulang lebih awal. Sehingga perlu di lakukan home visit agar asuhan keperawatan dapat di evaluasi sesuai dengan target waktu yang sudah di tetapkan.

* + - 1. **Dokumentasi**

Menurut teoti dokumentasi Koizer (2010) system dokumentasi yang sesuai dengan Rumah sakit yaitu menggunakan format SOAP. Adapun dokumentasi yang dilakukan oleh penulis adalah dokumentasi yang berdasarkan asuhan kepearwatan yaitu SOAP. Dalam Asuhan Keperawatan pada An. “A” penulis telah mendokumentasikan mulai dari pengkajian sampai dengan dokumentasi pada lembar catatan perkembangan menggunakan format SOAP. Pendokumentasian dilakukan segera setelah melakukan suatu tidakan pada pasien maupun keluarga secara kronologi dan mencantumkan tanggal, waktu, dan tanda tangan serta nama terang. Pendokumentasian dilaksanakan selama proses keperawatan berlangsung yaitu 3 x 24 jam pada setiap shift pagi, sore dan malam.

Faktor pendukung pendokumentasian adalah terdapat format pendokumentasian dari Pendidikan maupun dari ruangan, adanya kerjasam antara perawat dan paisen serta kerja sama antar tim kesehatan. Faktor penghambat yang di temukan

* + - 1. Keterbatasan Kasus

Tedapat beberapa keterbatasan pada karya tulis ilmiah ini yang kemungkinan mempengaruhi hasil. Keterbatasan tersebut diantaranya :

Proses asuhan keperawatan dilakukan selama 2 x 24 jam selama di rumah sakit.

Perjalanan penyakit yang sudah berjalan lama.

Keterbatasan akses rekam medis bagi praktikan sehingga memerlukan pendekatan khusus untuk mendapatkan informasi dari rekam medis pasien.

**BAB IV**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

1. **Kesimpulan**

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan pada An.”A” dengan Broncopneumonia di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan serta implementasi dan evaluasi.

Sesuai dengan Setiadi (2012), pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi 5 proses. Yaitu dengan dilakukannya pengkajian keperawatan, penegakan diagnosa, kemudian pembuatan perencanaan keperawatan, implementasi dan terakhir dilakukan evaluasi.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada Ny. “R” selama 3 x 24 jam dimulai tanggal 2 Juli 2018 sampai 4 Juli 2018. Berikut kesimpulan tahapan proses keperawatan yang didapat :

1. Pengkajian

Pengkajian dilakuan pada hari senin, 2 Juli 2018 melalui wawancara, studi dokumen, pemeriksaan fisik dan observasi. Hasil pengkajian didokumentasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Berikut data fokus yang di dapat penulis saat pengkjian : 1) An.A kerap nampak sesak, RR 32 kali/menit, terdapat retraksi dada, dan Suara afas Ronchi dan Whezing. 2) pasien terpasang IV plug sejak 28 juni 2018, suhu tubuh 36.6oC dan AL 15.1 x 103 /ul, 3) An. A kerap terjaga di malam hari, Usia An. A masih 9 bulan, RR 32 kali / menit, suara nafas wheezing dan nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi), 4) Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya, keluarga nampak lemas dan lesu, dan rambut berantakan dan 5) Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini.

1. Diagnosa Keperawatan

Berikut ini diagnosa yang penulis tegakkan sesuai dengan prioritas masalah. Dalam kasus ini penulis temukan sebanyak 5 diagnosa, diantaranya sebagai berikut :

1. Besihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi di tandai dengan keluarga mengeluhkan An.A kerap nampak sesak, RR 32 kali/menit, terdapat retraksi dada, dan Suara afas Ronchi dan Whezing.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive di tandai dengan pasien terpasang IV plug sejak 28 juni 2018, suhu tubuh 36.6oC dan AL 15.1 x 103 /ul.
3. Resiko jatuh berhubungan dengan penyakit bronchopneumoni di tandai dengan Ibu mengatakan An. A kerap terjaga di malam hari, Usia An. A masih 9 bulan, RR 32 kali / menit, suara nafas wheezing dan nilai resiko jatuh 15 (resiko tinggi)
4. Ansietas berhubungan denga status kesehatan terkini di tandai dengan Ibu An. A mengatakan merasa khawatir dengan kondisi An. A karena merasa yang awalnya hanya batuk pilek malah sampai di rawat di RS. Ibu An. A hanya bisa berdoa dan berusaha yang terbaik untuk kesehatan anaknya, keluarga nampak lemas dan lesu, dan rambut berantakan.
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan Ibu An. A hanya mengetahui tentang batuk pilek yang di alami anaknya. Tidak memahai tentang Pneumonia yang sedang di derita anaknya saat ini.
6. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan meliputi tujuan, intervensi dan rasional. Tujuan disusun berdasarkan rumus SMART *(specific, measurable, achievable, realiable, time)* dan intervensi terdiri dari observasi, tindakan keperawatan, edukasi atau pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi. Dalam penyusuanan perencanaan keperawatan dengan melibatkan peran pasien dan keluarga.

1. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai perencanaan keperawatan yang telah dirumuskan, namun jika didapatkan hal-hal yang kurang memberikan hasil yang sesuai atau membahayakan pasien, implementasi keperawatan dapat dimodifikasi dan jika didapatkan tindakan kolaborasi, harus dikonsultasikan atau dikolaborasikan kepada tenaga medis.

1. Evaluasi

Evaluasi dilakukan melalui dua cara yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil, evaluasi proses dilakukan setelah melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan sesuai waktu yang telah ditetapkan pada tujuan. Pada kasus An. “A” didapatkan 5 diagnosa. Kelima diagnosa tersebut telah tercapai sebagian. Yaitu diagnose ketidakefektifan bersihan jalan nafas, karena saat pasien pulang masih dalam kondisi yang masih batuk dan sputum masih produktif. Berikutnya resiko infeksi, tercapai sebagian karena saat dilakukan kunjungan rumah An. “A” masih batuk dengan sputum yang produktif walaupun minim. Diagnosa yang ketiga resiko jatuh, An. “A” masih memiliki resiko jatuh di rumah ketika tanpa ada pengawasan dari orang dewasa. Diagnosa kecemasan, Ibu An. “A” masih merasa khawatir dengan proses pengobatan anaknya selama di rumah. Terakhir, diagnosa defisit pengetahuan tercapai sebagian, karena Ibu An. “A” masih belum paham seluruhnya terkait penyakit Bronchopneumonia.

Faktor Pendukung pada proses asuhan keperawata An. “A”adalah adanya kerjasama dengan tim kesehatan lain, adanya data-data penunjang dalam rekam medis pasien, keluarga klien dank klien yang sangat kooperatif. Kemudian adanya teori yang dijadikan pedoman (Nanda, NIC-NOC), adanya kerjasama dengan tim kesehatan serta keluarga dan pasien mampu kooperatif untuk merencanakan intervensi keperawatan bersama-sama, adanya kerjasama antara tim kesehatan dan pasien serta keluarga. Pasien dan keluarga sangat kooperatif sehingga perencanaan keperawatan yang telah dibuat dapat dilakukan secara lancar.

Faktor Penghambat pada proses asuhan keperawatan An. “A” adalah terbatasnya akses pengkajian melalui rekam medis oleh praktikan sehingga memerlukan pendekatan khusus dalam mencari data tersebut. Akses SOP yang sulit juga menjadi penghambat penulis dalam memberikan implementasi keperawatan agar tetap sesuai dengan SOP yang ada di rumah sakit. Kondisi pasien yang pulang lebih awal, sehingga penulis harus melakukan home visit dalam menyempurnakan proses asuhan keperawatan.

1. **Saran**

Berdasarkan pengalaman nyata penulis dapat melaksanakan asuhakan keperawatan pada An. A dengan Broncopneumonia di Ruang Anggrek di RSUD Kota Yogyakarta, penulis memberikan saran bagi :

1. Bagi mahasiswa Keperawatan Poltekkes Yogyakarta

Bagi mahasiswa Keperawatan Poltekkes Yogyakarta agar memanfaatkan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai bahan untuk menambah wawasan dalam pemberian Asuhan Keperawatan khsusunya pada kasus Pneumonia dan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa Poltekkes Yogyakarta.

1. Perawat di Ruang Anggrek RSUD Kota Yogyakarta

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien untuk lebih ditingkatkan dan tetap mempertahankan Asuhan Keperawatan terutama pedokumentasian yang lengkap pada buku status pasien

DAFTAR PUSTAKA

Carpenito. 2003. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC

Depkes RI, (2007). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007.

Depkes RI, (2010). Buku profile Kesehatan Indonesia tahun 2010.

Hidayat, A.A.A. (2006). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta: Salemba
 Medika.

Moorhead, Marion Johnson, L.2012. Maas Meridean, Elizabeth Swanson. 2016.
 *Nursing Outcome Classifications (NOC), Edisi 5 terjemahan Bahasa*
 *Indonesia.*

Moorhead, Marion Johnson, L. 2012. Maas Meridean, Elizabeth Swanson. 2016.
 *Nursing Interventions Classifications (NIC), Edisi 5 terjemahan Bahasa*
 *Indonesia.*

Meadow, Roy.2015. *Notes pediatrik Edisi 7*. Erlangga. Jakarta.

Nurarif, amin huda. 2015. Nanda: *aplikasi Asuhan Keperawatan nic-noc*. Mediaction
 Jogja : Yogyakarta

Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan
 Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Suriadi, Skp. MSN & Rita Yuliani, Skp. M.Psi. (2010) *”Asuhan Keperawatan Pada
 Anak”* , Edisi 2.  Jakarta : EGC

Wilkinson, Judith M. 2011. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: diagnosa NANDA,
 intervensi NIC, kriteria hasil NOC*. Jakarta: EGC.

Wong, Donna L. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Vol. 1. Edisi 6*. Jakarta :
 EGC