

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI AYANG MENGALAMIASPIRASI
PNEUMONIA DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ABDULWAHABSJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh:

IRMA YANTI

NIM 13.113082.1.0764

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Menurut *World Health Organization (WHO)* mendefinisikan sehat adalah kejadian keseimbangan baik fisik, mental, sosial, dan tidak semata-mata hanya bebas dari penyakit atau cacat. Konsep sehat dan sakit merupakan suatu spektrum yang lebar dan setiap waktu kesehatan seseorang bergeser dalam spektrum sesuai dengan hasil interaksi yang terjadi dengan kekuatan yang menggungunya.

Keperawatan merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif meliputi biologi, psikologis, sosial dan spiritual yang ditujukan pada individu, keluarga, masyarakat dan kelompok khusus yang mengutamakan pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diberikan dalam kondisi sehat maupun sakit.

Anak sebagai individu maupun salah satu anggota keluarga merupakan sasaran dalam pelayanan keperawatan, sehingga perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan harus memandang anak sebagai individu yang unik yang memiliki kebutuhan tersendiri sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya. Untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan yang tepat sesuai dengan masa tumbuh kembangnya anak di kelompokkan berdasarkan masa tumbuh

kembangnya yaitu : Bayi 0 – 1 th, Toddler 1 – 2,5 th, Pra sekolah 2,5 – 5 th, Sekolah 5 – 11 th, Remaja 11 – 18 th.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan seorang anak di antaranya yaitu pola hidup tidak sehat, faktor keturunan, lingkungan yang kurang sehat, virus, bakteri, dan jamur. Dari faktor-faktor yang diatas banyak penyakit yang disebabkan oleh virus, jamur, bakteri, protozoa, dan cacing reketsia yang menyerang manusia seperti *cytomegalovirus* (CMV) (Mansjoer dkk, 2009).

Menurut laporan WHO, sekitar 800.000 hingga 1 juta anak meninggal dunia tiap tahun akibat pneumonia. Bahkan UNICEF dan WHO menyebutkan pneumonia sebagai kematian tertinggi anak balita, melebihi penyakit-penyakit lain seperti campak, malaria serta AIDS.

Pneumonia merupakan proses inflamasi parenkim paru yang terjadi pengisian rongga alveoli dan eksudat, yang disebabkan oleh bakteri virus, jamur, dan benda-benda asing (Ardiansyah, 2012). Salah satu penyebab kematian pada anak usia balita karena infeksi adalah penyakit pneumonia. Setiap tahun pneumonia membunuh sekitar 1,6 juta anak balita (WHO, 2009).

Sekitar 18% kasus kematian anak di bawah usia lima tahun disebabkan oleh pneumonia (WHO, 2010). Di Indonesia, pneumonia merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah kardiovaskuler dan TBC. Faktor sosial ekonomi yang rendah mempertinggi angka

kematian. Kasus pneumonia ditemukan paling banyak meyerang anak balita. Persentase pneumonia di Indonesia pada tahun 2008 meningkat hingga mencapai 49,45%. Tahun 2009 sebanyak 49,23% dan tahun 2010 menurun hingga mencapai 39,38% dari jumlah balita di Indonesia (Depkes RI, 2012).

Untuk di Kalimantan khusus untuk kabupaten Kubar, tercatat 338 bayi terkena pneumonia. Data tersebut diperoleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dari Pemerintah Kabupaten Kubar (Soeharsono, 2015).

Dari data yang didapat di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dalam kurun waktu satu bulan sudah terdata sekitar 6 orang yang dirawat dengan penyakit Pneumonia.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah yang akan dibahas adalah “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Bayi A yang mengalami aspirasi pneumonia di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie ?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Memperoleh gambaran nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Bayi A yang mengalami aspirasi pneumonia di

Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

Memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Bayi A yang mengalami aspirasi pneumonia di ruang melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dan menganalisa kesejangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal :

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan
- d. Pelaksanaan
- e. Evaluasi
- f. Dokumentasi

D. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan studi kasus. Adapun data-data yang terhimpun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis peroleh dengan cara :

1. Observasi

Tekhnik ini dilakukan secara langsung dengan mengamati berbagai masalah yang timbul pada Bayi A yang mengalami Aspirasi Pneumonia, selama 3 hari dari tanggal 09 – 11 Juni 2016.

2. Wawancara

Teknik ini digunakan untuk mendapatkan data melalui ibu bayi dan keluarga Bayi.A yang mengalami Aspirasi pneumonia, selama 3 hari dari tanggal 09 – 11 Juni 2016.

3. Pemeriksaan Fisik

Teknik ini digunakan secara langsung melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan Bayi. A yang mengalami Aspirasi pneumonia, selama 3 hari dari tanggal 09 – 11 Juni 2016.

4. Studi Dokumentasi

Ini sebagai data penunjang yang berasal dari catatan klinik dan catatan medik pasien yang dapat memberikan data yang diperlukan untuk penulisan karya tulis ilmiah ini, selama 3 hari dari tanggal 09 – 11 Juni 2016.

5. Studi Kepustakaan

Teknik ini menggunakan literatur-literatur kesehatan medis maupun keperawatan yang berhubungan dengan judul kasus, selama 3 hari dari tanggal 09 – 11 Juni 2016.

E. Sistematika penulisan

Karya tulis ini terdiri dari lima bab yang tersusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut :

1. Bab I : Pendahuluan

Bab ini berisikan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, dan sistematika penulisan.

2. Bab II : Tinjauan Pustaka

Bab ini berisikan tentang teori-teori yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai dengan judul. Pada bagian awal paragraph dituliskan prolog yang berisikan pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan medis, komplikasi (jika ada) dan pemeriksaan diagnostik. Bagian selanjutnya adalah tinjauan tentang asuhan keperawatan secara teoritis yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi keperawatan yang sesuai dengan judul karya tulis.

3. Bab III : Tinjauan kasus

Bab ini berisikan kegiatan-kegiatan yang dilaksakan sesuai dengan judul dan dilaporkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan kasus yang telah dikelola.

4. Bab IV : Pembahasan

Bab ini menguraikan tentang analisa terhadap hasil studi atau kajian dengan mencantumkan teori-teori yang relevan untuk memperkuat bahasan. Pembahasan harus mengacu pada tujuan penulisan dan difokuskan pada keterkaitan dan kesenjangan

anatar kasus dan teori.Terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

5. Bab V : Penutup

a. Kesimpulan

Merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas.

b. Saran

Merupakan tanggapan dan butir kesimpulan yang berupa kesenjangan anantara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah.Saran merupakan alternative pemecahan masalah yang operasional dapat dilaksanakan atau di upayakan untuk tindak lanjut oleh yang diberi saran.Saran dapat ditujukan kepada perawat, klien, keluarga klien, masyarakat ataupun institusi yang terkait dalam kajian.Tidak dibenarkan adanya saran yang tiba-tiba muncul tanpa ada kaitannya dengan kesenjangan yang diperoleh dari kesimpulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi

1. Anatomi saluran pernapasan

a. Hidung

Hidung atau nasal merupakan saluran udara pertama, mempunyai dua lubang (kavum nasi), dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu dan kotoran yang masuk kedalam lubang hidung.

- 1) Bagian luar didinding terdiri dari kulit.
- 2) Lapisan tengah terdiri dari otot-otot tulang rawan.
- 3) Lapisan dalam terdiri dari selaput lendir yang berlipat-lipat yang dinamakan karang hidung (konka nasalis), yang berjumlah 3 buah:
 - a) Konka nasalis inferior (karang hidung bagian bawah)
 - b) Konka nasalis media (karang hidung bagian tengah)
 - c) Konka nasalis superior (karang hidung bagian atas)

b. Faring

Tekak atau faring merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makan, terdapat di bawah dasar tengkorak,

di belakang rongga hidung dan mulut sebelah depan ruas leher. Di bawah selaput lendir terdapat jaringan ikat, juga beberapa tempat terdapat folikel getah bening. Di sebelah belakang terdapat epiglotis (empang tenggorokan) yang berfungsi menutup laring pada waktu menelan makanan.

Rongga tekan dibagi dalam 3 bagian:

- 1) Bagian sebelah atas yang sama tingginya dengan koana di sebut nasofaring.
- 2) Bagian tengah yang sama tingginya dengan istmus fausium di sebut orofaring.
- 3) Bagian bawah sekali dinamakan laringofaring.

c. Laring

Laring merupakan pangkal tenggorokan merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentuk suara, terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikalis dan masuk kedalam trakea di bawahnya. Pangkal tenggorokan yang di sebut epiglotis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring.

Laring dilapisi oleh selaput lendir, kecuali pita suara dan bagian epiglotis yang dilapisi oleh sel ephitalium berlapis. Pita suara ini berjumlah 2 buah:

- 1) Di bagian atas adalah pita suara palsu dan tidak mengeluarkan yang di sebut dengan ventrikulasris.
- 2) Di bagian bawah adalah pita suara sejati yang membentuk suara yang di sebut vokalis.

d. Trakea

Trakea atau batang tenggorokan merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 sampai 20 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kuku kuda (huruf C). Sebelah dalam diliputi oleh selaput lendir yang berbulu getar yang disebut sel bersilia, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9-11 cm dan dibelakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos. Sel bersilia berfungsi untuk mengeluarkan benda-benda asing yang masuk bersama-sama dengan udara pernapasan. Yang memisahkan trakea menjadi bronkus kiri dan kanan yang disebut karina.

e. Bronkus

Bronkus atau cabang tenggorokan merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian vertebrata torakalis IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar dari bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan,

terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang. Bronkus bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil di sebut bronkiolus (bronkioli). Pada bronkioli terdapat cincin lagi, dan pada ujung bronkioli terdapat gelembung paru/ gelembung hawa atau alveoli. Alveoli merupakan tempat pertukaran oksigen dan karbondioksida.

f. Paru-paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (alveoli). Gelembung alveoli ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Pada lapisan ini terjadi pertukaran udara, oksigen masuk ke dalam darah dan karbondioksida di keluarkan dari darah.

Paru-paru dibagi dua: paru-paru kanan, terdiri dari 2 lobus (belah paru), lobus puimo dekstra superior, lobus media dan lobus inferior. Tiap lobus tersusun oleh lobulus. Paru-paru kiri, terdiri dari puimo sinistra lobus superior dan lobus inferior.

Di antara lobulus satu dengan yang lainnya dibatasi oleh jaringan ikat yang berisi pembuluh darah getah bening dan saraf, dalam tiap-tiap lobulus terdapat sebuah bronkiolus. Di dalam lobulus, bronkiolus ini bercabang-cabang banyak sekali, cabang-cabang ini di sebut duktus alveolus.

Letak paru-paru di rongga dada dataranya menghadap ke tengah rongga dada/kavum mediastinum. Pada bagian tengah

terdapat tampuk paru-paru atau hilus. Pada mediastinum depan terletak jantung. Paru-paru dibungkus oleh selaput yang bernama pleura. Pleura dibagi menjadi dua:

- 1) Pleura viseral (selaput dada pembungkus) yaitu selaput paru yang langsung membungkus paru-paru.
- 2) Pleura parietal yaitu selaput yang melapisi rongga dada sebelah luar.

Antara kedua pleura ini terdapat rongga (kavum) yang disebut kavum pleura. Pada keadaan normal, kavum pleura ini vakum (hampa udara) sehingga paru-paru dapat berkembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaannya (pleura), menghindarkan gesekan antara paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gerakan bernapas.

2. Proses terjadinya pernapasan

Terbagi dalam 2 bagian yaitu inspirasi (menarik napas) dan ekspirasi (menghembuskan napas). Bernapas merupakan gerak refleks yang terjadi pada otot-otot pernapasan. Refleks bernapas ini diatur oleh pusat pernapasan yang terletak di dalam sumsum penyambung (medulla oblongata). Terdapat 2 jenis pernapasan:

a) Pernapasan dada

Merupakan pernapasan yang melibatkan otot antara tulang rusuk sehingga rongga dada membesar, akibatnya tekanan

dalam rongga dada menjadi lebih kecil dari pada tekanan dari luar sehingga udara luar yang kaya oksigen masuk. Pada waktu seseorang bernapas, rangka dada terbesar bergerak, pernapasan ini dinamakan pernapasan dada.

b) Pernapasan perut

Merupakan pernapasan yang mekanismenya melibatkan aktifitas otot-otot diafragma yang membatasi rongga perut dan rongga dada. Jika waktu bernapas diafragma turun-naik, maka ini dinamakan pernapasan perut.

3. Fisiologi Saluran Pernapasan

a. Pernapasan paru (pernapasan eksternal)

Fungsi paru adalah pertukaran gas oksigen dan karbondioksida pada pernapasan melalui paru/pernapasan eksternal, oksigen di punggut melalui hidung dan mulut, pada waktu bernapas oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkial ke alveoli, dan erat berhubungan dengan darah dalam kapiler di pulmonar.

Hanya satu lapisan membran yaitu membran alveoli kapiler, memisahkan oksigen dari darah, darah menembus dan di punggut oleh hemoglobin sel darah merah dan di bawa ke jantung. Dari sini dipompa didalam arteri kesemua bagian tubuh.

Didalam paru, karbondioksida salah satu buangan metabolisme menembus membran kapiler dan kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkial dan trakea di lepaskan keluar melalui hidung dan mulut.

Empat proses yang berhubungan dengan pernapasan pulmoner pernapasan eksterna :

- 1) Ventilasi polmuner, gerakan pernapasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar.
- 2) Arus darah melalui paru-paru, darah mengandung oksigen masuk ke seluruh tubuh, karbondioksida dari seluruh tubuh masuk ke paru-paru.
- 3) Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian rupa dengan jumlah yang tepat yang bisa dicapai untuk semua bagian.
- 4) Difusi gas yang menembus membrane alveoli dan kapiler karbondioksida lebih mudah berdifusi dari pada oksigen.

b. Pernapasan jaringan (pernapasan internal)

Darah yang menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengitari seluruh tubuh dan mencapai kapiler, dimana darah bergerak sangat lambat. Sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan oksigen

berlangsung dan darah menerima sebagai gantinya hasil buangan oksidasi yaitu karbondioksida.

Perubahan-perubahan berikut terjadi dalam komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernafasan eksterna dan pernafasan interna atau penafasan jaringan.

B. Pengertian

Pneumonia adalah peradangan pada paru-paru dan bronkiolus yang disebabkan oleh bakteri, jamur, virus, atau aspirasi karena makanan minuman atau benda asing. Pneumonia adalah infeksi pada parenkim paru, biasanya berhubungan dengan pemgisian cairan didalam alveoli hal ini terjadi akibat adanya infeksi agen/infeksius atau saluran trakheabronkialis (Ngastiyah, 2008).

Jaringan yang meradang ini akan mengeluarkan lendir, cairan dan sel-sel yang sudah rusak, yang memenuhi saluran udara, sehingga menyebabkan sulit bernapas. Infeksi itu bilamana menyebar, disebut sebagai bronchopneumonia.

Pneumonia aspirasi dapat terjadi karena aspirasi cairan, makanan, muntahan, sekresi nasofaring, cairan eutroph, dan debris (selama proses kelahiran), hidrokarbon, lipid, bubuk talk.

Aspirasi cairan atau zat makanan adalah bahaya utama pada anak yang mempunyai kesulitan menelan; yang tidak dapat menelan karena paralisis, kelemahan, debilitis, eutrop kongenital, atau tidak adanya

reflek batuk; atau yang dipaksa makan, khususnya saat menangis dan bernafas cepat (Wong, 2008).

C. Etiologi

Beberapa penyebab dari pneumonia yaitu :

1. Bakteri

Pneumonia bakteri biasanya didapatkan pada usia lanjut. Organisme gram positif seperti : *Streptococcus pneumoniae*, *S. aerous*, dan *streptococcus pyogenes*. Bakteri gram negatif seperti *Haemophilus influenzae*, *klebsiella pneumoniae* dan *P. Aeruginosa*.

2. Virus

Disebabkan oleh virus yang menyebar melalui transmisi droplet. *Cytomegalovirus* dalam hal ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus.

3. Jamur

Infeksi yang disebabkan jamur seperti histoplasmosis menyebar melalui penghirupan udara yang mengandung spora dan biasanya ditemukan pada kotoran burung, tanah serta kompos.

4. Protozoa

Menimbulkan terjadinya *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP). Biasanya menjangkiti pasien yang mengalami immunosupresi.

5. Aspirasi : makanan, cairan

6. Inhalasi : racun atau bahan kimia, rokok, debu, dan gas.

D. Patofisiologi

Pneumonia biasanya diawali dengan infeksi ringan pada saluran pernafasan bagian atas. Seiring dengan perkembangan penyakit terjadi peradangan parenkim yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur atau aspirasi. Kapiler melebar dan kongesti serta didalam alveolus terdapat eksudat jernih, bakteri dalam jumlah banyak, beberapa neutrophil dan makrofag. Setelah mencapai parenkim paru, bakteri menyebabkan respon inflamasi akut yang meliputi eksudasi cairan, deposit fibrin, dan infiltrasi leukosit polimorfonuklear di alveoli yang diikuti infiltrasi makrofag. Cairan eksudatif di alveoli menyebabkan konsolidasi lobularis yang khas pada foto thoraks. Virus, mikoplasma, dan klamidia menyebabkan lepasnya sel-sel epitel ke dalam saluran napas, seperti yang terjadi pada bronkiolitis.

Gambar 2.1 Pathway Pneumonia (Nanda, 2015)

E. Manifestasi Klinis

1. Gejala

Gejala utama yang sering ditemui adalah demam tinggi kadang disertai kejang, anak sangat gelisah, dispnea, pernafasan cuping hidung dan mulut. Kadang-kadang disertai muntah dan diare. Batuk biasanya tidak ditemukan pada permulaan penyakit, tetapi setelah beberapa hari mula-mula kering kemudian menjadi produktif (Ngastiyah, 2008).

2. Tanda

Menurut Misnadiarly (2008), tanda-tanda penyakit pneumonia antara lain :

- a. batuk berdahak
- b. ingus (nasal discharge)
- c. suara nafas lemah
- d. penggunaan otot bantu nafas
- e. demam
- f. cyanosis (kebiru-biruan)
- g. thorax menunjukkan infiltrasi melebar
- h. sesak nafas
- i. terkadang kulit menjadi lembab

j. mual dan muntah

F. Penatalaksanaan Medis

1. Kemoterapi

Pemberian kemoterapi harus berdasarkan petunjuk penemuan kuman penyebab infeksi (hasil kultur sputum dan tes sensitivitas kuman terhadap antibiotik). Bila penyakitnya ringan antibiotik diberikan secara oral, sedangkan bila berat diberikan secara parenteral. Apabila terdapat penurunan fungsi ginjal akibat proses penuaan, maka harus diingat kemungkinan penggunaan antibiotik tertentu perlu penyesuaian dosis (Harasawa, 2007).

2. Pengobatan Umum

a. Terapi Oksigen

b. Hidrasi

Bila ringan hidrasi oral, tetapi jika berat hidrasi dilakukan secara parenteral

c. Fisioterapi

Penderita perlu tirah baring dan posisi penderita perlu diubah-ubah untuk menghindari pneumonia hipografik, kelemahan dan dekubitus.

F. Komplikasi

Komplikasi dari pneumonia menurut Nursalam 2006 adalah :

1. Atelektasis adalah pengembangan paru-paru yang tidak sempurna atau kolaps paru merupakan akibat kurangnya mobilisasi atau refleks batuk hilang.
2. Empisema adalah suatu keadaan dimana terkumpulnya nanah dalam rongga pleura terdapat di satu tempat atau seluruh rongga pleura.
3. Abses paru adalah pengumpulan pus dalam jaringan paru yang meradang.
4. Infeksi sistemik
5. Endokarditis yaitu peradangan pada setiap katup endokardial.
6. Meningitis yaitu infeksi yang menyerang selaput otak.

G. Pemeriksaan Diagnostik

1. Sinar x : mengidentifikasi distribusi struktural; dapat juga menyatakan abses luas/infiltrat, empiema(stapilococcus); infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bakterial); atau penyebaran atau perluasan infiltrat nodul (virus). Pneumonia mikoplasma sinar x dada mungkin bersih.
2. Analisa Gas Darah (Analisa Gas Darah) : tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.

3. Pemeriksaan gram/kultur sputum dan darah : diambil dengan biopsi jarum, aspirasi transtrakeal, bronkoskopifiberotik atau biopsi pembukaan paru untuk mengatasi organisme penyebab.
4. JDL : leukositosis biasanya ada, meski sel darah putih rendah terjadi pada infeksi virus, kondisi tekanan imun memungkinkan berkembangnya pneumonia bakterial.
5. Pemeriksaan serologi : titer virus atau legionella, aglutinin dingin.
6. LED : meningkat
7. Pemeriksaan fungsi paru : volume mungkin menurun (kongesti dan kolaps alveolar); tekanan jalan nafas mungkin meningkat dan komplain menurun, hipoksemia.
8. Elektrolit : natrium dan klorida mungkin rendah
9. Bilirubin : mungkin meningkat
10. Aspirasi perkutan/biopsi jaringan paru terbuka : menyatakan intranuklear tipikal dan keterlibatan sitoplasmik (CMV)

H. Konsep Tumbuh Kembang Bayi (0 – 1 tahun)

Anak memiliki suatu ciri yang khas yaitu yang selalu tumbuh dan berkembang sejak saat konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Hal inilah yang membedakan anak dari orang dewasa. Jadi anak tidak bisa diidentikkan dengan dewasa dalam bentuk kecil. Ilmu pertumbuhan (*Growth*) dan perkembangan (*development*) merupakan dasar ilmu Tumbuh Kembang oleh karena itu meskipun merupakan proses yang

berbeda, keduanya tidak berdiri sendiri, tetapi saling berkaitan satu sama lain.

Pertumbuhan (*Growth*) merupakan masalah perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (centimeter, meter). Perkembangan (*development*) merupakan bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (Riyadi dan Sukarmin, 2009).

1. Berat Badan

Berat badan untuk usia 0-6 Bulan pertumbuhan berat badan akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140-200 gram dan berat badannya akan menjadi dua kali lipat berat badan lahir pada akhir bulan ke-6. Sedangkan pada usia 6-12 bulan terjadi penambahan setiap minggu sekitar 25-40 gram dan pada akhir bulan ke-12 akan terjadi penambahan tiga kali lipat berat badan lahir (Hidayat, 2008).

2. Tinggi Badan

Pada usia 0-6 bulan bayi akan mengalami penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Pada usia 6-12 bulan mengalami penambahan tinggi badan hanya sekitar 1,25 cm setiap bulannya. Pada akhir tahun pertama akan meningkat kira-kira 50% dari tinggi badan waktu lahir (Hidayat, 2008).

3. Lingkar Kepala

Pertumbuhan pada lingkar kepala ini terjadi dengan sangat cepat sekitar 6 bulan pertama, yaitu dari 35-43 cm, pada usia selanjutnya pertumbuhan lingkar kepala mengalami pelambatan. Pada usia 1 tahun hanya mengalami pertumbuhan kurang lebih 46,5 cm (Hidayat, 2008).

4. Perkembangan Motorik Kasar

Usia 0-8 bulan dapat dilihat pada perubahan dalam aktivitas, seperti telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan kedua tangannya, pada bulan ke4 sudah mampu memalingkan kepala ke kanan dan ke kiri; duduk dengan Kepala tegak; membalikkan badan; bangkit dengan kepala menumpu beban pada kaki dengan lengan berayun ke depan belakang; berguling dari terlentang ke tengkurap; serta duduk bantuan dalam waktu yang singkat (Hidayat, 2008).

5. Perkembangan motorik halus

Pada usia 0-8 bulan sudah mengamati benda, menggunakan ibu jari dan telunjuk untuk memegang mengeksplorasi benda yang sedang dipanggang, mengambil objek dengan tangan tertangkap, mampu menahan benda dengan keduatangan secara simultan, menggunakan bahu dan tangan sebagai satu kesatuan, seta memindahkan dari objek dari satu tangan ke tangan lain (Hidayat, 2008).

6. Perkembangan bahasa

Pada usia 0-8 bulan dapat menirukan bunyi atau kata-kata, menoleh kearah suara atau bunyi, tertawa, menjerit, menggunakan vokalisasi semakin banyak, serta menggunakan kata yang terdiri atas dua suku kata dan dapat membuat dua bunyi vokal yang bersamaan seperti “ba-ba” (Hidayat, 2008).

7. Perkembangan perilaku adaptasi atau sosial

Pada usia 0-8 bulan anak merasa takut dan terganggu dengan keberadaan orang asing, mulai bermain dengan mainan, mudah frustrasi serta memukul-mukul lengan dan kaki jika sedang kesal (Hidayat, 2008).

8. Teori perkembangan kognitif menurut peaget

Perkembangan kognitif mempunyai empat aspek, yaitu kematangan, sebagai hasil perkembangan susunan syaraf, pengalaman, yaitu hubungan timbal balik antara organisme dengan dunianya, interaksi sosial, yaitu pengaruh-pengaruh yang diperoleh dalam hubungannya dengan lingkungan sosial, dan ekuilibراسi, yaitu adanya kemampuan atau sistem mengatur dalam diri organisme agar dia selalu mampu mempertahankan keseimbangan dan penyesuaian diri terhadap lingkungannya. (Hidayat, 2008).

a) Kematangan

Kematangan sistem syaraf menjadi penting karena memungkinkan anak memperoleh manfaat secara maksimum dari pengalaman fisik. Kematangan membuka kemungkinan untuk perkembangan sedangkan kalau kurang hal itu akan membatasi secara luas prestasi secara kognitif. Perkembangan berlangsung dengan kecepatan yang berlainan tergantung pada sifat kontak dengan lingkungan dan kegiatan belajar sendiri.

b) Pengalaman

Interaksi antara individu dan dunia luar merupakan sumber pengetahuan baru, tetapi kontak dengan dunia fisik itu tidak cukup untuk mengembangkan pengetahuan kecuali intelegensi individu dapat dimanfaatkan pengalaman tersebut.

c) Interaksi sosial

Lingkungan sosial termasuk peran bahasa dan pendidikan pengalaman fisik dapat memicu atau menghambat perkembangan struktur kognitif.

d) Ekuilibrasi

Proses pengaturan diri dan pengoreksi diri, mengatur interaksi spesifik dari individu dengan lingkungan maupun pengalaman fisik, pengalaman sosial dan perkembangan jasmani yang menyebabkan perkembangan kognitif berjalan secara terpadu dan tersusun baik.

Dalam pandangan Piaget, anak-anak secara aktif membangun dunia kognitif mereka dengan menggunakan skema untuk menjelaskan hal-hal yang mereka alami. Skema adalah struktur kognitif yang digunakan oleh manusia untuk mengadaptasi diri terhadap lingkungan dan menata lingkungan ini secara intelektual. Piaget mengatakan bahwa ada 2 proses yang bertanggung jawab atas seseorang menggunakan dan mendaptasi skeme mereka :

- a) Asimilasi adalah proses menambahkan informasi baru kedalam skema yang sudah ada. Proses ini bersifat subjektif, karena seseorang akan cenderung memodifikasi pengalaman atau informasi yang diperolehnya agar masuk ke dalam skema yang sudah ada sebelumnya.
- b) Akomodasi adalah bentuk penyesuaian lain yang melibatkan perubahan atau penggantian skema akibat adanya informasi baru yang tidak sesuai dengan skema yang sudah ada. Dalam proses ini dapat pula terjadi pemunculan skema yang baru sama sekali.
- c) Periode sensori motor (0-2 tahun)
Bagi anak yang berada pada tahap ini pengalaman diperoleh melalui fisik dan sensori. Pada mulanya pengalaman itu bersatu dengan dirinya, ini berarti bahwa suatu objek itu ada bila ada pada penglihatannya. Perkembangan selanjutnya ia mulai

berusaha untuk mencari objek yang awalnya terlihat kemudian menghilang dari pandangannya, asal perpindahannya terlihat. Akibat dari tahapan ini ia akan mencari objek yang hilang bila benda tersebut tidak terlihat perpindahannya. Objek mulai terpisah dari dirinya dan dengan bersamaan itu konsep objek dalam struktur kognitifnya pun mulai dikatakan matang. Ia mulai mampu untuk melambungkan objek fisik ke dalam symbol-symbol, misalnya mulai bisa berbicara, meniru suara kendaraan, suara binatang dll.

9. Tahap perkembangan psikoseksual Sigmund Freud

Teori perkembangan psikoseksual Sigmund Freud adalah salah satu teori yang paling terkenal, akan tetapi juga salah satu teori yang paling kontroversial. Freud percaya kepribadian yang berkembang melalui serangkaian tahapan masa kanak-kanak dimana mencari kesenangan menjadi fokus pada area sensitif seksual tertentu. Energi psikoseksual atau libido digambarkan sebagai kekuatan pendorong dibelakang perilaku.

Menurut Sigmund Freud, kepribadian sebagian besar dibentuk oleh usia 5 tahun. Awal perkembangan berpengaruh besar dalam pembentukan kepribadian dan terus mempengaruhi perilaku dikemudian hari. Jika tahap-tahap psikoseksual selesai dengan sukses, hasilnya adalah kepribadian yang matang, hasilnya adalah kepribadian

yang sehat. Jika masalah tertentu tidak diselesaikan pada tahap yang tepat, fiksasi dapat terjadi, fiksasi adalah fokus yang gigih pada tahap awal psikoseksual. Sampai konflik ini diselesaikan, individu akan tetap terjebak” dalam tahap ini.

10. Teori Perkembangan Psikososial Menurut Erik Erikson

Banyak teori mengenai perkembangan psikososial, yang paling banyak dianut adalah teori psikososial dari Erik Erikson. Teori psikososial dari Erik Erickson meliputi delapan tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap bergantung pada hasil tahapan sebelumnya, dari resolusi yang sukses dari tiap krisis ego adalah penting bagi tiap individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kesanggupan yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat (Berk, 2007).

Teori psikososial dari Erik Erikson meliputi delapan tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap bergantung pada hasil tahapan sebelumnya, dan resolusi yang sukses dari tiap krisis ego adalah pentingnya bagi individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kesanggupan yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat (Berk, 2007). Berikut adalah delapan tahapan perkembangan psikososial menurut Erik Erikson (Berk, 2007):

1. Tahap I : *Trust versus Mistrust* (0-1 tahun)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (*hope*). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

I .Konsep DDST

1. Pengertian

DDST II (Denver Development Skrinning Test) atau Denver II adalah salah satu dari metode skrining terhadap kelainan perkembangan bayi atau anak usia 0-6 tahun yang dilakukan secara berkala dengan dengan 125 tugas perkembangan. Denver II lebih menyeluruh tapi ringkas, sederhana dan dapat diandalkan, yang terbagi dalam 4 (empat) sektor, yakni : sektor personal sosial (kemandirian bergaul), sektor fine motor adaptive (gerakan-gerakan halus), sektor language (bahasa), dan sektor cross motor (gerakangerakan kasar) (Hidayat, 2008).

Setiap tugas perkembangan digambarkan dalam bentuk kotak bentuk kotak persegi panjang horizontal yang berurutan menurut umur dalam format Denver II. Pada umumnya setiap pelaksanaan tes, tugas perkembangan yang perlu diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar 25-30 item, sehingga hanya memakan waktu 15-20 menit (Hidayat, 2008).

2. Tujuan Denver II

Dapat digunakan untuk berbagai tujuan, antara lain :

- a. Untuk mengetahui dan mengikuti proses perkembangan.
- b. Untuk mengatasi secara dini bila ditemui kelainan.
- c. Menilai tingkat perkembangan bayi atau anak sesuai dengan usianya.
- d. Menilai tingkat perkembangan bayi atau anak yang tampak sehat.
- e. Menilai tingkat perkembangan bayi atau anak yang tidak menunjukkan gejala kemungkinan adanya kelainan perkembangan.
- f. Memastikan bayi atau anak yang diduga mengalami kelainan perkembangan.
- g. Memantau bayi atau anak berisiko mengalami kelainan perkembangan, misalnya bayi atau anak dengan masalah perinatal (selama kehamilan).

- h. Menjaring bayi atau anak tanpa gejala terhadap kemungkinan adanya kelainan perkembangan.

Adapun cara pengukuran DDST dijabarkan sebagai berikut:

- a. Tentukan usia anak saat pemeriksaan
- b. Tarik garis pada lembar DDST II sesuai usia yang telah di tentukan
- c. Lakukan pengukuran pada anak tian komponen dengan batasan garis yang ada mulaimotorik kasar, bahasa, motorik halus dan personal social
- d. Tentukan hasil penilaian apakah normal, meragukan atau abnormal
 - 1) Dikatakan meragukan apabila terdapat 2 keterlambatan/ lebih pada 2 sektor *atau* 2 keterlambatan/ lebih pada 1 sektor ditambah 1 keterlambatan pada 1 sektor/ lebih
 - 2) Dikatakan meragukan apabila terdapat 2 keterlambatan/lebih pada 1 sektor *atau* terdapat 1 keterlambatan pada 1 sektor/lebih
 - 3) Dapat juga dengan menentukan ada tidaknya keterlambatan pada masing-masing sector bila menilai setiap sector atau tidak menyimpulkan gangguan perkembangan keseluruhan (Hidayat, 2008).

3. Aspek perkembangan yang dinilai

Semua tugas perkembangan itu disusun berdasarkan urutan perkembangan dan diatur dalam 4 kelompok besar yang disebut sektor perkembangan, yang meliputi :

a. *Personal Social* (perilaku sosial)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya.

b. *Fine Motor Adaptive*(gerakan motorik halus)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat.

c. *Language*(bahasa)

Kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.-

d. *Gross Motor* (gerakan motorik kasar)

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh. Setiap tugas (kemampuan) digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang horisontal yang berurutan menurut umur, dalam lembar DDST. Pada umumnya pada waktu tes, tugas yang perlu diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar antara 25-30

tugas saja, sehingga tidak memakan waktu lamanya sekitar 15-20 menit saja (Hidayat, 2008).

4. Alat yang di gunakan- Alat peraga :

- a. benang wol merah, kismis/manik-manik kubus warna merah-kuning, hijau- biru, botol kecil, bola tenis, bel kecil,kertas dan pensil.
- b. Lembar formulir DDST
- c. Buku petunjuk sebagai refensi yang menjelaskan cara-cara melakukan tes dan cara penilaiannya.

5. Prosedur DDST terdiri dari 2 tahap :

a. Tahap I

Secara periodik dilakukan pada semua anak yang berusia :

- 1) 3-6 bulan
- 2) 9-12 bulan
- 3) 18-24 bulan
- 4) 3 tahun
- 5) 4 tahun
- 6) 5 tahun

b. Tahap II

Dilakukan pada mereka yang dicurigai adanya hambatan perkembangan pada tahap I. Kemudian dilanjutkan pada eveluasi diagnostik yang lengkap.

6. Penilaian

Dari buku petunjuk terdapat penjelasan tentang bagaimana melakukan penilaian apakah lulus (*Passed* = P), gagal (*Fail* = F), atau anak tidak mendapatkan kesempatan melakukan tugas (*No.Opportunity* = N.O). Kemudian berdasarkan garis umur kronologis yang memotong garis horizontal tugas perkembangan pada formulir DDST.

Setelah dihitung pada masing-masing sektor, berapa yang P dan berapa yang F, selanjutnya berdasarkan pedoman, hasil tes diklasifikasikan : Normal, Abnormal, Meragukan (*Questionable*) dan tidak dapat di tes (*Untestable*) (Suwariyah. 2013).

1. Abnormal

Bila didapatkan 2 atau lebih keterlambatan, pada 2 sektor atau lebih. Bila dalam 1 sektor atau lebih didapatkan 2 atau lebih keterlambatan PLUS 1 sektor atau lebih dengan 1 keterlambatan dan apabila 1 sektor yang sama tersebut tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia.

2. Meragukan

Bila pada 1 sektor didapatkan 2 keterlambatan atau lebih. Bila pada 1 sektor atau lebih didapatkan 1 keterlambatan dan pada sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia. Tidak dapat dites apabila

terjadi penolakan yang menyebabkan hasil tes menjadi abnormal atau meragukan.

3. Normal

Semua yang tidak tercantum dalam kriteria tersebut diatas. Dalam pelaksanaan skrining degan DDST ini, umur anak perlu ditetapkan terlebih dahulu, dengan menggunakan patokan 30 hari untuk 1 bulan dan 12 bulan untuk 1 tahun. Bila dalam perhitungan umur kurang dari 15 hari dibulatkan kebawah dan sama dengan atau lebih dari 15 hari dibulatkan keatas.

J. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah keperawatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Kerangka kerja proses keperawatan mencakup langkah berikut: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa sehingga dapat diketahui kebutuhan perawatan pasien tersebut, sukarmin (2011).

a. Dapatkan riwayat :

Riwayat alergi dalam keluarga, gangguan genetik, riwayat pasien tentang disfungsi pernafasan sebelumnya.

b. Observasi pernafasan terhadap :

1) frekuensi : cepat (takipnea), normal, atau lambat untuk anak tertentu.

2) Kedalaman : kedalaman normal, terlalu dangkal, (hypopnea), terlalu dalam (hiperpnea), biasanya diperkirakan dari ampilitudo torakal dan pengembangan abdomen.

3) Kemudahan : upaya, sulit (dyspnea), pernafasan cuping hidung, mengorok atau mengi (wheezing).

4) Pernafasan sulit : kontinu, intermiten, mengi, mengorok, di hubungkan dengan nyeri

5) Irama : variasi dalam frekuensi dan kedalaman pernafasan

c. Observasi adanya :

1) Bukti inspeksi : peningkatan suhu, pembesaran kelenjar limfe servikal, membrane mukosa terinflamasi, dan rabas purulent sari hidung, telinga, atau paru-paru (sputum).

2) Batuk : karakteristik batuk (bila ada) : dalam keadaan apa batuk terdengar (misalnya pada malam hari, atau pagi hari), sifat batuk (paroksimal dengan atau tanpa mengi), frekuensi batuk berhubungan dengan menelan atau aktivitas.

- 3) Mengi (*wheezing*) ekspirasi atau inspirasi, nada tinggi, memanjang, secara lambat progresif atau tiba-tiba, berhubungan dengan pernafasan sulit.
- 4) Sianosis : perhatikan distribusi (perifer, perioral, fasial, batang tubuh serta wajah), derajat, durasi, berhubungan dengan aktivitas.
- 5) Nyeri dada : mungkin merupakan keluhan anak yang lebih besar. Perhatikan lokasi dan situasi : terlokalisir atau menyebar, menyebar dari dasar leher atau abdomen, dangkal atau tajam, dalam atau superfisial, berhubungan dengan pernafasan cepat, dangkal, atau mengorok.
- 6) Sputum : anak-anak yang lebih besar dapat memberikan sampel sputum; perhatikan volume, warna, viskositas, dan bau.
- 7) Pernafasan buruk : dapat berhubungan dengan beberapa infeksi pernafasan.

d. Pemeriksaan fisik

Pada klien pneumonia, pengkajian head to toe yang dilakukan lebih difokuskan pada :

1. Sistem pernafasan

inspeksi : sianosis, tachipnea, dispnea, penggunaan otot bantu, pelebaran nasal, sputu, purulen.

Palpasi : fokal premitus bertahap meningkat dengan konsolidasi.

Auskultasi : suara nafas bronchial

Perkusi : pekak

2. Sirkulasi : takikardia, penampilan pucat

3. Psikologi dan faktor perkembangan

Usia, tingkat intervensi, pengalaman berpisah dengan orang tua, mekanisme coping yang dipakai sebelumnya, kebiasaan (pengalaman yang tidak menyenangkan, waktu tidur/rutinitas pemberian pola makan).

4. Pengetahuan orang tua dan keluarga

Pengalaman dengan penyakit pernafasan, pemahaman akan kebutuhan interventi pada distress pernafasan, dan tingkat pengetahuan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat, 2008).

Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosa keperawatan meliputi masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), dan data (*sign and symptom*).

Menurut Nanda (2015), diagnosa keperawatan yang sering terjadi pada pasien dengan Pneumonia ada lima, yaitu sebagai berikut:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d inflamasi dan obstruksi jalan nafas.
- b. Ketidakefektifan pola nafas b/d hiperventilasi
- c. Kekurangan volume cairan b/d intake oral tidak adekuat, takipneu, demam.
- d. Intoleransi aktivitas b/d isolasi respiratory
- e. Defisiensi pengetahuan b/d perawatan anak pulang

3. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu proses penyusunan sebagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah pasien (Hidayat, 2008).

Adapun perencanaan berdasarkan diagnosa menurut (Nanda, 2015) yang mungkin timbul pada pasien pneumonia yaitu :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d inflamasi dan ostruksi jalan nafas

Noc :

Respiratory Status : ventilation

Respiratory Status : Airway patency

KH :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif, suara nafas yang bersih tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed ups).
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten klien tidak ada merasa tercekik, irama nafas, frekuensi nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan.
3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang menghambat jalan nafas.

NIC :

Airway Management

- 1.1 Monitor status oksigen pasien
- 1.2 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
- 1.3 Lakukan fisioterapi dada jika perlu
- 1.4 Keluarkan sekret dengan batuk efektif atau suction
- 1.5 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
- 1.6 Berikan bronkodilator jika perlu
- 1.7 Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan

- b. Ketidakefektifan pola nafas b/d hiperventilasi

NOC

Respiratory Status : Ventilation

Respiratory Status : Airway patency

Vital sign status

KH :

1. Mendemonstrasikan 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 pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).
3. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).

NIC :

Airway Management

2.1 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi

2.2 monitor respirasi dan status oksigen

2.3 pertahankan jalan nafas paten

2.4 monitor tanda-tanda vital

2.5 atur peralatan oksigenasi

2.6 monitor aliran oksigen

2.7 monitor adanya tanda-tanda hipoventilasi

- c. Kekurangan volume cairan b/d intake oral tidak adekuat, takipnea, demam

NOC

Fluid balance

Hydration

Nutritional status : food and fluid intake

KH :

1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal
2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi,
4. Elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

NIC

Fluid management

- 3.1 pertahankan catat intake dan output yang akurat
- 3.2 monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan
- 3.3 Monitor vital sign
- 3.4 Dorong masukan oral
- 3.5 Dorong keluarga untuk membantu pasien makan

d. Intoleransi aktivitas b/d isolasi respiratory

NOC

Energy conservation

Activity tolerance

Self care : ADLs

KH :

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri
3. Tanda-tanda vital normal
4. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat
5. Sirkulasi status baik

NIC

Activity therapy

- 4.1 bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- 4.2 bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi, dan sosial.
- 4.3 bantu untuk mendapatkan alat bantu aktivitas seperti kursi roda atau krek
- 4.4 bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan

e. Defisiensi pengetahuan b/d perawatan anak pulang

NOC

Know ledge : disease process

Knowl edge : health behavior

KH :

1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar
3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

NIC

Teaching : disease process

- 5.1 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
- 5.2 Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
- 5.3 Gambarkan proses penyakit dengan tepat
- 5.4 Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat

4. Implementasi

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah tindakan disusun dan di tujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2008).

Menurut Muscari (2007) menyebutkan bahwa implementasi yang harus dilakukan oleh perawat kepada pasien gangguan nafas adalah meningkatkan oksigenasi yang adekuat dan pola nafas normal, mencegah infeksi sekunder, meningkatkan asupan nutrisi dan cairan yang diinginkan, meminimalkan rasa takut dan ansietas dan meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan.

Komponen tahap implementasi diantaranya sebagai berikut:

a. Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter, tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan *StandartPractice American Nurses Association* (1973), undang-undang praktek perawatan Negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

b. Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat bila perawat bekerja dengan anggota kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahap untuk mengatasi masalah pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item-item atau perilaku yang dapat diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasilnya sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Doengoes, 2010).

Menurut Muscari (2006), evaluasi akhir yang harus dilihat setelah melakukan implementasi pada pasien gangguan napas adalah dengan melihat kemampuan untuk mempertahankan oksigenisasi yang adekuat dan melakukan pernapasan normal, pada anak tidak terjadi infeksi sekunder, selain itu dilihat dari status nutrisi dan cairan yang optimal, anak mampu mengungkapkan rasa takut dan ansietas serta menghadapinya dengan cara yang sehat.

Evaluasi adalah penilaian akhir dari proses keperawatan berdasarkan tujuan keperawatan yang ditetapkan. Evaluasi merupakan indikator keberhasilan dalam proses keperawatan.

Menurut Asmadi (2008), evaluasi terdiri dari dua jenis, yaitu :

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi proses ini merupakan kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai respon pasien. Evaluasi formatif terus-menerus dilaksanakan sampai tujuan yang direncanakan tercapai. System penulisan pada tahap evaluasi ini bisa menggunakan system "SOAP" atau model dokumentasi lainnya.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi hasil merupakan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan. Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada

akhir tindakan keperawatan pasien. Tipe evaluasi yang ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Sumatif evaluasi adalah objektif, fleksible, dan efisien.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi merupakan sumber data yang bermanfaat yang digunakan oleh semua anggota tim perawatan kesehatan. Tujuannya mencakup komunikasi, tagihan financial, edukasi pengkajian, riset, audit dan dokumentasi legal. Dokumentasi mendeskripsikan tentang status dan kebutuhan pasien yang komprehensif, juga layanan yang diberikan untuk perawatan pasien. Dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawatan tetapi juga membuktikan pertanggunggugatan setiap anggota tim perawat (Potter&Perry, 2006).

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	49
B. DiagnosaKeperawatan.....	57
C. Perencanaan	59
D. Pelaksanaan.....	61
E. Evaluasi	63

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	66
B. DiagnosaKeperawatan.....	67
C. Perencanaan	70
D. Pelaksanaan.....	71
E. Evaluasi	72
F. Dokumentasi	73

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Bayi A, yang mengalami Aspirasi Pneumonia didapatkan keluhan utama pasien tersedak air susu, dari hasil foto rontgen terdapat cairan pada paru sebelah kiri sehingga pasien sesak nafas, ada batuk berdahak, suara napas ronkhi, nadi 138x/menit, *respiration rate* 48x/menit dan orang tua mengalami kecemasan karena tidak mengetahui tentang pengobatan dan penyakit pada anaknya.
2. Pada kasus Bayi A, ini ditemukan lima diagnosa keperawatan aktual antara lain:
 - a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d mukus berlebih
 - b. Ketidakefektifan pola nafas b/d hiperventilasi
 - c. Resikoinfeksi dengan factor resiko statis cairan tubuh
 - d. Defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi
 - e. Ansietas b/d perubahan status kesehatan anak
3. Perencanaan disusun dengan cara mencantumkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan berdasarkan pada intervensi yang sesuai dengan diagnosa yang ada pada tinjauan teori. Penulis menyusun rencana tindakan berdasarkan dengan kondisi pasien, situasi dan

sarana yang mendukung yang ada di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

4. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Bayi A. yang mengalami Aspirasi Pneumonia dari rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat, semua intervensi dapat dilaksanakan seluruhnya karena didukung oleh kondisi pasien dan keluarga yang sangat kooperatif dengan tindakan yang dilakukan perawat, diantaranya respon keluarga yang sangat baik, bersifat terbuka serta kooperatif, mudah menerima masukan dan saran, berpartisipasi aktif dalam tindakan keperawatan serta memiliki keinginan yang kuat untuk kesembuhan anaknya.
5. Evaluasi dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan atau disebut juga evaluasi proses, sedangkan evaluasi hasil dilakukan sesuai dengan batasan waktu ditentukan dalam tujuan keperawatan. Dalam evaluasi ini ada masalah keperawatan yang hasilnya belum teratasi yaitu masalah Resiko infeksi dengan faktor resiko statis cairan tubuh dikarenakan pada hasil foto rontgen Bayi. A masih terdapat cairan di paru-paru sebelah kiri dan suara napas ronkhi maka masalah belum teratasi, adapun masalah keperawatan yang hanya teratasi sebagian diantaranya yaitu ketidakefektifan pola nafas dan bersihan jalan nafas tidak efektif, pasien sudah tidak menggunakan oksigen, dahak juga sudah tidak ada tetapi masih terdapat suara nafas

ronchi, RR : 32x/menit. Selain itu masalah keperawatan yang teratasi adalah ansietas dan defisiensi pengetahuan.

6. Pada tahap dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien Bayi A yang mengalami Aspirasi Pneumonia penulis mendokumentasikan semua masalah keperawatan dengan baik, baik dalam bentuk catatan keperawatan pada status pasien maupun dalam catatan asuhan keperawatan yang penulis miliki.

B. Saran-saran

Adapun saran-saran yang dapat penulis berikan untuk perbaikan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Orang tua dan Keluarga

Dalam usaha pencegahan penyakit Pneumonia, orang tua pasien dengan penyakit Pneumonia dianjurkan untuk menghindari faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau menyebabkan penyakit Pneumonia pada bayi agar dapat mengurangi resiko tingkat keparahan bagi bayi yang menderita Pneumonia. Dan diharapkan agar orang tua dapat rajin memeriksakan kesehatan anaknya ke pusat pelayanan kesehatan yang ada.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dengan tepat dan sesuai dengan prosedur dan melakukan pemeriksaan

penunjang, serta pendokumentasian dengan lengkap sehingga dapat terlaksananya suatu proses keperawatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Kepada pihak Institusi Pendidikan hendaknya juga memperhatikan sarana dan prasarana pendidikan seperti buku-buku perpustakaan dan dapat menambahkan *literature* keperawatan terbaru khususnya pada konsep asuhan keperawatan Pneumonia pada bayi.

DAFTAR PUSTAKA

Ardiansyah, M. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Dive Press

Depkes RI. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Depkes RI. Diambil pada 17 Juni 2016.

Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim (2013). *Profil Kesehatan Provinsi Kaltim*. Diambil pada 17 Juni 2016.

Depkes RI (2012). *Data penyakit Pneumonia Pada Bayi di Indonesia*. Diambil pada 16 Juni 2016 dari www.depkes.go.id

Laporan Pendahuluan Pneumonia (2012). Diambil pada 17 Juni 2016 dari www.yoghastikesnu.blogspot.com.

Nanda, (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta : EGC.

Potter & Perry. (2006). *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Volume 1 (Edisi 4)*. Jakarta : EGC.

Speer, K.M. (2007). *Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik dengan Clinical Pathway. Edisi 3*. Jakarta : EGC.

WHO (2010). *Data Penyakit Pneumonia*. Diambil pada 18 Juni 2016 dari digilib.unimus.ac.id

Wong, Donna L. (2009). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik Edisi 4*. Jakarta : EGC.