

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA BAYI DENGAN PNEUMONIA DENGAN INTERVENSI INOVASI
POSISI LATERAL KIRI ELEVASI KEPALA 30° TERHADAP SATURASI
OKSIGEN DI RUANG PEDIATRIC CARE UNIT RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DI SUSUN OLEH

MUNAWWARAH, S.KEP
NIM. 17111024120149

**PROGRAM PROFESI NERS PROGRAM ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN & FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2018/2019**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan
pada Bayi dengan Pneumonia dengan Intervensi Inovasi Posisi Lateral Kiri
Elevasi Kepala 30° terhadap Saturasi Oksigen di Ruang Pediatric Care Unit
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Karya Ilmiah Akhir Ners



DI SUSUN OLEH

**Munawwarah, S.Kep
Nim. 17111024120149**

**PROGRAM PROFESI NERS PROGRAM ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN & FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2018/2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA BAYI DENGAN *PNEUMONIA* DENGAN INTERVENSI INOVASI
POSISI LATERAL KIRI ELEVASI KEPALA 30° TERHADAP SATURASI
OKSIGEN DI RUANG *PEDIATRIC CARE UNIT*
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

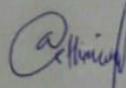
DISUSUN OLEH :

Munawwarah, S.Kep

NIM. 17111024120149

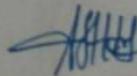
Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal 16 Januari 2019

Pembimbing



Ns. Ni Wayan Wiwin A., S.Kep., M.Pd
NIDN. 1114128602

Mengetahui,
Koordinator MK. Elektif



Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep
NIDN : 1115017703

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA BAYI DENGAN *PNEUMONIA* DENGAN INTERVENSI INOVASI
POSISI LATERAL KIRI ELEVASI KEPALA 30° TERHADAP SATURASI
OKSIGEN DI RUANG *PEDIATRIC CARE UNIT* (PICU)
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

**Munawwarah, S.Kep
NIM. 17111024120149**

Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 16 Januari 2019

Penguji I

Ns. Herlina Susanti, S.Kep
NIP. 198306012010012021

Penguji II

Ns. Fatma Zulalkha, M.Kep
NIDN. 1101038301

Penguji III

Ns. Ni Wayan Wiwin A., S.Kep., M.Pd
NIDN. 1114128602

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ners



Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep
NIDN. 1119097601

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan
pada Bayi dengan Pneumonia dengan Intervensi Inovasi Posisi Lateral Kiri
Elevasi Kepala 30° terhadap Saturasi Oksigen di Ruang Pediatric Care Unit
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Munawwarah¹, Ni Wayan Wiwin²

INTISARI

Latar Belakang : Pneumonia adalah penyebab kematian balita tertinggi di dunia, bayi dengan pneumonia cenderung mengalami masalah pernapasan yang dapat dinilai melalui pengukuran saturasi oksigen. Intervensi inovasi yang diberikan adalah dengan pemberian posisi lateral kiri elevasi kepala 30°

Tujuan : Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk menganalisis intervensi inovasi posisi lateral kiri elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen

Metode : Metode yang digunakan adalah observasi pre dan post intervensi

Hasil : Menunjukkan peningkatan saturasi oksigen. Hal ini dapat dilihat dari penurunan kadar oksigen yang diberikan serta peningkatan kesadaran klien

Kesimpulan : Analisis menunjukkan selama 3 hari pemberian intervensi terjadi peningkatan nilai saturasi oksigen dari 93% menjadi 99%.

Kata Kunci :Pneumonia, Posisi lateral kiri elevasi kepala 30°, Saturasi Oksigen.

¹Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Analysis of Clinical Nursing Practices
in Babies with Pneumonia with Innovation of Intervention Left Lateral
Position Head up Elevation 30° on Oxygen Saturation in Pediatric Care Unit
Ward Abdul Wahab Sjahranie Hospital**

Munawwarah², Ni Wayan Wiwin²

ABSTRACT

Background: Pneumonia is the highest cause of under-five mortality in the world, infants with pneumonia tend to experience respiratory problems that can be assessed by measuring oxygen saturation. The innovation intervention given is by giving the left lateral position of 30° head elevation

Objective: This Final Scientific Work Ners (KIA-N) aims to analyze the innovation intervention of the left lateral position of 30° head elevation to oxygen saturation

Method: The method used is pre and post intervention observation

Result: Indicates an increase in oxygen saturation. This can be seen from the decrease in oxygen levels given and increasing awareness of clients

Conclusion: The analysis showed that during the 3 days of intervention there was an increase in the value of oxygen saturation from 93% to 99%.

Keywords: Pneumonia, left lateral position of head elevation 30 °, Oxygen Saturation.

¹Nursing Student Muhammadiyah University of East Kalimantan

²Lecturer Muhammadiyah University of East Kalimantan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia adalah penyebab kematian balita tertinggi di dunia, lebih banyak dibandingkan dengan penyakit lainnya seperti AIDS, Malaria, Campak. Di dunia setiap tahun diperkirakan lebih dari 2 juta balita meninggal karena pneumonia (1 balita / 15 detik) dari 9 juta total kematian balita. Diantara 5 kematian balita, 1 diantaranya meninggal karena pneumonia. Di negara berkembang (termasuk Indonesia), 60% kasus pneumonia disebabkan oleh bakteri, sedangkan di negara maju disebabkan oleh virus. Oleh sebab itu pneumonia juga disebut pembunuh anak nomor 1 (the number one killer of children). Di negara berkembang pneumonia merupakan penyakit terabaikan (the neglected disease) atau terlupakan (the forgotten disease). Banyak anak meninggal karena pneumonia, namun sangat sedikit perhatian yang diberikan terhadap 2 masalah tersebut (UNICEF, WHO, 2009).

World Health Organization (WHO) memperkirakan di negara berkembang kejadian pneumonia anak-balita sebesar 151,8 juta kasus pneumonia per tahun, sekitar 8,7% (13,1 juta) diantaranya pneumonia berat. Di dunia terdapat 15 negara dengan prediksi kasus baru dan kejadian pneumonia paling tinggi anak-balita sebesar 74% (115,3 juta) dari 156 juta kasus diseluruh dunia. Lebih dari setengah terjadi pada 6 negara, yaitu: India 43 juta, China 21 juta, Pakistan 10 juta, Bangladesh, Indonesia, dan Nigeria sebesar 6 juta kasus, mencakup 44% populasi anak balita di dunia pertahun (World Pneumonia Day, 2012).

Data dari riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi pneumonia naik dari 1,6% pada 2013 menjadi 2% dari populasi balita yang ada di Indonesia pada 2018. Menurut profil kesehatan Indonesia tahun 2013, angka kematian akibat pneumonia pada balita sebesar 1,19%, pada kelompok bayi angka kematian lebih tinggi yaitu sebesar 2,89% dibandingkan pada kelompok umur 1-4 tahun yang sebesar 0,20%. Pneumonia juga selalu berada pada daftar 10 penyakit terbesar setiap tahunnya di fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa pneumonia merupakan penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat utama dan berkontribusi tinggi terhadap angka kematian balita di Indonesia (Kemenkes, 2013). Kematian yang disebabkan pneumonia merupakan peringkat teratas kematian pasien di fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2012).

Pneumonia adalah bentuk infeksi pernapasan akut yang menyerang paru-paru. Paru-paru terdiri dari kantung-kantung kecil yang disebut alveoli, yang terisi udara ketika orang yang sehat bernafas. Ketika seseorang menderita pneumonia, alveoli dipenuhi dengan nanah dan cairan, yang membuat pernafasan terasa menyakitkan dan membatasi asupan oksigen.(WHO, 2018).

Gangguan pernafasan dapat dilakukan melalui pemeriksaan fisik (untuk gangguan pernafasan berupa sesak napas, sianosis, dll), dan melalui pemeriksaan pulse oximetry untuk menilai saturasi oksigen kapiler perifer, perkiraan jumlah oksigen dalam darah (SpO₂). Persentase dari hemoglobin teroksigenasi (hemoglobin yang mengandung oksigen)

dibandingkan dengan jumlah total hemoglobin dalam darah (hemoglobin teroksigenasi dan tidak mengandung oksigen). Kompleksitas program terapi dan pemantauan pasien kritis mengharuskan perawat untuk dapat terus fokus terkait stabilisasi kondisi respirasi, sirkulasi dan status fisiologis lainnya untuk mempertahankan kehidupan pasien. Hal ini menyebabkan mobilisasi terkadang terlewatkan oleh perawat (Menerez, 2012).

Pengaturan posisi pasien adalah tindakan keperawatan dasar. Diruang intensif perawat menyadari adanya komplikasi karena perawatan yang lama pada pasien kritis, oleh karena itu perubahan posisi sangat penting guna memperoleh hasil terbaik untuk pasien (Mahvar et al, 2012). Posisi yang digunakan diruang intensif pada pasien cenderung tidur dengan posisi terlentang dimana semua pasien seharusnya posisi dengan elevasi kepala 30 derajat (Raouf, 2009).

Pasien dianjurkan untuk merubah posisi pasien sedikitnya 2 jam untuk meminimalkan tekanan pada jaringan, seperti tumit dan area lain diatas tonjolan tulang. Lamanya waktu dalam posisi terapi yang dipilih dapat melampaui standar 2 jam atau dapat dipersingkat menjadi 30 menit, didasarkan pada efektivitas posisi yang dipilih, namun posisi lateral yang dipilih tidak cocok untuk semua pasien di ruang intensif seperti pada pasien spondilitis, fraktur servikal dan harus digunakan hati-hati pada pasien yang rentan terhadap disfungsi kardiopulmonar dan peredaran darah.

Penelitian oleh Glanville dan Hewitt (2009) menyimpulkan bahwa meskipun posisi lateral memberikan efek peningkatan perfusi untuk

peningkatan tekanan parsial oksigen (pO₂) pada pasien dewasa yang sakit kritis.

Penelitian Mahvar et al.(2012) tentang efektifitas 3 jenis posisi dengan selang waktu perubahan posisi 30 menit terhadap peningkatan nilai tekanan parsial oksigen (pO₂) pada pasien bypass arteri koroner menunjukkan hasil tekanan parsial oksigen (pO₂) dan saturasi oksigen pada posisi lateral kiri dan lateral kanan lebih tinggi secara signifikan dibandingkan dengan posisi telentang dan posisi semi fowler, dimana posisi lateral kiri memperoleh peningkatan tekanan parsial oksigen (pO₂) yang lebih tinggi dibanding posisi lainnya.

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda mempunyai ruangan perawatan intensif untuk anak (PICU) yang merawat pasien anak dengan masalah pernapasan dan penyakit lainnya. Jumlah pasien PICU selama 3 bulan terakhir yakni Oktober - Desember 2018 adalah 86 orang, pasien dengan pneumonia sebanyak 21 orang. Tindakan perawat dalam meningkatkan status hemodinamik anak antara lain dengan melakukan fisioterapi dada, penghisapan lendir (*suction*), dan nebulisasi. Tim perawat anak PICU belum terpapar secara mendalam terhadap penempatan pasien dengan posisi lateral kiri elevasi kepala 30° yang dapat meningkatkan saturasi oksigen pada bayi.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengaplikasikan hasil riset tentang inovasi posisi lateral kiri elevasi kepala 30° pada pasien dengan pneumonia dengan perubahan saturasi oksigen yang

bermakna tersebut dalam pengelolaan kasus yang dituangkan dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Bayi Dengan Pneumonia Dengan Intervensi Inovasi Pengaturan Posisi Lateral Kiri Elevasi Kepala 30° Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen di Ruang *Pediatric Care Unit* (PICU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Pneumonia tersebut, maka penulis menarik rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini sebagai berikut : Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan pada bayi dengan pneumonia dengan intervensi inovasi pengaturan posisi lateral kiri elevasi kepala 30° terhadap perubahan saturasi oksigen di Ruang *Pediatric Care Unit* (PICU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan laporan ini meliputi:

1.3.1 Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada bayi dengan pneumonia dengan intervensi inovasi pengaturan posisi lateral kiri elevasi kepala 30° terhadap perubahan saturasi oksigen di Ruang

Pediatric Care Unit (PICU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Menganalisis kasus kelolaan pada anak dengan pneumonia, meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.3.2.2 Menganalisis intervensi pengaturan posisi lateral kiri elevasi kepala 30° yang diterapkan pada pasien kelolaan terhadap saturasi oksigen.

1.4 Manfaat Penelitian

Penulisan KIAN ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek, yaitu:

1. Manfaat Aplikatif

A. Bagi Pasien

Menambah pengetahuan mengenai intervensi inovasi posisi lateral kiri elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien secara umum, khususnya pada anak

B. Bagi Perawat

Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan intervensi keperawatan serta menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat dalam pelaksanaan pemberian intervensi inovasi pengaturan posisi lateral kiri 30° terhadap perubahan saturasi oksigen.

C. Bagi Tenaga Kesehatan Lain

Menambah pengetahuan tentang intervensi inovasi pengaturan posisi lateral kiri 30° terhadap perubahan saturasi oksigen.

2. Manfaat Keilmuan

A. Bagi Penulis

Memperkuat dukungan dalam menerapkan model konseptual keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman baru bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Pneumonia.

B. Bagi rumah Sakit

Memberikan bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi kesehatan kepada pasien

1.5 Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Karmiza (2014). Dengan judul jurnal “Posisi lateral kiri elevasi kepala 30° terhadap nilai tekanan parsial oksigen (PO₂) pada pasien dengan ventilasi mekanik”. Hasil dari penelitian tersebut didapatkan bahwa terdapat pengaruh posisi lateral kiri elevasi kepala 30° terhadap tekanan parsial oksigen.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Setiyawan (2016) dengan judul “Mean arterial pressure non invasif blood pressure (MAP-NIBP) pada lateral position dalam perawatan intensif: studi literatur”. Hasil dari penelitian tersebut didapatkan bahwa terdapat peningkatan MAP yang menunjukkan bahwa secara tidak langsung keadaan curah jantung meningkat dan hemodinamik menuju kearah perbaikan.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Hartoyo dkk (2017) dengan judul “Pengaruh mobilisasi progresif level I terhadap tekanan darah dan saturasi oksigen pasien kritis dengan penurunan kesadaran”. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi progresif level I dapat meningkatkan tekanan darah dan saturasi oksigen pada pasien kritis dengan penurunan kesadaran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Konsep Teori Pneumonia

a. Pengertian Pneumonia

Pneumonia adalah penyakit infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli), dengan gejala batuk pilek yang disertai nafas sesak atau nafas cepat. Penyakit ini mempunyai tingkat kematian yang tinggi. Secara klinis pada anak yang lebih tua selalu disertai batuk dan nafas cepat dan tarikan dinding dada kedalam. Namun pada bayi seringkali tidak disertai batuk (Pamungkas, 2012).

Pneumonia adalah penyakit infeksi akut yang mengenai jaringan paru (alveoli) yang disebabkan terutama oleh bakteri dan merupakan penyakit saluran pernapasan akut yang sering menyebabkan kematian (UNICEF, WHO, 2009; Kemenkes, 2010). Penyebab pneumonia adalah infeksi bakteri, virus maupun jamur. Pneumonia mengakibatkan jaringan paru mengalami peradangan. Pada kasus pneumonia, alveoli terisi nanah dan cairan menyebabkan kesulitan penyerapan oksigen sehingga terjadi kesulitan bernafas (Rudan, 2008).

b. Etiologi Pneumonia

Penyebab pneumonia pada orang dewasa dan usia lanjut umumnya adalah bakteri. Penyebab paling umum pneumonia di Amerika Serikat adalah bakteri *Streptococcus pneumoniae*, atau *Pneumococcus*. Sedangkan pneumonia yang disebabkan karena virus umumnya adalah Respiratory Syncytial Virus, rhinovirus, Herpes 7 Simplex Virus, Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) (National Institutes of Health, 2011).

c. Klasifikasi Pneumonia

Menurut Departemen Kesehatan RI, pneumonia diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Pneumonia berat
2. Pneumonia ringan
3. Bukan pneumonia (penyakit paru lain) (Kemenkes, 2010).

Sedangkan pada panduan persatuan dokter paru indonesia (2003), pneumonia diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Berdasarkan klinis dan epidemiologis :
 - a. Pneumonia komunitas (*Community Acquired Pneumonia*)
 - b. Pneumonia nosokomial (*Hospital Acquired / Nosocomial Pneumonia*)
 - c. Pneumonia aspirasi
 - d. Pneumonia pada penderita Immunocompromised pembagian ini penting untuk memudahkan dalam penatalaksanaan.

2. Berdasarkan bakteri penyebab

a. Pneumonia bakterial / tipikal. Dapat terjadi pada semua usia.

Beberapa bakteri mempunyai tendensi menyerang seseorang yang peka, misalnya Klebsiella pada penderita alkoholik, Staphylococcus pada penderita pasca infeksi influenza.

b. Pneumonia atipikal, disebabkan Mycoplasma, Legionella dan Chlamydia

c. Pneumonia virus

d. Pneumonia jamur sering merupakan infeksi sekunder. Predileksi terutama pada penderita dengan daya tahan lemah (immunocompromised)

3. Berdasarkan predileksi infeksi

a. Pneumonia lobaris, Sering pada pneumonia bakterial, jarang pada bayi dan orang tua. Pneumonia yang terjadi pada satu lobus atau segmen kemungkinan sekunder disebabkan oleh obstruksi bronkus misalnya : pada aspirasi benda asing atau proses keganasan b. Bronkopneumonia, Ditandai dengan bercak-bercak infiltrat pada lapangan paru. Dapat disebabkan oleh bakteri maupun 12 virus. Sering pada bayi dan orang tua. Jarang dihubungkan dengan obstruksi bronkus c. Pneumonia interstisial (PDPI, 2003).

d. Manifestasi Klinis

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi traktus respiratori bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 39 - 40°C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, dispnea, pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung serta sianosis sekitar hidung dan mulut. Kadang – kadang disertai mual dan diare. Batuk biasanya tidak ditemukan pada permulaan penyakit, tetapi setelah beberapa hari mula – mula kering kemudian menjadi produktif.

Pada stadium permulaan sukar dibuat diagnosis dengan pemeriksaan fisik tetapi dengan adanya napas dangkal dan cepat. Pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut dapat diduga adanya pneumonia. Hasil pemeriksaan fisik tergantung daripada luas daerah auskultasi yang terkena; pada perkusi sering tidak ditemukan kelainan dan pada auskultasi mungkin hanya terdengar ronkhi basah nyaring halus atau sedang.

Bila sarang bronkopneumonia menjadi satu (konfluens) mungkin pada perkusi terdengar keredupan dan suara pernapasan pada auskultasi terdengar mengeras. Pada stadium resolusi ronkhi terdengar lagi.

e. Patofisiologi Pneumonia

Sistem pertahanan tubuh terganggu sehingga menyebabkan virus masuk ke dalam tubuh setelah menghirup kerosin atau inhalasi gas yang mengiritasi. Mekanisme pertahanan lanjut berupa sekresi Ig A lokal dan

respon inflamasi yang diperantai leukosit, komplemen, sitokin, imunoglobulin, makrofag alveolar, dan imunitas yang diperantai sel.

Infeksi paru terjadi bila satu atau lebih mekanisme di atas terganggu, atau bila virulensi organisme bertambah. Agen infeksius masuk ke saluran napas bagian bawah melalui inhalasi atau aspirasi flora komensal dari saluran napas bagian atas, dan jarang melalui hematogen. Virus dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi saluran napas bahwa mempengaruhi mekanisme pembersihan dan respon imun.

Ketika mikroorganisme penyebab pneumonia berkembang biak, mikroorganisme tersebut mengeluarkan toksin yang mengakibatkan peradangan pada parenkim paru yang dapat menyebabkan kerusakan pada membran mukus alveolus. Hal tersebut dapat memicu perkembangan edema paru dan eksudat yang mengisi alveoli sehingga mengurangi luas permukaan alveoli untuk pertukaran karbondioksida dan oksigen sehingga sulit bernapas.

Invasi bakteri ke parenkim paru menimbulkan konsolidasi eksudatif jaringan ikat paru yang bisa lobular (bronkopneumonia), lobar, atau interstitial. Pneumoni bakteri dimulai dengan terjadinya hiperemi akibat pelebaran pembuluh darah, eksudasi cairan intra-alveolar, penumpukan fibrin, dan infiltrasi neutrofil yang dikenal dengan stadium hepatisasi merah. Konsolidasi jaringan menyebabkan penurunan *compliance* paru dan kapasitas vital. Peningkatan aliran darah yang melewati paru yang terinfeksi menyebabkan terjadinya pergeseran

fisiologis (*ventilation-perfusion mismatching*) yang kemudian menyebabkan hipoksemia. Selanjutnya desaturasi oksigen menyebabkan peningkatan kerja jantung.

Stadium berikutnya diikuti dengan penumpukan fibrin dan disintegrasi progresif dari sel-sel inflamasi (hepatisasi kelabu). Pada kebanyakan kasus, resolusi konsolidasi terjadi setelah 8-10 hari dimana eksudat dicerna secara enzimatik untuk selanjutnya direabsorpsi dan dikeluarkan melalui batuk. Apabila infeksi bakteri menetap dan meluas ke kavitas pleura, supurasi intra pleura menyebabkan terjadinya empyema. Resolusi dari reaksi pleura dapat berlangsung secara spontan, namun kebanyakan menyebabkan penebalan jaringan ikat dan pembentukan pelekatan (Bennete, 2013).

f. Pemeriksaan Diagnostik

1. Foto toraks

Pada foto toraks bronkopneumonia terdapat bercak – bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus, jika pada pneumonia lobaris terlihat adanya konsolidasi pada satu atau beberapa lobus.

2. Laboratorium

Gambaran darah tepi menunjukkan leukositosis, dapat mencapai 15.000 – 40.000/mm³ dengan pergeseran ke kiri. Kuman penyebab dapat dibiak dari usapan tenggorokan dan mungkin terdapat albuminuria ringan karena suhu yang naik dan sedikit toraks hialin.

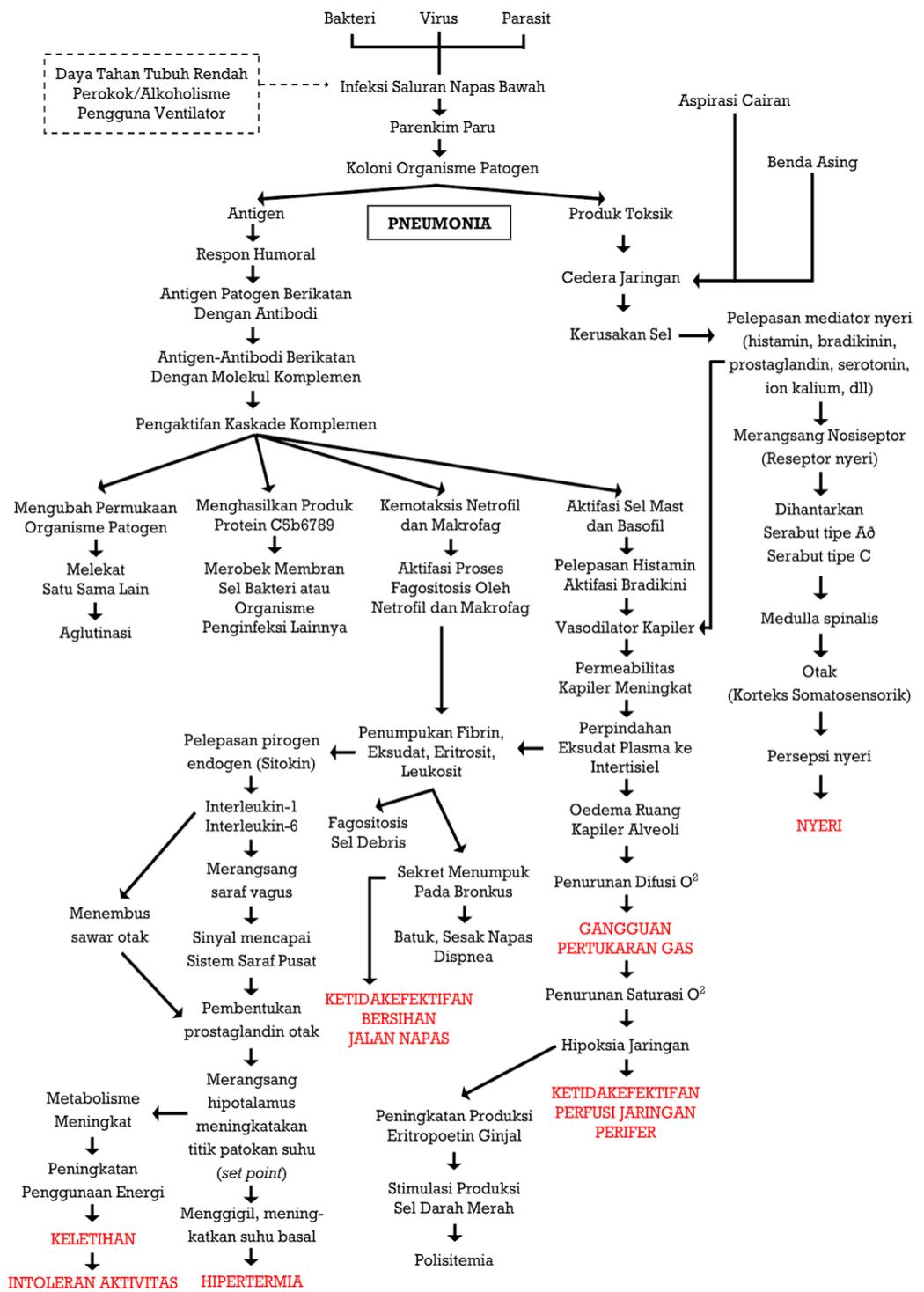
Analisis gas darah arteri dapat menunjukkan asidosis metabolik dengan atau tanpa retensi CO₂.

g. Penatalaksanaan Pneumonia

Sebaiknya pengobatan diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi, tetapi berhubung hal ini tidak selalu didapat dikerjakan dan memakan waktu maka dalam praktek diberikan pengobatan polifragmasi.

Penisilin diberikan 50.000 U/kg bb/ hari dan ditambah dengan kloramfenikol 50-70 mg/kg bb/hari atau diberikan antibiotik yang mempunyai spektrum luas seperti ampisilin. Pengobatan diteruskan sampai anak bebas panas selama 4 – 5 hari. Anak yang sangat sesak nafasnya memerlukan pemberian cairan intravena dan oksigen. Jenis cairan yang digunakan ialah campuran glukose 5% dan NaCl 0,9% dalam perbandingan 3:1 ditambah larutan KCl 10mEq/500ml botol infus. Banyaknya cairan yang diperlukan sebaiknya dihitung dengan menggunakan rumus Darrow.

Karena ternyata sebagian besar penderita jatuh ke dalam asidosis metabolik akibat kurang makan dan hipoksia, dapat diberikan koreksi dengan perhitungan kekurangan basa sebanyak – 5 mEq. Pneumonia yang tidak berat, tidak perlu dirawat di rumah sakit. (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak UI:1985)



Gambar 2.1 Pathway pneumonia

3. Konsep Teori Posisi Lateral

1. Pengertian

Posisi miring dimana pasien bersandar kesamping dengan sebagian besar berat tubuh berada pada pinggul dan bahu.

2. Tujuan

- 1) Mempertahankan body alignment
- 2) Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi
- 3) Meningkatkan rasa nyaman
- 4) Mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap.

3. Indikasi

- 1) Pasien yang ingin beristirahat
- 2) Pasien yang ingin tidur
- 3) Pasien yang posisi fowler atau dorsal recumbent dalam posisi lama
- 4) Penderita yang mengalami kelemahan dan pasca operasi.



Gambar 2.2 Posisi lateral kiri

3. Konsep Teori Saturasi Oksigen

a. Pengertian Saturasi Oksigen

Pengertian Saturasi oksigen adalah presentasi hemoglobin yang berikatan dengan oksigen dalam arteri, saturasi oksigen normal adalah antara 95 – 100 %. Dalam kedokteran , oksigen saturasi (SO₂), sering disebut sebagai "SATS", untuk mengukur persentase oksigen yang diikat oleh hemoglobin di dalam aliran darah. Pada tekanan parsial oksigen yang rendah, sebagian besar hemoglobin terdeoksigenasi, maksudnya adalah proses pendistribusian darah beroksigen dari arteri ke jaringan tubuh (Hidayat, 2007). Pada sekitar 90% (nilai bervariasi sesuai dengan konteks klinis) saturasi oksigen meningkat menurut kurva disosiasi hemoglobin-oksigen dan pendekatan 100% pada tekanan parsial oksigen > 10 kPa. Saturasi oksigen atau oksigen terlarut (DO) adalah ukuran relatif dari jumlah oksigen yang terlarut atau dibawa dalam media tertentu. Hal ini dapat diukur dengan probe oksigen terlarut seperti sensor oksigen atau optode dalam media cair.

b. Pengukuran Saturasi Oksigen

Pengukuran saturasi oksigen dapat dilakukan dengan beberapa tehnik. Penggunaan oksimetri nadi merupakan tehnik yang efektif untuk memantau pasien terhadap perubahan saturasi oksigen yang

kecil atau mendadak (Tarwoto, 2006). Adapun cara pengukuran saturasi oksigen antara lain:

- 1). Saturasi oksigen arteri ($Sa O_2$) nilai di bawah 90% menunjukkan keadaan hipoksemia (yang juga dapat disebabkan oleh anemia.. Hipoksemia karena SaO_2 rendah ditandai dengan sianosis . Oksimetri nadi adalah metode pemantauan non invasif secara kontinyu terhadap saturasi oksigen hemoglobin (SaO_2). Meski oksimetri oksigen tidak bisa menggantikan gas-gas darah arteri, oksimetri oksigen merupakan salah satu cara efektif untuk memantau pasien terhadap perubahan saturasi oksigen yang kecil dan mendadak. Oksimetri nadi digunakan dalam banyak lingkungan, termasuk unit perawatan kritis, unit keperawatan umum, dan pada area diagnostik dan pengobatan ketika diperlukan pemantauan saturasi oksigen selama prosedur.
- 2). Saturasi oksigen vena ($Sv O_2$) diukur untuk melihat berapa banyak mengkonsumsi oksigen tubuh. Dalam perawatan klinis, $Sv O_2$ di bawah 60%, menunjukkan bahwa tubuh adalah dalam kekurangan oksigen, dan iskemik penyakit terjadi. Pengukuran ini sering digunakan pengobatan dengan mesin jantung-paru (Extracorporeal Sirkulasi), dan dapat memberikan gambaran tentang berapa banyak aliran darah pasien yang diperlukan agar tetap sehat.

- 3). Tissue oksigen saturasi (St O₂) dapat diukur dengan spektroskopi inframerah dekat. Tissue oksigen saturasi memberikan gambaran tentang oksigenasi jaringan dalam berbagai kondisi.
- 4). Saturasi oksigen perifer (Sp O₂) adalah estimasi dari tingkat kejenuhan oksigen yang biasanya diukur dengan oksimeter pulsa. Pemantauan saturasi O₂ yang sering adalah dengan menggunakan oksimetri nadi yang secara luas dinilai sebagai salah satu kemajuan terbesar dalam pemantauan klinis (Giuliano & Higgins, 2010).

b. Alat yang digunakan

Alat yang digunakan dan tempat pengukuran Alat yang digunakan adalah oksimetri nadi yang terdiri dari dua diode pememisi cahaya (satu cahaya merah dan satu cahaya inframerah) pada satu sisi probe, kedua diode ini mentransmisikan cahaya merah dan inframerah melewati pembuluh darah, biasanya pada ujung jari atau daun telinga, menuju fotodetektor pada sisi lain dari probe (Welch, 2010).



Gambar 2.3 Saturasi Oksigen

c. Faktor yang mempengaruhi bacaan saturasi

Kozier (2010), menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi bacaan saturasi :

- 1). Hemoglobin (Hb) Jika Hb tersaturasi penuh dengan O₂ walaupun nilai Hb rendah maka akan menunjukkan nilai normalnya. Misalnya pada klien dengan anemia memungkinkan nilai SpO₂ dalam batas normal.
- 2). Sirkulasi Oksimetri tidak akan memberikan bacaan yang akurat jika area yang di bawah sensor mengalami gangguan sirkulasi.
- 3). Aktivitas Menggigit atau pergerakan yang berlebihan pada area sensor dapat mengganggu pembacaan SpO₂ yang akurat.

b. Proses Oksigenasi

Sistem pernafasan terdiri dari organ pertukaran gas yaitu paru-paru dan sebuah pompa ventilasi yang terdiri atas dinding dada, otot-otot pernafasan, diafragma, isi abdomen, dinding abdomen dan pusat pernafasan di otak. Pada keadaan istirahat frekuensi pernafasan 12-15 kali per menit. Ada 3 langkah dalam proses oksigenasi yaitu ventilasi, perfusi paru dan difusi (Guyton, 2005).

1. Ventilasi

Ventilasi adalah proses keluar masuknya udara dari dan ke paru-paru, jumlahnya sekitar 500 ml. Ventilasi membutuhkan koordinasi otot paru dan thoraks yang elastis serta persyarafan yang utuh. Otot pernafasan inspirasi utama adalah diafragma. Diafragma dipersyarafi oleh saraf frenik, yang keluar dari medulla spinalis pada vertebra servikal keempat. Udara yang masuk dan keluar terjadi karena adanya perbedaan tekanan, yang keluar dari medulla spinalis pada vertebra servikal keempat. udara antara intrapleura dengan tekanan atmosfer, dimana pada inspirasi tekanan intrapleural lebih negative (725 mmHg) daripada tekanan atmosfer (760 mmHG) sehingga udara masuk ke alveoli. Kepatenan Ventilasi tergantung pada faktor :

- a. Kebersihan jalan nafas, adanya sumbatan atau obstruksi jalan napas akan menghalangi masuk dan keluar udara dari dan ke paru-paru.
- b. Adekuatnya sistem saraf pusat dan pusat pernafasan
- c. Adekuatnya pengembangan dan pengempisan paru-paru

d. Kemampuan otot-otot pernafasan seperti diafragma, eksternal interkosa, internal interkosa, otot abdominal.

2. Perfusi Paru

Perfusi paru adalah gerakan darah melewati sirkulasi paru untuk dioksigenasi, dimana pada sirkulasi paru adalah darah deoksigenasi yang mengalir dalam arteri pulmonaris dari ventrikel kanan jantung. Darah ini memperfusi paru bagian respirasi dan ikut serta dalam proses pertukaran oksigen dan karbondioksida di kapiler dan alveolus. Sirkulasi paru merupakan 8-9% dari curah jantung. Sirkulasi paru bersifat fleksibel dan dapat mengakodasi variasi volume darah yang besar sehingga digunakan jika sewaktu-waktu terjadi penurunan volume atau tekanan darah sistemik.

3. Difusi

Oksigen terus-menerus berdifusi dari udara dalam alveoli ke dalam aliran darah dan karbon dioksida (CO₂) terus berdifusi dari darah ke dalam alveoli. Difusi adalah pergerakan molekul dari area dengan konsentrasi tinggi ke area konsentrasi rendah. Difusi udara respirasi terjadi antara alveolus dengan membrane kapiler. Perbedaan tekanan pada area membran respirasi akan mempengaruhi proses difusi. Misalnya pada tekanan parsial (P) O₂ di alveoli sekitar 100 mmHg sedangkan tekanan parsial pada kapiler pulmonal 60 mmHg sehingga oksigen akan berdifusi masuk ke dalam darah. Berbeda halnya dengan CO₂ dengan

PCO₂ dalam kapiler 45 mmHg sedangkan pada alveoli 40 mmHg maka CO₂ akan berdifusi keluar alveoli.

c. Terapi Oksigen

Terapi oksigen adalah pemberian oksigen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dari yang ditemukan dalam atmosfer lingkungan. Pada ketinggian air laut konsentrasi oksigen dalam ruangan adalah 21 %, (Brunner & Suddarth, 2001). Terapi oksigen adalah memberikan aliran gas lebih dari 20 % pada tekanan 1 atmosfer sehingga konsentrasi oksigen meningkat dalam darah (Andarmoyo, 2012).

Menurut Standar Keperawatan ICU Depkes RI tahun 2005, indikasi terapi oksigen adalah :

- a. Pasien hipoksia
- b. Oksigenasi kurang sedangkan paru normal
- c. Oksigenasi cukup sedangkan paru tidak normal
- d. Oksigenasi cukup, paru normal, sedangkan sirkulasi tidak normal
- e. Pasien yang membutuhkan pemberian oksigen konsentrasi tinggi
- f. Pasien dengan tekanan partial karbondioksida (PaCO₂) rendah.

2. Kontra indikasi

Tidak ada kontra indikasi absolut:

- a. Kanul nasal / Kateter binasal / nasal prong : jika ada obstruksi nasal.
- b. Kateter nasofaringeal / kateter nasal : jika ada fraktur dasar tengkorak kepala, trauma maksilofasial, dan obstruksi nasal

- c. Sungkup muka dengan kantong rebreathing : pada pasien dengan PaCO₂ tinggi, akan lebih meningkatkan kadar PaCO₂ nya lagi.

d. Metode Pemberian Oksigen

Dapat dibagi menjadi 2 tehnik, yaitu :

1. Sistem Aliran Rendah

Sistem aliran rendah diberikan untuk menambah konsentrasi udara ruangan, bekerja dengan memberikan oksigen pada frekuensi aliran kurang dari volume inspirasi pasien, sisa volume ditarik dari udara ruangan. Karena oksigen ini bercampur dengan udara ruangan, maka FiO₂ aktual yang diberikan pada pasien tidak diketahui, menghasilkan FiO₂ yang bervariasi tergantung pada tipe pernafasan dengan patokan volume tidal klien. Alat oksigen aliran rendah cocok untuk pasien stabil dengan pola nafas, frekuensi dan volume ventilasi normal, misalnya klien dengan Volume Tidal 500 ml dengan kecepatan pernafasan 16 – 20 kali permenit.

Contoh sistem aliran rendah adalah :

Low flow low concentration :

- a. Kateter nasal
- b. Kanul nasal / kanul binasal / nasal prong.

Low flow high concentration :

- c. Sungkup muka sederhana.
- d. Sungkup muka dengan kantong rebreathing
- e. Sungkup muka dengan kantong non rebreathing.

4. Konsep Bayi

a. Pengertian Bayi

Bayi merupakan individu yang berusia 0-12 bulan yang ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat disertai dengan perubahan dalam kebutuhan zat gizi (Wong, 2009 dalam Adriana, 2011).

a) Reflek Bayi Baru Lahir

1). Refleks menghisap (suckling reflex)

Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika anda menyentuh puting susu ke ujung mulut bayi. Refleks menghisap terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang ditempatkan di mulut mereka. Refleks menghisap memudahkan bayi yang baru lahir untuk memperoleh makanan sebelum mereka mengasosiasikan puting susu dengan makanan. Menghisap adalah refleks yang sangat penting pada bayi. Refleks ini merupakan rute bayi menuju pengenalan akan makanan. Kemampuan menghisap bayi yang baru lahir berbeda-beda. Sebagian bayi yang baru lahir menghisap dengan efisien untuk memperoleh susu.

2). Refleks Menggenggam (palmar grasp reflex)

Grasping Reflex adalah refleks gerakan jari - jari tangan mencengkrum benda-benda yang disentuh ke bayi, indikasi syaraf berkembang normal hilang setelah 3 - 4 bulan Bayi akan otomatis menggenggam jari ketika Anda

menyodorkan jari telunjuk kepadanya. Reflek menggenggam terjadi ketika sesuatu menyentuh telapak tangan bayi. Bayi akan merespons dengan cara menggenggamnya kuat kuat.

3). Refleks mencari (rooting reflex)

Akan terjadi peningkatan kekuatan otot (tonus) pada lengan dan tungkai sisi ketika bayi Anda menoleh ke salah satu sisi.

4). Refleks mencari (rooting reflex)

Rooting reflex terjadi ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau di sentuh bagian pinggir mulutnya. Sebagai respons, bayi itu memalingkan kepalanya ke arah benda yang menyentuhnya, dalam upaya menemukan sesuatu yang dapat dihisap. Refleks menghisap dan mencari menghilang setelah bayi berusia sekitar 3 hingga 4 bulan. Refleks digantikan dengan makan secara sukarela. Refleks menghisap dan mencari adalah upaya untuk mempertahankan hidup bagi bayi mamalia atau binatang menyusui yang baru lahir, karena dengan begitu dia begitu dia dapat menentukan susu ibu untuk memperoleh makanan.

5). Refleks Moro (moro refleks)

Refleks Moro adalah suatu respon tiba tiba pada bayi yang baru lahir yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan.

6). Babinski Reflex

Refleks primitif pada bayi berupa gerakan jari - jari mencengkram ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. Hilang di usia 4 bulan.

7). Swallowing Reflex

Adalah refleks gerakan menelan benda - benda yang didekatkan kemulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman.

8). Breathing Reflex

Refleks gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang - ulang , fungsi : menyediakan O₂ dan membuang CO₂, permanen dalam kehidupan

9). Eyeblink Reflex

Refleks gerakan seperti menutup dan mengerjapkan mata - fungsi : melindungi mata dari cahaya dan benda - benda asing - permanen dalam kehidupan jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.

10). Pupillary Reflex

Refleks gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap terhadap

lingkungan gelap. - fungsi : melindungi dari cahaya terang, menyesuaikan terhadap suasana gelap.

11). Refleks Tonic Neck

Disebut juga posisi menengadah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia 5 bulan. Saat kepala bayi digerakkan kesamping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan yang berlawanan akan menekuk (kadang - kadang pergerakan akan sangat halus atau lemah). Jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, refleksi tonick neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyediakan bayi untuk mencapai gerak sadar.

12). Reflek Tonic labyrinthine / labirin.

Pada posisi telentang, reflex ini dapat diamati dengan mengangkat bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat kemudian jatuh.

13). Refleks Merangkak (crawling)

Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, ia membentuk posisi merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk kearah tubuhnya.

14). Refleksi Berjalan dan melangkah (stepping)

Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu atau orang tersebut akan melihat refleksi berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkahi benda tersebut. Refleksi berjalan ini akan berbeda dengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya. Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.

15). Refleksi Yawning

Yakni refleksi seperti menjerit kalau ia merasa lapar dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Refleksi plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari - jari kakinya akan melekuk secara erat.

16). Refleksi Swimming

Reflek ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam berisi air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Refleksi ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Refleksi ini berfungsi untuk membantu bayi bertahan jika ia tenggelam. Meskipun bayi akan mulai mengayuh dan menendang seperti berenang,

namun meletakkan bayi di air sangat beresiko. Bayi akan menelan banyak air pada air saat itu (Adriana, 2011).

b. Tumbuh Kembang Bayi

1). Perkembangan Kognitif

Fase Sensorimotor (Piaget)

Selama fase sensorimotor bayi, terdapat tiga peristiwa yang terjadi selama fase ini yang melibatkan antara lain

- a) Perpisahan yaitu bayi belajar memisahkan dirinya sendiri dari benda lain di dalam lingkungan.
- b) Penerimaan konsep keberadaan objek atau kesadaran bahwa benda yang tidak lagi ada dalam area penglihatan sesungguhnya masih ada. Misalnya ketika bayi mampu mendapatkan benda yang diperhatikannya telah disembunyikan di bawah bantal atau di belakang kursi.
- c) Kemampuan untuk menggunakan simbol dan representasi mental (Adriana, 2011).

Pada fase sensorimotor terdiri atas 4 tahap yaitu: Tahap pertama, dari lahir sampai 1 bulan diidentifikasi dengan penggunaan refleks bayi. Pada saat lahir, individualitas dan temperamen bayi diekspresikan dengan refleks fisiologis menghisap, rooting, menggenggam dan menangis. Tahap Kedua, reaksi sirkulasi primer. Menandai permulaan penggantian perilaku refleksif dengan tindakan volunteer.

Selama periode 1 – 4 bulan, aktifitas seperti menghisap dan menggenggam menjadi tindakan yang sadar yang menimbulkan respon tertentu. Permulaan akomodasi tampak jelas. Bayi menerima dan mengadaptasi reaksi mereka terhadap lingkungan dan mengenai stimulus yang menghasilkan respon. Sebelumnya bayi akan menangis sampai puting dimasukkan ke dalam mulut, sekarang mereka menghubungkan puting dengan suara orang tua (Adriana, 2011).

Tahap Ketiga, reaksi sirkular sekunder adalah lanjutan dari reaksi sirkulasi primer dan berlangsung sampai usia bulan. Dari menggenggam dan memegang sekarang menjadi mengguncang dan menarik. Mengguncang digunakan untuk mendengar suara, tidak hanya sekedar kepuasan saja. Terjadi 3 proses perilaku pada bayi yaitu imitasi, bermain dan afek yaitu manifestasi emosi atau perasaan yang dikeluarkan. Selama 6 bulan bayi percaya bahwa benda hanya ada selama mereka dapat melihatnya secara visual (Adriana, 2011).

Keberadaan objek adalah komponen kritis dari kekuatan hubungan orang tua dan anak, terlihat dalam pembentukan ansietas terhadap orang asing pada usia 6 – 8 bulan. Tahap Keempat, koordinasi skema kedua dan penerapannya ke situasi baru. Bayi menggunakan pencapaian perilaku sebelumnya terutama sebagai dasar untuk menambah keterampilan

intelektual dan keterampilan motorik sehingga memungkinkan eksplorasi lingkungan yang lebih besar (Adriana, 2011).

2). Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik pada bayi dikategorikan dalam beberapa usia antara lain yaitu dimana Usia 4 bulan, bayi mulai mengences, refleks Moro, leher tonik dan rooting sudah hilang. Usia 5 bulan, adanya tanda pertumbuhan gigi, begitu juga dengan berat badan menjadi dua kali lipat dari berat badan lahir. Usia 6 bulan, kecepatan pertumbuhan mulai menurun, terjadi penambahan berat badan 90 – 150 mg perminggu selama enam bulan kemudian, penambahan tinggi badan 1,25 cm per bulan selama enam bulan kemudian, mulai tumbuh gigi dengan munculnya dua gigi seri di sentral bawah serta bayi mulai dapat mengunyah dan menggigit. Di Usia 7 bulan, mulai tumbuh gigi seri di sentral atas serta memperlihatkan pola teratur dalam pola eliminasi urine dan feces di Usia 8 bulan (Wong, 2008).

3) Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik bayi dibedakan menjadi 2 bagian yaitu motorik kasar dan motorik halus. Dimana motorik kasar terdiri dari, kepala tidak terjuntai ketika ditarik keposisi duduk dan dapat menyeimbangkan kepala dengan baik, punggung kurang membulat, lengkung hanya di daerah lumbal, mampu duduk tegak bila ditegakkan, mampu menaikan kepala dan dada dari permukaan

sampai sudut 90 derajat, melakukan posisi simetris yang dominan seperti berguling dari posisi telentang ke miring. Begitu juga ketika duduk bayi mampu mempertahankan kepala tetap tegak dan kuat, duduk dengan lebih lama ketika punggung disangga dengan baik. Ketika posisi prone, bayi mengambil posisi simetris dengan lengan ekstensi, berguling dari posisi telungkup ke telentang, dapat mengangkat dada dan abdomen atas dari permukaan serta menahan berat badan pada satu tangan. Selain itu ketika supine, bayi memasukkan kakinya ke mulut dan bayi mengangkat kepala dari permukaan secara spontan. Duduk di kursi tinggi dengan punggung lurus, ketika dipegang dalam posisi berdiri bayi menahan hampir semua berat badannya dan tidak lagi memperhatikan tangannya (Adriana, 2011).

Duduk condong ke depan pada kedua tangan, ketika dipegang pada posisi berdiri, bayi berusaha melonjak dengan aktif. Di usia 8 bulan bayi duduk mantap tanpa ditopang dan menahan berat badan pada kedua tungkai serta menyesuaikan postur tubuh untuk mencapai seluruh benda. Motorik halus bayi meliputi menginspeksi dan memainkan tangan, menarik pakaian dan selimut ke wajah untuk bermain, mencoba meraih benda dengan tangan namun terlalu jauh, bermain dengan kerincingan dan jari kaki, dapat membawa benda kemulut. Bayi mampu menggenggam benda dengan telapak tangan secara sadar, memegang satu kubus sambil

memperhatikan kubus lainnya. Meraih kembali benda yang terjatuh, menggenggam kaki dan menariknya ke mulut, memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya, memegang dua kubus lebih lama dan membantingnya ke atas meja (Adriana, 2011).

Di usia 8 bulan bayi sudah melakukan genggam dengan cubitan menggunakan jari telunjuk, jari ke empat dan kelima, mempertahankan dua kubus dengan memperhatikan kubus ketiga, membawa benda dengan menarik pada tali dan berusaha untuk tetap meraih mainan yang diluar jangkauan (Wong, 2008).

4). Perkembangan Bahasa

Komunikasi verbal bermakna bayi pertama kali adalah menangis, untuk mengekspresikan ketidaksenangannya, mengeluarkan suara yang parau, kecil dan nyaman selama pemberian makan, berteriak kuat untuk memperlihatkan kesenangan, “berbicara” cukup banyak ketika di ajak bicara, jarang menangis selama periode terjaga, berteriak mengeluarkan suara mendekut dan bercampur huruf konsonan dan tertawa keras, mulai menirukan suara, menggumam menyerupai ucapan satu suku kata, vokalisasi kepada mainan dan bayangan di cermin, menikmati mendengarkan suaranya sendiri (Adriana, 2011) .

Menghasilkan suara vokal dan merangkai suku kata, berbicara ketika orang lain berbicara, mendengarkan secara selektif

kata – kata yang dikenal, mengucapkan tanda penekanan dan emosi serta menggabungkan suku kata seperti dada, namun tidak ada maksud di dalamnya (Adriana, 2011).

5) Perkembangan Sosial

Perkembangan sosial bayi pada awalnya dipengaruhi oleh refleksinya, seperti menggenggam dan pada akhirnya bergantung terutama pada interaksi antara mereka dengan pemberian asuhan utama. Kelekatan kepada orang tua. Kelekatan orang tua dan anak yang dimulai sebelum kelahiran, sangat penting disaat kelahiran. Menangis dan perilaku refleksi adalah metode untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam periode neonatal dan senyum sosial merupakan langkah awal dalam komunikasi sosial. Bermain juga menjadi agen sosialisasi utama dan memberikan stimulus yang diperlukan untuk belajar dan berinteraksi dengan lingkungan (Wong, 2008).

B. Konsep Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang membuat perawat dapat merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan. Tahapannya meliputi: pengkajian diagnosis keperawatan, perencanaan (termasuk identifikasi hasil yang diperkirakan), implementasi, dan evaluasi (Potter dan Perry (1997)

Tujuan proses keperawatan secara umum adalah untuk menyusun kerangka konsep berdasarkan keadaan individu (klien), keluarga, dan

masyarakat agar kebutuhan mereka dapat terpenuhi. Proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal, apabila keadaannya berubah menjadi suatu kuantitas dan kualitas asuhan keperawatan terhadap kondisinya guna kembali ke keadaan yang normal, jika kesehatan yang optimal tidak dapat tercapai, proses keperawatan harus dapat memfasilitasi kualitas kehidupan yang maksimal berdasarkan keadaannya untuk mencapai derajat kehidupan yang lebih tinggi selama hidupnya (Iyer et al., 1996 dalam Carpenito, 2007).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang respon klien agar dapat mengidentifikasi dan mengenali masalah atau kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien. Area yang termasuk respon klien antara lain kegiatan sehari-hari, emosional, sosio-ekonomi, kultural dan spiritual (Yura & Wals, 1988).

Menurut Kozier et al. (1995) proses pengkajian terdiri atas empat kegiatan, yaitu: pengumpulan data, organisasi data, validasi data, dan analisa data.

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi yang dilakukan secara sistematis dan kontinyu tentang status kesehatan klien untuk menentukan masalah - masalah serta kebutuhan - kebutuhan keperawatan klien. Informasi yang diperlukan adalah

segala sesuatu penyimpangan tentang klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual, kemampuan dalam mengatasi masalah sehari-hari, masalah kesehatan dan keperawatan yang mengganggu kemampuan klien, dan keadaan sekarang yang berkaitan dengan rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan terhadap klien.

Dari semua informasi yang terkumpul didapatkan data dasar berupa riwayat kesehatan/ keperawatan, pengkajian fisik, riwayat pengobatan dan pemeriksaan fisik, termasuk hasil laboratorium dan tes diagnostik, dan data berupa kontribusi informasi dari tenaga kesehatan lainnya.

Tujuan pengumpulan data adalah untuk memperoleh informasi dan menilai tentang keadaan kesehatan klien, untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan serta membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

Jenis data yang dikumpulkan dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang diperoleh dari keluhan-keluhan yang disampaikan oleh klien, termasuk sensasi klien, perasaan, nilai-nilai, kepercayaan, pengetahuan, dan persepsi terhadap status kesehatan dan situasi kehidupan, misalnya: rasa nyeri, mual, sakit kepala, rasa kuatir, cemas, dan lain lain. Sedangkan data objektif adalah data yang diperoleh melalui suatu pengamatan, pengukuran dan pemeriksaan dengan menggunakan standar yang diakui (berlaku), misalnya: perubahan warna kulit, tekanan darah, suhu tubuh, perubahan perilaku, dan lain lain.

Sumber data yang dapat dipergunakan untuk pengumpulan data adalah sumber data primer, sekunder, dan tersier. Sumber data primer adalah data-data yang dikumpulkan langsung dari klien, yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya. Sumber data sekunder adalah data-data tidak langsung dari klien yang dikumpulkan dari sumber lain, seperti keluarga, teman, profesional kesehatan lain. Sedangkan sumber data tersier adalah data yang diperoleh dari pencatatan dan pelaporan, laboratorium, analisis diagnostik, rekam medik dan dari literatur yang relevan. (Craven & Hirnle, 2000; Kozier et al., 1995).

Dalam pengumpulan data agar dapat terkumpul dengan baik dan terarah, sebaiknya dilakukan penggolongan atau klasifikasi data berdasarkan: keluhan utama, riwayat kesehatan sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga, keadaan fisik, pola kebiasaan, psikologis, sosial, spiritual, hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, electrocardiograph, dan keadaan khusus lainnya yang berhubungan.

Adapun langkah-langkah dalam pengkajian ini menurut Carpenito (2007), adalah sebagai berikut:

a. Identitas klien

Identitas pasien meliputi nama, umur, berat badan, dan jenis kelamin, alamat rumah, tanggal lahir dan identitas orang tua.

b. Riwayat penyakit

- 1) Riwayat penyakit sekarang meliputi sejak kapan timbulnya demam, gejala lain serta yang menyertai demam (misalnya mual, muntah, nafsu makan, diaforesis, eliminasi, nyeri otot, dan sendi dll), gelisah, nyeri kepala, lelah apatis, penglihatan ganda, perubahan pupil, konstriksi penglihatan perifer.
- 2) Riwayat penyakit dahulu yang perlu ditanyakan yaitu riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anak maupun keluarga dalam hal ini orang tua. Apakah ibu saat persalinan mengalami perdarahan dan apakah saat dilahirkan anak ada riwayat cedera kepala sehingga menimbulkan hematoma, subdural atau perdarahan subarakhnoid yang dapat mengakibatkan terjadinya Hidrocephalus.
- 3) Riwayat tumbuh kembang yang pertama ditanyakan adalah hal-hal yang berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan kebutuhan anak sekarang yang meliputi motorik kasar, motorik halus, perkembangan kognitif atau bahasa dan personal sosial atau kemandirian.
- 4) Imunisasi yang ditanyakan kepada orang tua apakah anak mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan usia dan jadwal pemberian serta efek samping dari pemberian imunisasi seperti panas, alergi dan sebagainya.

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Pola pengkajian

Pola fungsi kesehatan dapat dikaji melalui pola Gordon dimana pendekatan ini memungkinkan perawat untuk mengumpulkan data secara sistematis dengan cara mengevaluasi pola fungsi kesehatan dan memfokuskan pengkajian fisik pada masalah khusus. Model konsep dan tipologi pola kesehatan fungsional menurut Gordon:

a) Pola persepsi manajemen kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

b) Pola nutrisi metabolik

Menggambarkan masukan nutrisi, *balance* cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam 1 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan

c) Pola eliminasi

Manajemen pola fungsi ekskresi, kandung kemih dan kulit, kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuria, dll), frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urine dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, dll.

d) Pola latihan aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman napas, bunyi napas, riwayat penyakit paru.

e) Pola kognitif perseptual

Menjelaskan persepsi sensori kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, dan kompensasinya terhadap tubuh.

f) Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam.

g) Pola konsep diri persepsi diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan.

h) Pola peran hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan peran klien terhadap anggota keluarga.

i) Pola reproduksi seksual

Menggambarkan pemeriksaan genital.

j) Pola koping stres

Menggambarkan kemampuan untuk mengalami stress dan penggunaan sistem pendukung. Interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata.

1. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan.

2. Perumusan masalah

Setelah analisa data dilakukan, dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan asuhan keperawatan (masalah keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Selanjutnya disusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan kriteria penting dan segera. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow, yaitu : Keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan.

3. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi,

mencegah dan merubah (NANDA, 2015-2017). Perumusan diagnosa keperawatan:

- a. Aktual : menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.
- b. Resiko: menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi.
- c. Kemungkinan : menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.
- d. *Wellness* : keputusan klinik tentang keadaan individu,keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi.
- e. Sindrom : diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Diagnosa keperawatan pada pasien pneumonia adalah :

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas. Definisi: ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas.

Faktor yang berhubungan:

- a) Mukus berlebihan
- b) Terpajan asap
- c) Benda asing dalam jalan napas
- d) Sekresi yang tertahan

- e) Perokok pasif
 - f) Perokok
- 2) Ketidakefektifan pola napas. Definisi: inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat.

Faktor yang berhubungan:

- a) Ansietas
 - b) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
 - c) Kelelahan
 - d) Hiperventilasi
 - e) Obesitas
 - f) Nyeri
- 3) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan.

Faktor yang berhubungan:

- 1) Diabetes melitus
- 2) Gaya hidup kurang gerak
- 3) Hipertensi
- 4) Kurang pengetahuan tentang faktor pemberat(merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)
- 5) Kurang pengetahuan tentang proses penyakit (diabetes, hiperlipidemia)
- 6) Merokok

- 4) Hambatan pertukaran gas. Definisi: Kelebihan atau defisit oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolar-kapiler

Faktor yang berhubungan:

- a) Ketidakseimbangan perfusi ventilasi
- b) Perubahan membran alveolar-kapiler

- 5) Resiko kerusakan integritas kulit Definisi: Rentan mengalami kerusakan epidermis dan/atau dermis, yang dapat mengganggu kesehatan.

Faktor resiko :

- a) Agens cedera kimiawi
- b) Ekskresi
- c) Kelembapan
- d) Hipertermi
- e) Hipotermi
- f) Lembap
- g) Tekanan pada tonjolan tulang
- h) Sekresi

- 6) Perfusi jaringan cerebral tidak efektif. Definisi: Rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan.

Faktor resiko:

- a) Agens farmaseutikal
 - b) Aterosklerosis aortic
 - c) Hipertensi
 - d) Koagulasi intravascular diseminata
 - e) Miksoma antrium
 - f) Embolisme
- 7) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Definisi:
Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.
Faktor yang berhubungan:
Asupan diet kurang
- 8) Nyeri akut. Definisi: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.
Faktor yang berhubungan:
- a) Agens cedera biologis
 - b) Agens cedera kimiawi
 - c) Agens cedera fisik

5. Intervensi keperawatan

Roy mendefinisikan bahwa tujuan intervensi keperawatan adalah meningkatkan respons adaptif berhubungan dengan 4 jenis respons. “*nursing aims is to increase the person’s adaptive response and to decrease ineffective responses*” (Roy, 1984: 37). Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping seseorang atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus *focal*, *contextual*, dan *residual*. *Focal* adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman / input yang masuk. Penggunaan *focal* pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. *Stimulus contextual* adalah stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subyektif disampaikan oleh individu. *Stimulus residual* adalah karakteristik/ riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara obyektif (Nursalam, 2008).

Tabel 2.1
Diagnosa Keperawatan Pada Klien Dengan Pneumonia Berdasarkan NANDA dan NIC NOC

No	Diagnosa Keperawatan	NOC Tujuan dan Kriteria Hasil	NIC Intervensi Keperawatan
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan	<p>Respiratory Status ventilation</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x... jam pasien menunjukkan keefektifan jalan nafas dengan indikator :</p> <p>a. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam</p>	<p>Airway Patency</p> <p>1.1 Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</p> <p>1.2 Berikan O2 sesuai instruksi</p> <p>1.3 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>1.4 Lakukan fisioterapi dada</p> <p>1.5 bila perlu</p> <p>1.6 Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</p>

		<p>rentang normal, tidak ada suara napas abnormal) (3) cukup adekuat ditingkatkan menjadi (4) sebagian besar adekuat.</p> <p>b. Saturasi Oksigen dalam batas normal sebagian besar adekuat (4) ditingkatkan menjadi sepenuhnya adekuat (5)</p> <p>c. Foto Thorak dalam batas normal, cukup adekuat (3) ditingkatkan menjadi sebagian besar adekuat (4)</p> <p>Keterangan skala: 1= Tidak Adekuat 2= Sedikit Adekuat 3= Cukup Adekuat 4= Sebagian besar Adekuat 5= Sepenuhnya Adekuat</p>	<p>1.7 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan</p> <p>1.8 Berikan bronkodilator</p> <p>1.9 Monitor status hemodinamik</p> <p>1.10 Monitor respirasi dan status O2</p> <p>1.11 Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</p> <p>1.12 Jelaskan pada orang tua tentang penggunaan alat O2, suction, inhalasi.</p>
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	<p>Status Pernafasan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan ketidakefektifan pola napas pasien teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan otot bantu nafas. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Retraksi dinding dada. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Sianosis. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Dispnea saat istirahat.. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Akumulasi sputum. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Suara nafas tambahan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 7. Pernafasan cuping hidung. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 8. Batuk. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Sangat berat 2= Berat 3= Cukup 4= Ringan 5= Tidak ada</p>	<p>1. Manajemen Jalan Nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 buka jalan nafas dengan teknik <i>chin lift</i> atau <i>jaw thrust</i>, sebagaimana mestinya. 1.2 Posisikan pasien untuk meminimalkan ventilasi 1.3 Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya 1.4 Buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lender 1.5 Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk 1.6 Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 1.7 Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan 1.8 Posisikan untuk meringankan sesak nafas 1.9 Monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya. <p>2. Monitor pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor kecepatan, irama,, kedalaman dan kesulitan bernafas 2.2 Catat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot <i>supracviculas</i> dan interkosta 2.3 Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi

			<p>2.4 Monitor pola nafas (misalnya, bradipnea, takipnea, hiperventilasi, pernafasan kusmual, pernafasan 1:1, apneustik, respirasi biot, dan pola ataxtic)</p> <p>2.5 Monitor kelelahan otot-otot diaphragma dengan pergerakan parasoksikal</p> <p>2.6 Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut</p> <p>2.7 Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan..</p> <p>3. Penghisapan lendir pada jalan nafas</p> <p>3.1 Tentukan perlunya suksion mulut atau trachea</p> <p>3.2 Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah tidakan suksion</p> <p>3.3 Monitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi secret</p> <p>4. Fisioterapi dada</p> <p>4.1 Kenali ada tidaknya kontra indikasi dilakukannya fisioterapi dada pada pasien</p> <p>4.2 Lakukan fisioterapi dada minimal dua jam setelah makan</p> <p>4.3 Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan fisioterapi dada kepada pasien</p> <p>4.4 Tentukan segmen paru mana yang berisi secret berlebihan</p> <p>4.5 Posisikan segmen paru yang akan dilakukan fisioterapi dada diatas.</p> <p>4.6 Gunakan bantal untuk menopang posisi pasien</p>
3.	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakit	<p>Perfusi jaringan: perifer</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer pasien teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler perifer. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Pengisian kapiler jari kaki. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Suhu kulit ujung kaki dan tangan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Kekuatan denyut nadi karotis 	<p>1. Manajemen syok</p> <p>1.1 Monitor hilangnya darah secara tiba-tiba, dehidrasi berat, atau pendarahan yang terus menerus</p> <p>1.2 Monitor turunnya tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmhg atau turun 30 mmHg pada pasien hipertensi.</p> <p>1.3 Monitor tanda dan gejala syok hipovolemi</p> <p>1.4 Berikan oksigen dan/atau ventilasi mekanik, sesuai kebutuhan</p> <p>1.5 Berikan cairan IV seperti kristaloid, isotonik atau koloid, sesuai kebutuhan.</p> <p>1.6 Berikan produk-produk darah , sesuai kebutuhan</p>

		<p>(kanan). Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>5. Kekuatan denyut nadi karotis (kiri). Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>6. Kekuatan denyut radial (kiri). Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>7. Kekuatan denyut radial (kanan). Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>8. Nilai rata-rata Nilai rata-rata tekanan darah. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Deviasi berat dari kisaran normal 2= Deviasi cukup besar dari kisaran normal 3= Deviasi sedang dari kisaran normal 4= Deviasi ringan dari kisaran normal 5= Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> <p>1. Muka pucat. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>2. Bruit diujung kaki dan tangan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>3. Kelemahan otot. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Berat 2= Cukup Berat 3= Sedang 4= Ringan 5= Tidak ada</p> <p>Tanda-tanda vital Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer pasien teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator: 1. Suhu tubuh. Dipertahankan pada</p>	<p>1.7 Ambil gas darah arteri dan monitor oksigenisasi jaringan</p> <p>1.8 Monitor data lab koagulasi, meliputi <i>protombine time</i> (PT), <i>partial thromboplastin time</i> (PTT) , fibrinogen, fibrin degradation/split product, dan hitung platelet.</p> <p>2. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>2.1 Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan dengan tepat.</p> <p>2.2 Monitor warna kulit, suhu dan kelembaban.</p> <p>2.3 Monitor keberadaan dan kualitas nadi.</p> <p>2.4 Monitor irama dan tekanan jantung.</p> <p>2.5 Monitor sianosis sentral dan perifer.</p> <p>3. Manajemen elektrolit/cairan</p> <p>3.1 Pantau kadar elektrolit yang abnormal, seperti yang tersedia</p> <p>3.2 Pantau adanya tanda dan gejala overhidrasi yang memburuk atau dehidrasi.</p> <p>3.3 Timbang berat badan harian dan pantau gejala.</p> <p>3.4 Berikan cairan yang sesuai</p> <p>3.5 Tingkatkan <i>intake/asupan</i> cairan per oral yang sesuai</p> <p>3.6 Pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan</p> <p>3.7 Monitor tanda-tanda vital , yang sesuai.</p> <p>3.8 Amati membran bukal psien sklera, dan kulit terhadap indikasi perubahan cairan dan keseimbangan elektrolit.</p> <p>3.9 Berikan suplemen elektrolit tambahan yang diresepkan.</p> <p>3.10 Monitor kehilangan cairan (misalnya, pendarahan, muntah, diare, keringat dan takipnea)</p> <p>3.11 Lakukan tindakan-tindakan untuk mengistirahatkan saluran cerna, jika sesuai.</p>
--	--	---	---

		<p>skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>2. Denyut nadi radial. Dipertahankan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>3. Frekuensi pernafasan. Dipertahankan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Deviasi berat dari kisaran normal 2= Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal 3= Deviasi sedang dari kisaran normal 4= Deviasi ringan dari kisaran normal 5= Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p>	
4	Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler	<p>NOC: Status Pernafasan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan gangguan pertukaran gas pasien teratasi, dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan otot bantu nafas. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Retraksi dinding dada. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Sianosis. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Dispneu saat istirahat. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Akumulasi sputum. Dipertahankan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Suara nafas tambahan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 7. Pernafasan cuping hidung. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 8. Batuk. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Sangat berat 2= Berat 3= Cukup 4= Ringan 5= Tidak ada</p>	<p>NIC : 1. Manajemen Jalan Nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 1.2 Identifikasi kebutuhan aktual/potensial pasien untuk memasukkan alat membuka jalan nafas. 1.3 Memasukkan <i>nasopharyngeal airway</i> (NPA) atau <i>oropharyngeal airway</i> (OPA), sebagaimana mestinya. 1.4 Lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya. 1.5 Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir. 1.6 Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk. 1.7 Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. 1.8 Bantu dengan spirometer, sebagaimana mestinya. 1.9 Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan. 1.10 Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya. 1.11 Kelola bronkodilator, sebagaimana mestinya. 1.12 Ajarkan pasien bagaimana menggunakan inhaler sesuai resep, sebagaimana mestinya. 1.13 Kelola penggunaan aerosol,

			<p>sebagaimana mestinya.</p> <p>1.14 Kelola nebulizer ultrasonik, sebagaimana mestinya.</p> <p>1.15 Kelola udara atau oksigen yang dilembapkan, sebagaimana mestinya.</p> <p>1.16 Ambil benda asing dengan forsep McGill, sebagaimana mestinya.</p> <p>1.17 Regulasi asupan cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan.</p> <p>1.18 Posisikan untuk meringankan sesak nafas.</p> <p>1.19 Monitor status pernafsan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya.</p>
5	Resiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan sirkulasi	<p>Integritas Jaringan Kulit & Membran Mukosa</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan kerusakan integritas kulit tidak terjadi dari skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pigmentasi abnormal. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Lesi pada kulit. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Lesi mukosa membran. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Jaringan perut. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Kanker kulit. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Pengelupasan kulit. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 7. Penebalan kulit. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 8. Eritema. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 9. Wajah pucat. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 10. Nekrosis. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 11. Pengerasan (kulit). Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke 	<p>1. Pengecekan Kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Periksa kulit dengan selput lendir terkait dengan adanya kemerahan, kehangatan ekstrim, edema, atau drainase 1.2 Amati warna, kehangatan, bengkak, pulsasi, tekstur, edema dan ulserasi pada ekstremitas 1.3 Periksa kondisi luka operasi, dengan tepat 1.4 Gunakan alat pengkajian untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami kerusakan kulit (misalnya, skala braden) 1.5 Monitor warna dan suhu kulit 1.6 Monitor kulit dan selaput lendir terhadap area perubahan warna, memar, dan pecah 1.7 Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet 1.8 Monitor kulit untuk adanya kekeringan yang berlebihan dan kelembaban 1.9 Monitor sumber tekanan dan gesekan 1.10 Monitor infeksi, terutama dari daerah edema 1.11 Periksa pakaian yang terlalu ketat 1.12 Dokumentasikan perubahan membran mukosa 1.13 Lakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan lebih lanjut (misalnya, melapisi kasur, menjadwalkan reposisi).

		<p>skala</p> <p>12. Abrasi kornea. Dipertahan pada skala ... ,ditingkatkan ke skala</p> <p><i>Keterangan skala indikator:</i></p> <p>1= Berat 2= Cukup berat 3= Sedang 4= Ringan 5= Tidak ada</p>	<p>2. Perawatan Kulit: Pengobatan Topikal</p> <p>2.1 Bersihkan dengan sabun anti bakteri, dengan tepat</p> <p>2.2 Pakaikan popok yang longgar, dengan tepat</p> <p>2.3 Jaga alas kasur tetap bersih,kering dan bebas kerut</p> <p>2.4 Berikan antibiotik topikal untuk daerah yang terkena, dengan tepat</p> <p>2.5 Berikan anti inflamasi topikal untuk daerah yang terkena, dengan tepat</p> <p>2.6 Berikan bedak kering kedalam lipatan kulit</p>
6	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan diet kurang	<p>Status nutrisi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh pasien teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan gizi. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Asupan makan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Asupan cairan. Denyut nadi radial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Energi. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Rasio berat badan/ tinggi badan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Hidrasi. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala <p><i>Keterangan skala indikator:</i></p> <p>1= Sangat menyimpang dari rentang normal 2= Banyak menyimpang dari rentang normal 3= Cukup menyimpang dari rentang normal 4= Sedikit menyimpang dari rentang</p>	<p>1. Terapi nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Lengkapi pengkajian nutrisi, sesuai kebutuhan. 1.2 Monitor instruksi diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (pasien) per hari, sesuai kebutuhan. 1.3 Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan berkolaborasi bersama ahli gizi, sesuai kebutuhan. 1.4 Kaji preferensi makanan yang sesuai dengan budaya dan agama (pasien). 1.5 Pilih suplemen nutrisi sesuai kebutuhan. 1.6 Dorong pasien untuk memilih makanan setengah lunak, jika pasien mengalami kesulitan menelan karena menurunnya jumlah saliva. 1.7 Motivasi pasien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi kalsium, sesuai kebutuhan. 1.8 Motivasi pasien untuk mengkonsumsi makanan dan minuman yang tinggi kalium sesuai kebutuhan. 1.9 Pastikan bahwa dalam diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 1.10 Sediakan bagi (pasien) makanan dan minuman bernutrisi yang tinggi protein, tinggi kalori dan mudah dikonsumsi, sesuai

		<p>normal 5= Tidak menyimpang dari rentang normal</p> <p>Status nutrisi: Asupan Nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh pasien teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan kalori. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Asupan protein. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Asupan lemak. Denyut nadi radial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Asupan karbohidrat. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Asupan serat. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Asupan vitamin. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 7. Asupan mineral. Denyut nadi radial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 8. Asupan zat besi. Denyut nadi radial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 9. Asupan kalsium. Denyut nadi radial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 10. Asupan natrium. Denyut nadi radial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Tidak adekuat 2= Sedikit adekuat 3= Cukup adekuat 4= Sebagian besar adekuat 5= Sepenuhnya adekuat</p>	<p>kebutuhan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.11 Bantu pasien untuk memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam sesuai kebutuhan. 1.12 Berikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan. 1.13 Hentikan pemberian makan melalui selang makanan begitu pasien mampu mentoleransi asupan (makanan) melalui oral. 1.14 Berikan cairan hiperalimentasi sesuai kebutuhan. 1.15 Pastikan ketersediaan terapi diet progresif. 1.16 Berikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan. 1.17 Motivasi (pasien) untuk membawa makanan yang telah dimasak dari rumah sesuai kebutuhan. 1.18 Anjurkan untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa, sesuai kebutuhan. 1.19 Tawarkan herbal dan rempah sebagai pengganti garam. 1.20 Ciptakan lingkungan yang membuat suasana yang menyenangkan dan menenangkan. 1.21 Sajikan makanan dengan menarik, cara yang menyenangkan dengan mempertimbangkan warna, tekstur dan keragaman. 1.22 Berikan perawatan mulut sebelum makan sesuai kebutuhan. 1.23 Bantu pasien untuk duduk sebelum makan atau minum. 1.24 Monitor hasil laboratorium, yang sesuai. 1.25 Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang dianjurkan. 1.26 Rujuk untuk mendapatkan pendidikan kesehatan terkait diet dan perencanaan diet sesuai kebutuhan. 1.27 Berikan pasien dan keluarga contoh tertulis mengenai diet yang dianjurkan. <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor Nutrisi <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Timbang berat badan pasien. 2.2 Monitor pertumbuhan dan perkembangan. 2.3 Lakukan pengukuran antropometrik pada komposisi tubuh.
--	--	---	---

			<p>2.4 Monitor kecendrungan turun dan naiknya berat badan.</p> <p>2.5 Identifikasi perubahan berat badan terakhir.</p> <p>2.6 Tentukan banyaknya penambahan berat badan selama periode antepartum.</p> <p>2.7 Monitor turgor kulit dan mobilitas</p> <p>2.8 Identifikasi abnormalitas kulit</p> <p>2.9 Identifikasi (adanya) abnormalitas rambut</p> <p>2.10 Monitor adanya mual dan muntah</p> <p>2.11 Identifikasi abnormalitas eliminasi bowel.</p> <p>2.12 Monitor diet dan asupan kalori.</p> <p>2.13 Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktifitas akhir-akhir ini.</p> <p>2.14 Monitor tipe dan banyaknya latihan yang biasa dilakukan.</p> <p>2.15 Diskusikan peran dari aspek sosial dan emosi terkait dengan mengkonsumsi makanan.</p> <p>2.16 Tentukan pola makan.</p> <p>2.17 Monitor adanya (warna) pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering.</p> <p>2.18 Identifikasi (adanya) ketidaknormalan kuku (misalnya, bentuk cembung, retak, terpisah, pecah, rapuh, dan kaku)</p> <p>2.19 Lakukan evaluasi (kemampuan) menelan</p> <p>2.20 Identifikasi adanya ketidaknormalan dalam rongga mulut.</p> <p>2.21 Monitor status mental (misalnya, bingung, depresi, cemas)</p> <p>2.22 Identifikasi abnormalitas (yang ada) dalam sistem muskuloskeletal (misalnya, atrofi otot, nyeri sendi, patah tulang, dan postur yang buruk)</p> <p>2.23 Lakukan pemeriksaan laboratorium, monitor hasilnya (misalnya, kolesterol, serum albumin, transferin, prealbumin, nitrogen urin selama 24 jam, BUN, kreatinin, Hb, Ht, imunitas selular, hitung limfosit total, dan nilai elektrolit).</p> <p>2.24 Tentukan rekomendasi energi (misalnya, <i>recommended dietary</i>) berdasarkan faktor pasien (misalnya, umur, berat badan, tinggi badan, dan tingkat</p>
--	--	--	---

			<p>aktivitas-aktivitas fisik)</p> <p>2.25 Tentukan faktor-faktor yang mempengaruhi asupan nutrisi (misalnya, pengetahuan, ketersediaan dan kemudahan memperoleh produk-produk makanan yang berkualitas; pengaruh agama dan budaya; gender; kemampuan menyiapkan makanan; isolasi sosial; hospitalisasi; mengunyah tidak adekuat; gangguan menelan; penyakit periodontal; gigi yang buruk; penurunan dalam merasakan makanan; penggunaan obat; dan status penyakit atau setelah pembedahan).</p> <p>2.26 Tinjau ulang sumber lain terkait data status nutrisi (misalnya, diari makanan pasien dan catatan tertulis)</p> <p>2.27 Mulai tindakan atau berikan rujukan, sesuai kebutuhan.</p>
7.	Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan edema serebri	<p>Perfusi Jaringan Serebral</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan masalah keperawatan risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak tidak menjadi actual dengan skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intrakranial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Tekanan darah. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala ... 3. Nilai rata-rata tekanan darah (MAP). Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala <p><i>Keterangan skala indikator:</i></p> <p>1= Deviasi berat dari kisaran normal 2= Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal 3= Deviasi sedang dari kisaran normal 4= Deviasi ringan dari kisaran normal 5= Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> <p>1. Sakit kepala</p>	<p>1. Pencegahan Kejang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Jaga alat suction berada disisi tempat tidur 1.2 Jaga Ambu bag berada disisi tempat tidur 1.3 Jaga jalan napas oral atau nasopharyngeal berada disisi tempat tidur 1.4 Sediakan tempat tidur yang rendah dengan tepat <p>2. Monitor Neurologi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Pantau ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan dan reaktivitas 2.2 Monitor tingkat kesadaran 2.3 Monitor kecenderungan skala koma Glasgow(GCS) 2.4 Monitor respon babinski 2.5 Monitor status pernafasan <p>3. Terapi Oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Bersihkan mulut, hidung dan sekresi trakea dengan tepat 3.2 Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan 3.3 Monitor aliran oksigen 3.4 Monitor efektivitas terapi oksigen (misalnya, tekanan oksimetri,ABGs) dengan tepat.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Bruit karotis 3. Kegelisahan 4. Agitasi 5. Muntah 6. Cegukan 7. Keadaan pingsan 8. Demam 9. Kelemahan <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Berat 2= Cukup berat 3= Sedang 4= Ringaan 5= Tidak ada</p> <p>Status Neurologi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan masalah keperawatan risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak tidak menjadi actual dengan skala (1,2,3,4,5) dan dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Fungsi sensorik dan motorik. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Ukuran pupil. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Reaktivitas pupil. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Hipertermia. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Orientasi kognitif. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 7. Status kognitif. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Sangat terganggu 2= Banyak terganggu 3= Cukup terganggu 4= Sedikit terganggu 5= Tidak terganggu</p>	<p>4. Manajemen kejang</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Pertahankan jalan nafas 4.2 Longgarkan pakaian 4.3 Berikan oksigen dengan benar 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.5 Monitor status neurologi 4.6 Berikan obat anti kejang dengan benar 4.7 Catat lama dan karakteristik kejang (misalnya, keterlibatan anggota tubuh, aktivitas motorik, dan kejang progresif) 4.8 Pasang IV line dengan benar
--	--	---	---

		<p>8. Aktivitas kejang. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala ...</p> <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Sangat berat 2= Berat 3= Cukup 4= Ringan 5= Tidak ada</p>	
8.	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis	<p>Kontrol Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenali kapan nyeri terjadi. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Menggambarkan faktor penyebab. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Menggunakan jurnal harian untuk memonitor gejala dari waktu ke waktu. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Menggunakan tindakan pencegahan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Menggunakan analgesik yang direkomendasikan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 7. Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 8. Melaporkan nyeri yang terkontrol. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 9. Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 	<p>1. Pemberian analgesik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien. 1.2 Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan. 1.3 Cek adanya riwayat alergi obat. 1.4 Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan. 1.5 Tentukan pilihan obat analgesik (narkotik, non narkotik, atau NSAID), berdasarkan tipe dan keparahan nyeri. 1.6 Tentukan analgesik sebelumnya, rute pemberian, dan dosis untuk mencapai hasil pengurangan nyeri yang optimal. 1.7 Pilih rute IV dari pada rute IM, untuk injeksi pengobatan nyeri yang sering, jika memungkinkan. 1.8 Monitor tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesik narkotik pada pemberian dosis pertama kali atau jika ditemukan tanda-tanda yang tidak biasa. 1.9 Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang hebat. 1.10 Evaluasi keefektifan analgesik dengan interval yang teratur pada setiap setelah pemberian pertama kali, juga observasi adanya tanda dan gejala efek samping (misalnya, depresi pernafasan, mual dan muntah, mulut kering dan konstipasi).

		<p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Tidak pernah menunjukkan 2= Jarang menunjukkan 3= Kadang-kadang menunjukkan 4= Sering menunjukkan 5= Secara konsisten menunjukkan</p> <p>Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Mengerang dan menangis. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 3. Ekspresi nyeri wajah. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 4. Berkeringat berlebihan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 5. Kehilangan nafsu makan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 6. Iritabilitas. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 7. Agitasi. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 8. Tidak bisa beristirahat. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Berat 2= Cukup berat 3= Sedang 4= Ringan 5= Tidak ada</p> <p>Tanda-tanda vital Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... X ... jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala 2. Denyut jantung apikal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.11 Kolaborasi dengan dokter apakah obat, dosis, rute pemberian, atau perubahan interval dibutuhkan, buat rekomendasi khusus berdasarkan prinsip analgesik. 1.12 Lakukan tindakan-tindakan untuk menurunkan efek samping analgesik (misalnya, konstipasi dan iritasi lambung). 1.13 Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping. <p>2. Manajemen Lingkungan: Kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Hindari gangguan yang tidak perlu dan berikan waktu untuk istirahat. 2.2 Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung. 2.3 Sediakan lingkungan yang aman dan bersih. 2.4 Pertimbangkan sumber-sumber ketidaknyamanan, seperti balutan yang lembab, posisi selang, balutan yang tertekan, seprei yang kusut, maupun lingkungan yang mengganggu. 2.5 Sesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu, jika memungkinkan. 2.6 Posisikan pasien untuk memfasilitasi kenyamanan (misalnya, gunakan prinsip-prinsip keselarasan tubuh, sokong dengan bantal, sokong sendi selama pergerakan, belat sayatan, dan imobilisasi bagian tubuh yang nyeri). <p>3. Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. 3.2 Observasi adanya petunjuk
--	--	---	---

		<p>Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>3. Irama jantung apikal. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>4. Denyut nadi radial. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>5. Tingkat pernafasan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>6. Irama pernafasan. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>7. Tekanan darah sistolik. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>8. Tekanan darah diastolik. Dipertahan pada skala ... , ditingkatkan ke skala</p> <p>9. Tekanan nadi. Dipertahankan pada skala ..., ditingkatkan ke skala</p> <p>10. Kedalaman inspirasi. Dipertahankan pada skala ..., ditingkatkan ke skala</p> <p><i>Keterangan skala indikator:</i> 1= Deviasi berat dari kisaran normal 2= Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal 3= Deviasi sedang dari kisaran normal 4= Deviasi ringan dari kisaran normal 5= Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p>	<p>nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif.</p> <p>3.3 Gunakan strategi komunikasi yang terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.</p> <p>3.4 Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>3.5 Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri.</p> <p>3.6 Evaluasi pengalaman nyeri di masa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga atau nyeri yang menyebabkan <i>disability</i>/ketidakmampuan/kecacatan, dengan tepat.</p> <p>3.7 Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lainnya, mengenai efektifitas tindakan pengontrolan nyeri yang pernah digunakan sebelumnya.</p> <p>3.8 Bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan.</p> <p>3.9 Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, suara bising).</p> <p>3.10 Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya, ketakutan, kelelahan, keadaan monoton, dan kurang pengetahuan).</p> <p>3.11 Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri, sesuai kebutuhan.</p> <p>3.12 Pertimbangkan tipe dan sumber nyeri ketika memilih strategi penuruann nyeri.</p> <p>3.13 Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi (seperti,</p>
--	--	--	--

			<p>biofeed-back, TENS, hypnosis, relaksasi, bimbingan antisipatif, terapi musik, terapi bermain, terapi aktivitas, skupressure, aplikasi panas/dingin dan pijatan, sebelum, sesudah dan jika memungkinkan, ketika melakukan aktivitas yang menimbulkan nyeri; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersamaan dengan tindakan penurunan rasa nyeri lainnya)</p> <p>3.14 Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan.</p> <p>3.15 Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.</p> <p>3.16 Gunakan pendekatan multi disiplin untuk manajemen nyeri, jika sesuai.</p> <p>3.17 Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik.</p> <p>4. Monitor Tanda-Tanda Vital</p> <p>4.1 Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan dengan tepat.</p> <p>4.2 Monitor tekanan darah setelah pasien minum obat jika memungkinkan.</p> <p>4.3 Monitor keberadaan dan kualitas nadi.</p> <p>4.4 Monitor tekanan nadi yang melebar atau menyempit.</p> <p>4.5 Monitor irama dan tekanan jantung.</p> <p>4.6 Monitor irama dan laju pernafasan (misalnya, kedalaman dan kesimetrisan)</p> <p>4.7 Monitor suara paru-paru.</p> <p>4.8 Monitor oksimetri nadi.</p> <p>4.9 Monitor pola pernafasan abnormal (misalnya, cheyne-stokes, kussmaul, biot, apneustic, ataksia, dan bernafas berlebihan).</p> <p>4.10 Monitor sianosis sentral dan perifer.</p> <p>4.11 Identifikasi kemungkinan penyebab perubahan</p>
--	--	--	--

			tanda-tanda vital.
--	--	--	--------------------

Tabel 2.2
Intervensi Inovasi

No	Diagnosa	Intervensi Inovasi	Intervensi
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan	Posisi lateral kiri elevasi kepala 30°	<ul style="list-style-type: none"> a. Membaca status klien b. Mengkaji keadaan klien c. Mengkaji kebutuhan klien akan posisi lateral d. Mengkaji saturasi oksigen pasien sebelum tindakan e. Menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai : pola napas tidak efektif f. Berikan salam, perkenalkan diri dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien dengan cermat g. Jelaskan prosedur pada klien dan berikan kesempatan kepada klien atau keluarga klien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan. h. Siapkan peralatan yang diperlukan i. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan. j. Posisikan klien supinasi di tengah tempat tidur k. Gulingkan klien hingga posisi miring kiri l. letakkan bantal dibawah kepala dan leher klien m. Fleksikan bahu bawah dan posisikan ke depan sehingga tubuh tidak menopang pada bahu tersebut n. Letakkan bantal guling di belakang punggung klien untuk menstabilkan posisi o. Rapikan alat dan klien p. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan q. Setelah 30 menit nilai saturasi oksigen r. Dokumentasikan hasil tindakan s. Berpamitan dengan klien

6. Tindakan Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen interdependen.

c. Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

7. Evaluasi Keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat

dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria yang telah disusun
- b. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya di dokumentasikan dalam dokumentasi keperawatan.
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan / kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

8. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang, tujuan dalam pendokumentasian (Potter, 2010), yaitu :

a. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan pasien termasuk perawatan individual, edukasi pasien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

b. Tagihan financial

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauh mana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (reimburse) atas pelayanan yang diberikan.

c. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan pasien.

d. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

e. Pemantauan

Pemantauan merupakan tinjauan teratur tentang informasi pada catatan pasien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan.

f. Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan kepada pasien.

g. Riset

Pada hal ini perawat dapat menggunakan catatan-catatan pasien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu.

C. Konsep intervensi inovasi posisi lateral kiri elevasi kepala 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen.

1. Pengertian

Posisi lateral kiri dapat meningkatkan ventilasi dimana anatomi jantung berada pada sebelah kiri diantara bagian atas dan bawah paru membuat tekanan paru meningkat, tekanan arteri di apex lebih rendah daripada bagian basal paru. Tekanan arteri yang rendah menyebabkan penurunan aliran darah pada kapiler di bawah apex, sementara kapiler di bagian basal mengalami distensi dan aliran darahnya bertambah. Efek gravitasi mempengaruhi ventilasi dan aliran darah dimana aliran darah dan meningkat di bagian basal paru. Pada posisi ini aliran darah ke paru bagian bawah menerima 60-65% dari total aliran darah ke paru (Gullo, 2008). Posisi lateral kiri elevasi kepala 30° adalah posisi badan miring ke sebelah kiri dengan menaikkan kepala 30°

2. Tujuan

- a) Meningkatkan saturasi oksigen
- b) Mengurangi angka kematian pada bayi dengan pneumonia

3. Pelaksanaan

a. Alat dan Bahan

- 1) Monitor
- 2) Pulse Oksimetri
- 3) Sarung tangan

b. Prosedur

- 1) Berikan salam, perkenalkan diri dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien dengan cermat
- 2) Jelaskan prosedur pada klien dan berikan kesempatan kepada klien atau keluarga klien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan.
- 3) Siapkan peralatan yang diperlukan
- 4) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan.
- 5) Catat dan monitor TTV pasien di layar monitor
- 6) Lihat KU pasien
- 7) Suction lendir bila ada
- 8) Catat dan monitor pasien pada layar monitor
- 9) Posisikan klien dengan posisi lateral dengan kepala elevasi 30°
- 10) Kaji
 - a) Sianosis.

b) Suhu tubuh

c) Saturasi oksigen

d) Adanya sekret

- 11) Catat hasil dan dokumentasikan
- 12) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

BAB 3 LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian	72
1. IdentitasKlien	72
2. IdentitasOrangtua	72
3. KeluhanUtama.....	72
4. Data Khusus	73
5. <i>Secondary Survey</i>	73
6. PemeriksaanPenunjang	75
7. Terapi	76
8. Genogram	77
B. Analisa Data.....	78
C. Diagnosa Keperawatan.....	79
D. Intervensi Keperawatan.....	80
E. Intervensi Inovasi	85
F. ImplementasiKeperawatan.....	86
G. Evaluasi Keperawatan.....	90

BAB 4 ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik	98
B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait Dan Konsep Kasus Terkait.....	98
C. Analisis Salah SatuIntervensi dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.....	102
D. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan	104

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pada analisa hasil analisis praktik klinik keperawatan pada By. Ny. S, dengan Pneumonia ditemukan lima diagnosa yaitu 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, 3) Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dengan faktor resiko edema serebri, 4) Resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasif, 5) Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan), fungsi peran dan lingkungan. Pada kelima diagnosa tersebut penulis melakukan intervensi dan implementasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Pada hasil evaluasi menunjukkan bahwa pada diagnosa pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif dan resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif teratasi sebagian dan pada diagnosa resiko infeksi tidak terjadi, dan pada diagnosa kecemasan permasalahan teratasi.
2. Pada hasil analisa intervensi posisi lateral kiri elevasi kepala 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen pada By. Ny. S, dengan Pneumonia menunjukkan hasil yang signifikan, dimana terjadi peningkatan saturasi oksigen. Hal ini dibuktikan dengan pada saat pengkajian pasien menggunakan O2 simple mask 8 liter/menit dan ketika posisi supinasi saturasi oksigen 93% sedangkan pada saat posisi lateral kiri elevasi kepala

30° saturasi oksigen meningkat menjadi 96%. Setelah dilakukan tindakan inovasi posisi lateral kiri elevasi kepala 30° pada pasien Pneumonia selama 3 (tiga) hari perawatan menunjukkan terjadi peningkatan level saturasi oksigen hingga 99% dan berdampak pada pasien yang tadinya menggunakan simple mask 8 liter/menit menjadi 6 liter/menit..

B. Saran

Dalam analisis ini ada beberapa saran yang disampaikan yang kiranya dapat bermanfaat dalam pelayanan keperawatan khususnya penatalaksanaan manfaat posisi lateral kiri elevasi kepala 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen pada bayi Pneumonia di ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai berikut :

1) Bidang keperawatan

Bidang keperawatan hendaknya dapat menjadi pioner program adanya terapi modalitas dengan memberikan banyak referensi pelatihan terkait hal ini.

2) Bidang Diklit

Bidang diklit hendaknya memberikan kesempatan kepada perawat untuk dapat melakukan banyak penelitian tentang terapi modalitas dan membuat kumpulan SOP terkait hal ini.

3) Perawat

Perawat hendaknya inovatif dengan meningkatkan kapasitas dirinya dengan berinovasi pada terapi modalitas dan tidak terpaku pada tindakan advis medis saja

4) Orang Tua Pasien

Orang tua hendaknya mendapat informasi tambahan tentang manfaat dan efek dari posisi lateral kiri elevasi kepala 30° untuk meningkatkan level saturasi oksigen pada bayi Pneumonia di ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

5) Institusi Pendidikan

Hasil analisis praktik keperawatan ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi bagi para mahasiswa untuk lebih memahami tentang manfaat atau efek dari posisi lateral kiri elevasi kepala 30° untuk meningkatkan level saturasi oksigen pada bayi Pneumonia di ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, Dian, 2011. *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bennete. M. J.(2013). *Pediatric Pneumonia*. [http : www//emedicine.Medscape.com/article/67822-overview](http://www//emedicine.Medscape.com/article/67822-overview).
- Glanville, D dan Hewitt, N. 2009. *Lateral Position for crically patient Adult (protocol)*. *Deakin research Online*.
- Karmiza, et al,. (2014) *Posisi Lateral Kiri Elevasi Kepala 30o Derajat Terhadap Nilai Tekanan Parsial Pada Pasien Dengan Ventilasi Mekanik*.
- Kozier. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta. EGC
- Mahvar, T., et al. (2012). *The Effect of Positioning After Coronary Artery Bypass Graff*. *Life Science Journal*, 9
- Menerez, Fernanda de Souza, at al. (2012). *Malnutrition as An Independent Predictor Of Clinical Outcome In Critically Ill Children*. *Journal of Nutrition* 28 (2012)
- NANDA International (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017* .Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Profil Kesehatan Indonesia (2013).
- Raof (2009). *Manual Critical care. United State of America*
- Setiyawan. (2016). *Mean Arterial Non Invasive Blood Pressure (MAP-Position Dalam Perawatan Intensif: StudiLiterature. Universty Research Colloquium*. 2016; 3
- Wong, (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong*. Alih bahasa : Agus Sutarna, Neti. Juniarti, H.Y. Kuncoro. Editor edisi bahasa Indonesia : Egi Komara Yudha [et al.]. Edisi 6. Jakarta : EGC
- World Health Organization (2018). *World pneumonia Day 2018*