



**ASUHAN KEPERAWATAN PNEUMONIA PADA AN. D DAN
AN. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN
NAPAS DI RUANG BOUGENVILE
RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**MUHAMMAD DAFID ALFARIZY
NIM 152303101145**

**PROGAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PNEUMONIA PADA AN. D DAN
AN.S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN
NAPAS DI RUANG BOUGENVILE
RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
dan memenuhi gelar Ahli madya Keperawatan*

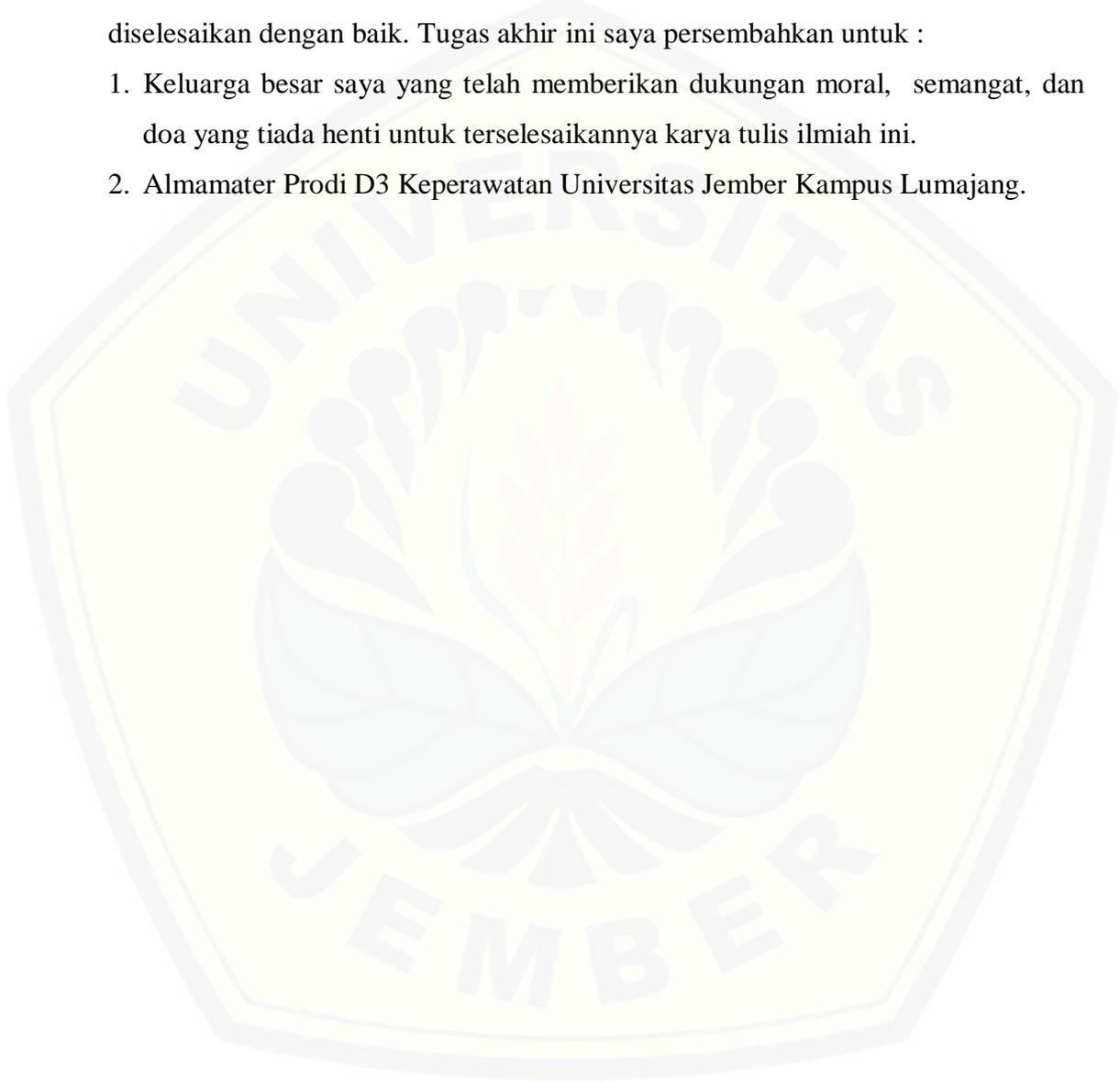
Oleh
MUHAMMAD DAFID ALFARIZY
NIM 152303101145

**PROGAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
2018**

PERSEMBAHAN

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Tugas akhir ini saya persembahkan untuk :

1. Keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan moral, semangat, dan doa yang tiada henti untuk terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
2. Almamater Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.



MOTTO

“Berserah dirilah, pasrahlah hanya kepada Allah semata, maka Allah akan mencintai kita.”

(Terjemah *QS Al-Imran* ayat 152)

“Barang siapa yang keluar dalam menuntut ilmu maka ia adalah seperti berperang di jalan Allah hinggang pulang.”

(H.R.Tirmidzi)

^{*}Departemen Agama Republik Indonesia. 1992. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: CV. Asy Syifa'.

^{*}Al-Asqalani, I.H. *Bulughul Maram*. Bandung: Diponegoro, 1996.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Muhammad Dafid Alfarizy

NIM : 152303101145

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan Pneumonia pada An. D dan An. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Bougenvile RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018” yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali dalam pengutipan substansi sumbernya saya tulis. Saya bertanggung jawab pada keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya tulis ilmiah saya adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa adanya penekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 12 Juli 2018

Yang menyatakan



Muhammad Dafid Alfarizy
NIM 152303101145

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PNEUMONIA PADA AN. D DAN
AN. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN
NAPAS DI RUANG BOUGENVILE
RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh

**MUHAMMAD DAFID ALFARIZY
NIM 152303101145**

Pembimbing :

Dosen Pembimbing : Anggia Astuti, S.Kp.,M.Kep

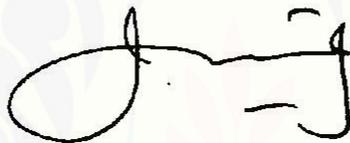
PENGESAHAN

Tugas akhir berjudul “Asuhan Keperawatan *Pneumonia* pada An. D dan An. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenvile RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” telah diperiksa dan disetujui

hari, tanggal : Selasa, 17 Juli 2018

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Ketua Tim Penguji



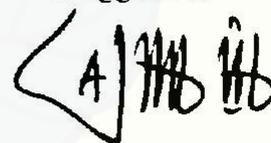
Indriana Noor I. S.Kep., Ners, M.Kep
NRP. 760017255

Anggota I



Rizeki Dwi F., S.Kep., Ners., M.Kep
NRP. 760017247

Anggota II



Anggia Astuti. S.Kp., M.Kep
NRP. 3426018401

Mengesahkan.
Koordinator Prodi
Keperawatan Universitas Jember



Nirul Hanti, S.Kep., Ners., MM
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Pneumonia pada An. D dan An. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenvile RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Muhammad Dafid Alfarizy, 152303101145; 81 halaman; Program Studi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Penyakit Pneumonia merupakan penyakit yang sering terjadi pada usia dibawah 5 tahun dimana kematian balita akibat pneumonia hampir 20 %. Pada anak dengan pneumonia sering terjadi masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas yang disebabkan akumulasi dahak atau lendir di alveoli. Anak usia dibawah 5 tahun tidak mampu untuk mengeluarkan dahak atau lendir secara mandiri dan anak lebih sering menelan sputum. Jika hal ini tidak segera ditangani akan menimbulkan sesak yang hebat sehingga menyebabkan kesulitan proses difusi antar oksigen dan pembuluh darah mengakibatkan tubuh akan mengalami kekurangan oksigen hingga berujung kematian.

Laporan kasus ini disusun untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pneumonia pada An. D dan An. S dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah WOD (wawancara, observasi, dan dokumentasi). Partisipan adalah dua anak-anak yang mengalami pneumonia yang memenuhi kriteria partisipan. Data yang didapat dari hasil pengkajian pada kedua anak mengalami keluhan panas disertai batuk berdahak dengan kurun waktu lebih dari 3 hari pada hasil pemeriksaan laboratorium leukosit di atas 10.000/cmm serta hasil foto *rontgen* menunjukkan gambaran infiltrat pada paru-paru dan pemangarah, pada anak 1 tidak mendapat imunisasi DPT sedangkan pada anak 2 tidak mendapat imunisasi campak. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah berikan terapi inhalasi dengan nebulizeer berikan dan ajarkan fisioterapi dada atau clapping kepada anak dan keluarga, dan berikan minum air hangat atau minum ASI, serta memberikan penyuluhan tentang pneumonia dan cara pencegahan dirumah seperti tidak membakar sampah didepan rumah, tidak merokok di dalam rumah, dan pola hidup bersih dan sehat, supaya bisa diterapkan di rumah.

Hasil yang di dapatkan setelah tiga hari perawatan diruangan, kedua anak mengalami perbaikan yang dibuktikan dengan tidak adanya keluhan sesak, irama pernapasan dalam batas normal (28-40x/menit), tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, dan tidak terdapat suara ronkhi di laprang paru.

Pemberian fisioterapi dada atau clapping lebih efektif diberikan pada anak usia balita karena dapat menurunkan sesak nafas, meningkatkan ekspansi sangkar thoraks, dan mengurangi sputum pada saluran pernapasan. Oleh karena itu, bagi perawat di ruang anak diharapkan untuk melakukan asuhan keperawatan pneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan standart operasional sesuai kondisi pasien dengan menerapkan terapi fisioterapi dada sebagai tindakan mandiri keperawatan. Bagi peneliti lebih lanjut diharapkan dapat melakukan fisioterapi dada atau clapping lebih dari 2 kali dalam 1 hari dengan frekuensi waktu lebih dari 10 menit pada anak pneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

SUMMARY

Nursing Care on Patients of Pneumonia An. D and An. S under Nursing Problem of Airway Clearance Ineffectiveness in Bougainville Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 20188; Muhammad Dafid Alfarizy, 152303101145; 82 pages; Diploma Program of Nursery; University of Jember Lumajang.

Pneumonia is a disease that is frequently found in the age of children less than five years where death becomes its worst impact in certainly 20%. On the children who suffer pneumonia, they have ineffectiveness of airway clearance because of excessive accumulation of sputum or mucous within alveoli. The children are not able to expel the sputum or mucous independently, since they often swallow the sputum. If this problem is not solved soon, it would cause to the asphyxia that intrude the process of diffusion between oxygen and blood vessel that might impact to the body of patient to acquire less oxygen and end to death.

This case report aims to explore the nursing care of pneumonia patients on An. D and An. S under the nursing problem of ineffectiveness of airway clearance. The method used in the research data collection is interview, observation, and documentation. The participant of research involves two children who suffer pneumonia which have been matched to the criteria of this research participant. From the data findings and discussion on the children, they complain to the body condition of fever and cough with phlegm for more than three days, it is seen and checked from the result of medical check-up that the leukocyte is above 10.000/cm and the result of X-ray which indicates the infiltrate on the patient's pulmonary. The first child is identified as not having immunization of DPT while the second child is not obtaining immunization of measles. In this case, it needs to provide nursing intervention as to give inhalation therapy by nebulizer, to train the patient and family chest physiotherapy or clapping, and to suggest drinking of warm water or ASI, to counsel some information related the pneumonia and prevention from home like to avoid burning the rubbish in front of home, to avoid smoking inside home, to have clean and healthy life atmosphere, and to accustom these preventions from home.

After three days of indoor nursing care on the patients of pneumonia, it is found some improvement of recovery, for instance less complain on asphyxia, normal rhythm of breathing (28-40x/minute), no use of respiratory aids muscle, and no hard voice in lung.

The chest physiotherapy or clapping is regarded as more effective treatment for the children, since it is able to decrease the asphyxia, to improve expansion of thorax frame, and to lessen the production of sputum on the respiratory tract. Therefore, the researcher suggests the nurse to be able to provide the nursing care on the patients of pneumonia who suffer the ineffectiveness of airway clearance according to the standard of nursing care and also operational standard based on the patient's condition by applying the therapy of chest physiotherapy as an independent nursing. Moreover, the researcher recommends to the next researchers to be able to conduct the chest physiotherapy or clapping in more than twice in a day with frequency time more than ten minutes on the children of pneumonia under the nursing problem of airway clearance ineffectiveness.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga tugas akhir yang berjudul “Asuhan keperawatan pada An. D dan An. S Pneumonia dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Bougenvile RSUD dr.Haryoto Lumajang” ini dapat terselesaikan dengan baik. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Drs.Moh. Hasan.,Msc,Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember.
2. Ibu Lantin Sulistyorini,M.Kep., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners.,MM selaku kooordinator Prodi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.
4. Ibu Rizeki Dwi Fibriansari, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing akademik dan penguji tugas akhir.
5. Ibu Anggia Astuti S.,Kp.,M.Kep selaku bombing Laporan Tugas Akhir.
6. Ibu Indriana Noor Istiqomah, S.Kep.,Ners.,M.Kep penguji tugas akhir.

Penulis menyadari dalam penyusunan tugas akhir karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang. Penulis juga berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Lumajang, 12 juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PEMBAHASAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Pendahuluan	1
1.1 Rumusan Masalah	3
1.2 Tujuan Penulisan	3
1.3 Manfaat Penulisan	3
1.4.1 Bagi Anak	3
1.4.2 Bagi Rumah Sakit dr. Haryoto Lumajang	3
1.4.3 Bagi Peneliti selanjutnya	4
1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan	4
BAB 2 TINJAUAN TEORI	5
2.1 Kosep Penyakit	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Klasifikasi Pneumonia.....	5
2.1.3 Etiologi	6
2.1.4 Patofisiologi	6
2.1.5 Manifestasi Klinis	9
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	9
2.1.7 Penatalaksanaan	9
2.2 Konsep Anak	11
2.2.1 Definisi Anak	11
2.2.2 Tumbuh Kembang Anak	11
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Pneumonia Dengan ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas	19
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	19
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	20
2.3.3 Intervensi Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas	21
2.3.4 Implementasi Keperawatan	23
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	24

BAB 3 METODE PENULISAN	25
3.1 Desain Penulisan	25
3.2 Batasan Istilah.....	25
3.3 Partisipan	26
3.4 Lokasi dan Waktu.....	26
3.5 Analisa Data	26
3.7 Etika Penulisan	27
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	29
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	29
4.2 Pengkajian.....	29
4.2.1 Identitas Anak	29
4.2.2 Riwayat Kesehatan.....	31
4.2.3 Riwayat Kehamilan	33
4.2.4 Riwayat perkembangan	34
4.2.5 Riwayat psikososial anak.....	35
4.2.6 Perubahan pola kesehatan	37
4.2.7 Pemeriksaan fisik	39
4.2.8 Hasil Pemeriksaan penunjang	41
4.2.9 Program dan rencana pengobatan	42
4.2.10 Analisa data	43
4.3 Diagnosa Keperawatan.....	45
4.4 Intervensi.....	46
4.5 Implementasi	49
4.6 Evaluasi	55
BAB 5 PENUTUP	58
5.1 Simpulan	58
5.2 Saran	60
DAFTAR PUSTAKA.....	61

DAFTAR TABEL

4.1 Identitas anak	29
4.2 Keluhan Utam	31
4.3 Riwayat kehamilan	33
4.4 Perkembangan tiap DDST	34
4.5 Riwayat psicososial anak	35
4.6 Perubahan Pola Kesehatan	37
4.7 Pemeriksaan Fisik	39
4.8 Pemeriksaan penunjang	41
4.9 Program Rencana Pengobatan	42
4.10 Analisa Data	43
4.11 Batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan napas menurut NANDA NIC NOC :	44
4.12 Diagnosa keperawatan	45
4.13 Intervensi	46
4.14 Implementasi Anak 1	49
4.15 Implementasi Anak 2	51
4.16 Evaluasi Anak 1	55
4.17 Evaluasi Anak 2	56

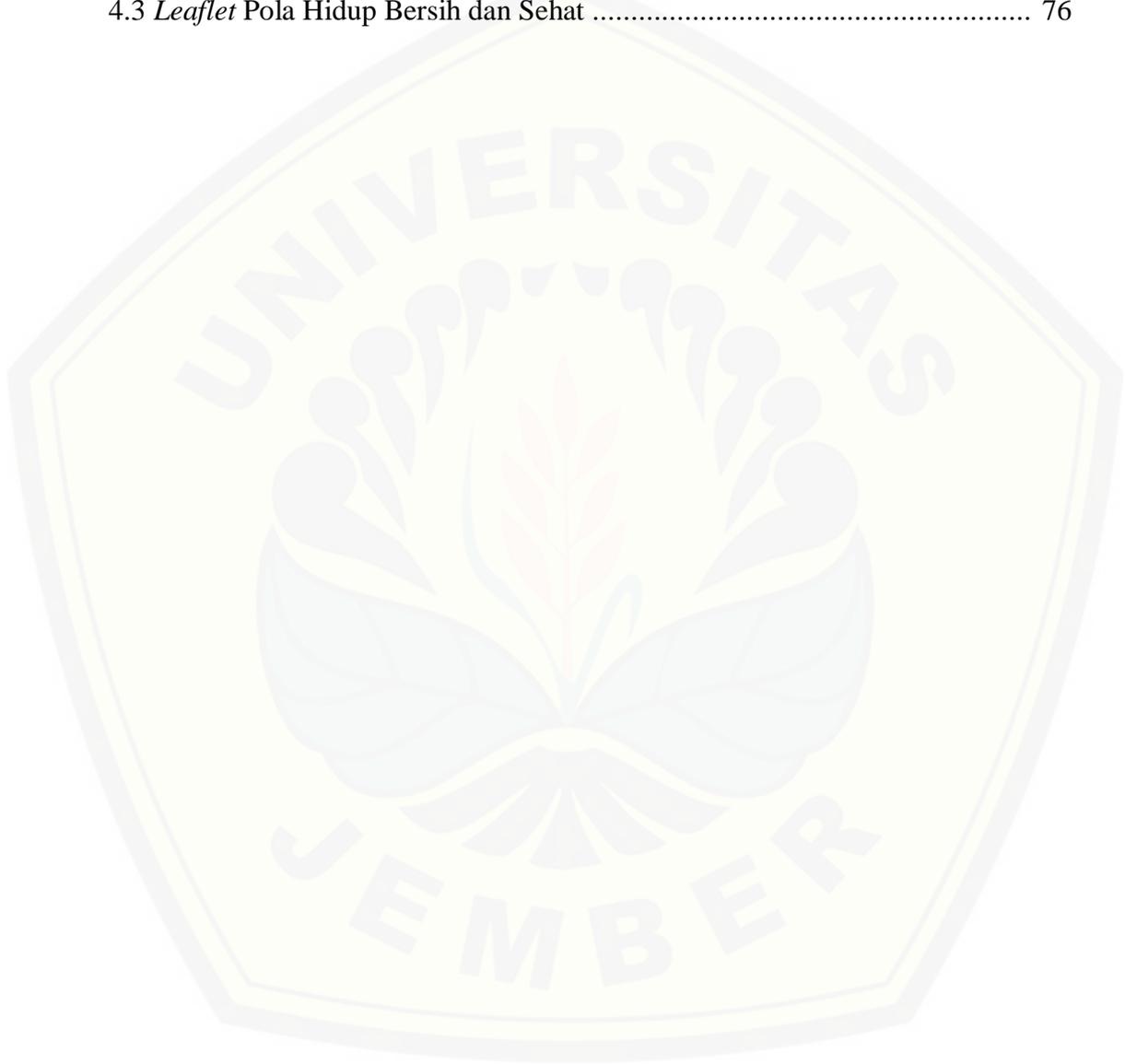
DAFTAR GAMBAR

2.1 Patofisiologi Pneumonia.....8



DAFTAR LAMPIRAN

3.1 Informen consent partisipan 1.....	64
3.2 Informed consent partisipan 2.....	65
3.3 Jadwal penulisan	66
3.4 Surat pengambilan data	67
3.5 Surat bakesbangpol	68
4.1 SAP pneumonia dan cara pencegahan dirumah.....	69
4.2 <i>Leaflet</i> Pneumonia.....	75
4.3 <i>Leaflet</i> Pola Hidup Bersih dan Sehat	76



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Pendahuluan

Masa balita merupakan masa pertama mengawali kehidupan, masa balita juga merupakan masa tumbuh kembang dimana balita bisa mulai mengenal berbagai hal, berbicara, mengenali semua benda yang ada disekitarnya, seperti halnya balita mudah memasukkan benda ke mulutnya tanpa mengetahui benda tersebut bersih dari kuman atau bakteri, sehingga dapat menyebabkan penyakit salah satunya pneumonia. Pneumonia merupakan salah satu penyakit yang menyebabkan kematian terbesar ke dua di Indonesia (Kementerian Kesehatan, 2015). Karena daya tahan tubuh balita rendah dan mudah terserang oleh bakteri, virus dan jamur, maka jika bakteri *pneumokokus*, *streptokokus* masuk saluran pernapasan akan mengakibatkan peradangan di dalam parenkim paru yang ditandai dengan gejala panas, batuk, hingga sesak napas, produksi sputum berlebih. Adanya peradangan di paru dan banyaknya produksi sputum di alveoli akan menyebabkan sesak napas (Ngastiyah, 2014).

Jika batuk dengan dahak tidak segera ditangani maka akan bertambah banyak sputum pada dinding alveoli satu ke alveoli lainnya. Pada anak usia balita tidak mampu untuk mengeluarkan sputum karena pada saat batuk sputum yang keluar akan ditelan kembali, jika sputum tidak bisa keluar maka akan bertambah banyak akumulasi sputum pada alveoli dan bronkus hal ini yang menyebabkan penyempitan pada jalan napas. Maka menjadi masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas untuk membersihkan sekret atau obstruksi saluran napas guna mempertahankan jalan napas yang bersih.

Pneumonia merupakan penyakit yang sering terjadi pada usia 1 sampai 5 tahun dan dapat terjadi pada anak laki-laki dan perempuan. (Athena, 2014) penyebab kematian terbesar balita Menurut WHO tahun 2005 menyatakan bahwa proporsi kematian balita karena saluran pernapasan di dunia adalah sebesar 19-26%. Pada tahun 2007 diperkirakan terdapat 1,8 juta kematian akibat pneumonia atau sekitar 20% dari total 9 juta kematian pada anak. (Sitohang, 2010). Angka kematian akibat pneumonia pada balita di Indonesia pada tahun 2016 sebesar

0,11%, akan tetapi kematian kelompok usia 1-4 tahun lebih tinggi sebesar 0,3% (Kemenkes, 2016). Berdasarkan profil kesehatan Provinsi Jawa Timur, jumlah kasus pneumonia balita tahun 2014 di Jawa Timur sebanyak 34.33 kasus (Dinkes, 2015). Di Kabupaten Lumajang pada tahun 2014 sebesar 45,2,% dengan jumlah kasus yang ditemukan sebanyak 3.458 kasus baik yang ditemukan di Puskesmas, sarana pelayanan kesehatan swasta maupun rumah sakit (Dinas kesehatan, 2014). Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang, pada bulan April didapatkan 127 anak yang mengalami pneumonia dari bulan Januari hingga awal April 2018.

Terjadinya pneumonia disebabkan karena bakteri, virus jamur, dan benda asing lainnya yang masuk ke dalam saluran pernapasan, karena mikroba yang masuk ke dalam paru melalui inhalasi dari udara, juga melalui aspirasi dari nasofaring atau orofaring, ataupun melalui penyebaran secara hematogen (R. Darmanto, 2016). Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran pernapasan masuk ke bronkiolus dan alveoli lalu menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema, mengakibatkan alveoli dan septa terpenuhi cairan edema sehingga kapiler alveoli menjadi melebar, paru tidak berisi udara tetapi terisi oleh cairan edema yang terinfeksi oleh bakteri dan virus. Pada keadaan ini bakteri pneumokokus dapat menyebar luas dari alveoli satu ke alveoli lain hingga menyebabkan penumpukan sputum di jalan napas dan mengakibatkan bersihan jalan napas tidak efektif (Muttaqin, 2008). Gejala awal yang ditemukan panas yang disertai dengan menggigil sampai sakit kepala dari gejala tersebut dapat menimbulkan batuk biasanya 3 sampai 4 minggu, batuk yang disertai lendir atau sekret, nyeri pada bagian dada, kesulitan untuk bernapas, menggunakan pernapasan cuping hidung, kebiruan (Lynn Betz & A. Sowden, 2009).

Pemberian tindakan untuk pencapaian keefektifan bersihan jalan napas berupa manajemen jalan napas, pengisapan jalan napas, pengaturan posisi, pemantauan pernapasan, (Judith, 2016). Adapun tindakan lain yang dapat dilakukan untuk pencapaian keefektifan bersihan jalan napas mengkaji fungsi pernapasan, bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman pernapasan, dan penggunaan otot bantu napas, memberikan posisi semi fowler atau fowler tinggi

untuk memudahkan pengeluaran sputum bila perlu lakukan fisioterapi dada untuk pengeluaran sputum (Muttaqin, 2008).

Dari beberapa uraian diatas maka peneliti sangat tertarik untuk mengeksplorasi lebih lanjut kasus ini untuk mengetahui asuhan keperawatan pada anak yang mengalami pneumonia di rumah sakit pada tahun 2018. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui bagaimana cara untuk menangani pneumonia dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan Pneumonia pada An. D dan An. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bembersihan Jalan Napas?

1.3 Tujuan Penulisan

Mengeksplorasi asuhan keperawatan Pneumonia pada An. D dan An. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bembersihan Jalan Napas di Ruang Bougenvile RS Haryoto Lumajang.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Anak

Hasil penelitian dapat membantu mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yang dihadapi anak serta keluarga mampu meningkatkan kesehatan pada anaknya.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit dr. Haryoto Lumajang

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi atau sumber informasi mengenai Asuhan Keperawatan Pneumonia Pada Anak Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Rumah Sakit dr. Haryoto Lumajang.

1.4.3 Bagi peneliti selanjutnya

diharapkan dapat melakukan fisioterapi dada atau clapping lebih dari 2 kali dalam 1 hari dengan frekuensi waktu lebih dari 10 menit pada anak pneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pelaksanaan asuhan keperawatan anak Pneumonia dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab Tinjauan Pustaka ini menjelaskan tentang landasan teori yang meliputi konsep penyakit pneumonia dan konsep asuhan keperawatan ketidakefektifan pembersihan jalan napas pada anak pneumonia.

2.1 Konsep Penyakit Pneumonia

2.1.1 Pengertian

Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsolidasi dan terjadi pengisapan rongga alveoli yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing (Muttaqin, 2008).

Pneumonia adalah peradangan paru dimana asinus tensi dengan cairan, dengan atau tanpa disertai infiltrasi sel radang ke dalam dinding alveol dan rongga interstisium (Ridha, 2014).

2.1.2 Klasifikasi Pneumonia

a. Community Acquired Acute Pneumonia

Jenis pneumoni ini dapat bersifat bacterial atau viral diantaranya:

1) Streptococcus pneumonia atau pneumococcus

Merupakan mikroorganisme yang paling sering ditemukan, diplokokus gram-positif berbentuk lanset di dalam neutrofil

2) Haemophilus influenzae

Merupakan bakteri pleomorfik, gram-negatif, berkapsul (enam serotype) atau tidak berkapsul (tidak bisa ditentukan tipenya) mikroorganisme ini menyebabkan infeksi saluran napas bawah dan meningitis yang bisa membawa kematian pada anak-anak dan merupakan penyebab umum pneumonia pada orang dewasa, khususnya mereka yang menderita COPD.

3) Moraxella catarrhalis

Menyebabkan pneumonia bacterial, khususnya pada manula, infeksi ini memperberat COPD dan merupakan penyebab umum otitis media pada anak-anak

4) Pneumonia *Staphylococcus aureus*

Sering menjadi komplikasi penyakit virus dan merupakan infeksi pada para pemakai obat intravena, infeksi oleh mikroorganisme ini mengakibatkan abses dan empiema.

b. *Klebsiella pneumoniae*

Merupakan penyebab paling umum pneumonia gram-negatif, infeksi ini mengenai orang-orang yang keadaan umumnya buruk khususnya pecandu alkohol kronik.

c. *Pseudomonas aeruginosa*

Sering ditemukan pada anak kistik dan neutropenia.

d. *Legionella pneumophila*

Infeksi oleh mikroorganisme ini menyebabkan pneumonia yang berat pada anak dengan gangguan imunitas (Richard, 2008).

2.1.3 Etiologi

Penyebab umum pneumonia pada anak adalah virus, walaupun sering juga disebabkan oleh bakteri. Bakteri yang sering menyerang penyakit ini adalah *staphylococcus aureus*, *streptococcus pneumoniae* untuk bakteri yang tergolong gram positif dan *Haemophilus Influenzae*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Mycobacterium Tuberculosis* untuk bakteri yang tergolong gram negatif sedangkan virus yang menyerang penyakit ini adalah *respiratorik syncytial* virus. Penyebab lain yang jarang terjadi adalah mykoplasma, aspirasi benda asing, dan jamur (Marni, 2014).

2.1.4 Patofisiologi

Pneumonia terjadi karena proliferasi patogen di dalam alveolus dan pejamu terhadap patogen tersebut. Mikroorganisme memperoleh akses ke seluruh saluran napas bawah melalui beberapa cara. Yang tersering adalah aspirasi dari orofaring. Aspirasi dalam jumlah sedikit sering terjadi sewaktu tidur (khususnya pada usia lanjut) dan pada anak dengan penurunan kesadaran. Banyak patogen terhirup sebagai percikan ludah yang tercemar. Meskipun jaringan pneumonia dapat terjadi melalui penyebaran hematogen atau perluasan perkontinuitatum dari infeksi di ruang pleura atau mediastinum.

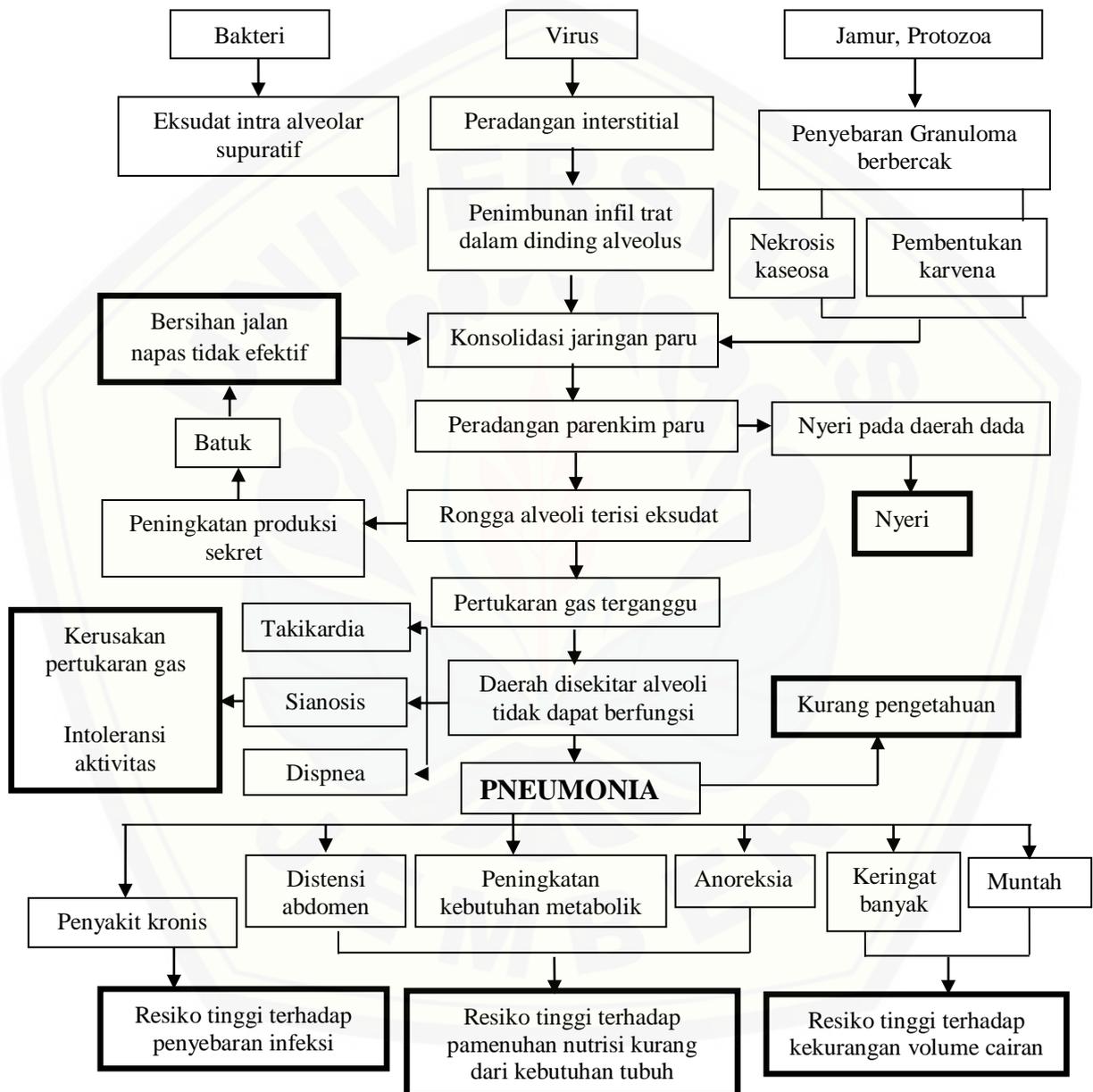
Faktor mekanis sangat penting bagi sistem pertahanan pejamu. Bulu hidung dan konka (turbinatus) di lubang hidung menangkap partikel-partikel besar

sebelum mereka mencapai saluran naps bawah. Arsitektur trakeobronkus yang bercabang-cabang seperti pohon memungkinkan penangkapan partikel dilapisan dalam saluran napas, tempat klirens mukosilia dan faktor antibakteri lokal dapat membersihkan atau memebunuh patogen potensial. Rrefleks muntah dan mekanisme batuk membersihkan perlindungan penting dari aspirasi. Selain itu, flora normal yang melekat ke sel mukosa orofaring, yang komponen-komponennya sangat konstan, mencegah risiko pneumonia akibat bakteri yang lebih virulen ini.

Jika pertahanan-pertahanan ini terkalahkan atau mikroorganisme cukup kecil untuk terhirup hingga ke alveolus, makrofag yang ada di alveolus akan secara efisien membersihkan atau mematikan patogen. Makrofag dibantu oleh protein lokal (misalnya protein surfaktan A dan D) yang memiliki efek opsonisasi intrinsik atau aktivitas antibakteri atau antivirus. Setelah ditelan oleh makrofag, patogen bahkan jika tidak mati dieliminasi melalui elevator mukosilia atau pembuluh limfe dan tidak lagi menjadi ancaman infeksi. Hanya jika kap[asitas makrofag alveolus untuk mencerna atau membunuh mikroorganisme terlampaui barulah muncul manifestasi klinis pneumonia. Pada situasi ini, makrofag alveolus memulai respons peradangan untuk memperkuat pertahanan saluran napas bawah. Respons peradangan pejamu, dan bukan proliferasi mikroorganisme, yang memicu sindrom klinis pneumonia. Pelepasan berbagai mediator peradangan. Mediator peradangan yang dikeluarkan oleh makrofag dan neutrofil yang baru datang menyebabkan kebocoran kapiler alveolus yang ekuivalen dengan yang terlihat pada sindrom distres pernapasan akut, meskipun pada pneumonia ini terbatas (paling tidak pada awalnya). Bahkan dapat menembus membran alveolus kapiler. Yang menyebabkan hemoptisis. Kebocoran kapiler dapat menyebabkan infiltrat pada foto rongen toraks dan ronki basah yang terdengar pada auskultasi, dan hipoksemia terjadi karena terisinya alveolus. Selain itu, sebagai patogen bakteri tampaknya mengganggu vasokonstriksi hipoksemik yang biasanya terjadi pada alveolus yang terisi cairan, dan gangguan ini dapat menyebabkan hipoksemia berat. Meningkatnya dorongan untuk bernapas pada sindrom respons inflamatorik sistemik menyebabkan alkalosis respiratorik. Berkurangnya komplians karena kebocoran kapiler, hipoksemia, meningkatnya

dorongan bernapas, meningkatnya sekresi dan bronkospasme terkait infeksi menyebabkan anak mengalami dispneu. Bila cukup berat, perubahan mekanika paru akibat berkurangnya volume dan kelenturan paru dan pirau darah intraparu dapat menyebabkan kematian anak. (Joseph, 2016)

Bagan Patofisiologi Pneumonia



Gambar 2.1 Patofisiologi Pneumonia (Nixson, 2016)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis didahului oleh gejala batuk, demam dengan suhu di atas 40°C, menggigil, dispnea, takipnea, pucat, tampilan kehitaman, atau sianosis (biasanya tanda lanjutan), melemah atau hilangnya suara napas, retraksi dinding toraks (interkostal, subkostal, diafragma, atau supraklavikula), napas cuping hidung, nyeri abdomen (disebabkan oleh iritasi diafragma oleh paru terinfeksi di dekatnya), batuk paroksimal mirip pertusis (sering terjadi pada ada yang lebih kecil). (Bezt, 2009) Pada pemeriksaan fisik, terlihat ekspansi dada tertinggal pada sisi yang terkena radang, terdapat bunyi redup pada perkusi, dan pada auskultasi terdengar napas bronkial disertai ronkhi. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan penurunan jumlah eritrosit hingga 30.000/ μ L pada infeksi bakteri, sedangkan infeksi yang disebabkan virus, peningkatan leukositnya tidak terlalu tinggi, bahkan ada yang menurun (R. Darmanto, 2016).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

- a. Sinar X mengiden tifikasi distribusi struktural, dapt juga menyatakan abses luas/infiltrat, empiema (stapilococcus) infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bakterial) atau penyebaran/perluasan infiltrasi nodul (virus). Pneumonia mikoplasma sinar X dada mungkin bersih.
- b. Pemeriksaan gram/kultur sputum dan darah diambil dengan biopsi jarum, aspirasi transtrakeal, bronkoskopifiberotik atau biopsi pembukaan paru untuk mengatasi organisme penyebab.
- c. Jumlah Darah Lengkap leukosit biasanya ada meski sel darah putih rendah terjadi pada infeksi virus, kondisi tekanan imun memungkinkan berkembangnya pneumonia bakterial.
- d. Pemeriksaan serologi titer virus atau legionella, aglutini dingin.
- f. Pemeriksaan fungsi paru volume mungkin menurun (kongesti dan kolaps alveolar), tekanan jalan napas mungkin meningkat dan komplain menurun, hipoksemia(Irman, 2012).

2.1.7 Penatalaksanaan

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

- a. Penisilin 50.000 U/kg/BB/Hari, ditambah dengan kloramfenikol 50 - 70 mg/kg/BB/hari atau diberikan antibiotik yang mempunyai spektrum luas seperti ampicilin. Pengobatan ini diteruskan sampai bebas demam 4-5 hari
- b. Pemberian oksigen dan cairan intravena, biasanya diperlukan campuran glukose 5% dan NaCl 0,9% dalam perbandingan 3:1 ditambah larutan KCl 10mEq/500 ml/botol infus.
- c. Karena sebagian besar anak jatuh kedalam asidosis metbolik akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan analisa gas darah arteri(Ngastiyah, 2014).

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Definisi anak

Anak merupakan dambaan setiap keluarga. Selain itu, setiap keluarga juga mengharapkan anaknya kelak bertumbuh kembang optimal (sehat fisik, mental/kognitif, dan sosial), dapat dibanggakan, serta berguna bagi nusa dan bangsa. Sebagai aset bangsa, anak harus mendapat perhatian sejak mereka masih di dalam kandungan sampai mereka menjadi manusia dewasa. Tumbuh kembang merupakan proses yang berkesinambungan yang terjadi sejak konsepsi dan terus berkembang sampai dewasa. Dalam proses mencapai tumbuh kembang optimal tergantung pada potensi biologik. Tingkat tercapainya potensi biologik seseorang merupakan hasil interaksi antara faktor genetik dan lingkungan bio-fisik-psikososial (biologis, fisik, dan psikososial). Proses yang unik dan hasil akhir yang berbeda-beda memberikan ciri tersendiri pada setiap anak (Soetjningsih & Ranu, 2015).

2.2.2 Tumbuh Kembang Anak

1. Definisi

Tumbuh kembang merupakan manifestasi yang kompleks perubahan morfologi, biokimia, dan fisiologi yang terjadi sejak konsepsi sampai maturitas/dewasa. Banyak orang menggunakan istilah tumbuh dan kembang secara sendiri-sendiri atau bahkan ditukar-tukar. Istilah tumbuh kembang sebenarnya mencakup 2 peristiwa yang bersifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Sementara

itu, pengertian mengenai pertumbuhan dan perkembangan per definisi adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan (*growth*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah ukuran dimensi pada tingkat sel, organ, maupun individu. Anak tidak hanya bertambah besar secara fisik, melainkan juga ukuran dan struktur organ-organ tubuh dan otak. Sebagai contoh, hasil dari pertumbuhan otak adalah anak mempunyai kapasitas lebih besar untuk belajar, mengingat, dan mempergunakan akalanya. Jadi anak tumbuh baik secara fisik mental. Pertumbuhan fisik dapat dinilai dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan tanda-tanda seks sekunder.

Perkembangan (*development*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skil*) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat menyangkut proses diferensi sel tubuh, jaringan tubuh, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya termasuk juga perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan perilaku sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungannya. Perkembangan merupakan pertumbuhan yang bersifat progresif, terarah, dan terpadu/koheren. Tertentu dan cenderung maju kedepan tidak mundur ke belakang. Terarah dan terpadu menunjukkan bahawa terdapat hubungan yang pasti antara perubahan yang terjadi pada saat ini, sebelumnya, dan berikutnya (Soetjiningsih & Ranu, 2015).

b. Tumbuh Kembang Anak Usia Toddler (1-3 Tahun)

1) Parameter umum

Peningkatan ukuran tubuh secara bertahap bukan secara linier yang menunjukkan karakteristik percepatan atau perlambatan pertumbuhan pada masa *Toddler*

a) Tinggi badan

- (1) Rata-rata bertambah tinggi 7,5 pertahun.
- (2) Rata-rata tinggi *Toddeler* usia 2 tahun sekitar 86,6 cm.

b) Berat badan

- (1) Rata-rata pertumbuhan berat badan *Toddeler* adalah 1,8,-2,7 Kg pertahun.

(2) Rata-berat badan *toddler* usia 2 tahun adalah 12,3 Kg.

(3) Pada usia 2,5 tahun berat badan *toddler* mencapai 4 kali berat lahir.

c) Lingkaran kepala (LK)

(1) Pada usia 1-2 tahun, ukuran LK sama dengan lingkar dada.

(2) Total laju peningkatan LK pada tahun kedua adalah 2,5 cm, kemudian berkurang menjadi 1,25 cm pertahun sampai usia 5 tahun.

d) Lingkar Lengan Atas (LLA)

LLA mencerminkan tubuh kembangan jaringan lemak dan otot yang terpengaruh banyak oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan, laju tubuh lambat dari 11 cm waktulahir 16 cm pada satu tahun, selanjutnya tidak banyak berubah pada umur 1-3 tahun.

e) Lipatan kulit

Tebal lipatan kulit pada daerah triseps subskapula merupakan refleksi tumbuh kembang lemak di bawah kulit yang mencerminkan kecukupan energi dalam keadaan defisiensi lipatan kulit akan menipis dan sebaliknya menebal jika masukan energi berlebih. Karakteristik *toddler* dengan penonjolan abdomen adalah akibat otot-otot abdomen yang berkurang. Kaki yang melengkung biasanya menetap selama masa *toddler* karena otot kaki harus menahan berat badan tubuh yang relatif lebih besar.

2) Perkembangan

Aspek perkembangan yang harus dicapai anak pada usia *toddler* adalah sebagai berikut:

a) Usia 12-18 bulan

(1) Berjalan sendiri tidak jatuh.

(2) Mengambil benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk.

(3) Mengungkapkan keinginan secara sederhana.

(4) Minum sendiri dari gelas dan tidak tumpah.

b) Usia 18-24 bulan

(1) Berjalan mundur setidaknya lima langkah.

(2) Menceoret-corek dengan alat tulis.

(3) Menunjuk bagian tubuh dan menyebut namanya.

(4) Meniru melakukan pekerjaan rumah tangga.

c) Usia 2-3 tahun

- (1) Berdiri satu kaki tanpa berpegangan minimal hitungan.
- (2) Meniru membuat garis lurus.
- (3) Menyatakan keinginan setidaknya dengan 2 kata.
- (4) Melepas pakaian sendiri.

3) Nutrisi

a) Kebutuhan nutrisi

- (1) Terjadi penurunan kebutuhan kalori, protein, dan cairan.
- (2) Kebutuhan kalori adalah 102 kkal/kg/hari
- (3) Kebutuhan protein adalah 1,2 kkal/kg/hari
- (4) Batasi asupan susu untuk menjamin asupan zat besi optimal.

b) Pilihan dan pola makan

- (1) Pada usia 12 bulan kebanyakan *toddler* makan makanan keluarga.
- (2) Pada usia 18 bulan sebagian besar *toddler* mengalami anoreksia fisiologis.
- (3) *Toddler* lebih makan porsi kecil tapi enak.
- (4) *Toddler* lebih suka satu jenis makanan dalam piring dari pada makanan campuran, namun makanan lain pun harus ditawarkan agar mengenal jenis makanan.
- (5) Orangtua harus menganjurkan makan menggunakan alat makan.

c) Pendidikan anak dan keluarga

- (1) Ingatkan orang tua untuk tidak menawarkan kudapan satu jam sebelum makan, karena akan mengurangi nafsu makan.
- (2) Hindari makanan yang mengakibatkan aspirasi, seperti kacang.
- (3) Ingatkan orang tua agar tidak menggunakan makanan sebagai suatu penghargaan atau hukuman.

4) Pola tidur

Total kebutuhan tidur rata-rata 9-13 jam per hari.

- a) Kebanyakan *toddler* tidur siang satu kali sehari sampai akhir tahun kedua dan ketiga.
- b) Masalah tidur dapat disebabkan rasa takut terpisah.
- c) Ritual waktu tidur dan objek transisi melambangkan rasa anam selimut mainan.

- d) Ketika mimpi buruk membangunkan anak anda respon paling baik adalah memegangnya dan menenangkannya biarkan dia menceritakan mimpinya hingga ia tenang dan tidur kembali.
- e) Mimpi buruk ada karena anak anda mengalami hal yang tidak mengenakan cemas dan stress maka hal itu harus diminimalkan.

5) Kesehatan gigi

- a) Gigi primer (20 gigi desidua) lengkap ketika usia 2,5 tahun.
- b) Kunjungan pertama ke dokter gigi harus *toddler* sebelum 2,5 tahun.
- c) Orang tua harus membersihkan gigi *toddler* dengan sikat lembut dan air.
- d) di sela-sela gigi yang menggunakan benang halus. Pasta gigi tidak mungkin digunakan benang tidak menyukai busanya dan berbahaya jika di telan.
- e) *Toddler* memerlukan suplemen fluorida jika sumber air ditempat tinggal tidak mengandung fluorida.
- f) Diet rendah kariogenik contoh gula pasir, yang dapat menimbulkan carries pada gigi

6) Eliminasi.

- a) Karakteristik feses sesuai dengan jenis makanan (gelatin, gula bit, minuman berwarna dan buah berwarna) dapat mewarnai feses.
- b) Pengeluaran urin 500-1000 mL/hari. (Cahyaningsih, 2011).
- c) Pada anak dengan pneumonia sering muncul anoreksia, mual muntah dan sulit menelan diakibatkan respon sistemik kontrol saraf pusat. (Riyadi, 2009).

c. Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia Pra Sekolah (4-12 Tahun)

1) Parameter Umum.

a) Tinggi Badan.

- (1) Pertambahan tinggi rata-rata adalah 6,25-7,5 cm tahun.
- (2) Tinggi rata-rata anak usia 4 tahun adalah 10,25 cm.

b) Nutrisi.

(1) Kebutuhan Nutisi.

- (a) Kebutuhan nutrisi anak usia sekolah hampir sama dengan *toddler*, meskipun kebutuhan kalori menurun sampai 90 k.kal/kg/hari.

- (b) Kebutuhan protein tetap 1,2 g/kg/hari.
 - (c) Kebutuhan cairan adalah 100 ml/kg/hari, bergantung pada tingkat aktivitas anak.
- (2) Pola dan Pilihan Makanan.
- (a) Anak pra sekolah sangat membutuhkan sayuran makanan komposisi dan hati (sebagai sumber Fe).
 - (b) Makanan yang disukai seperti sereal, daging, kentang, buah-buahan dan permen.
 - (c) Anak usia 3-6 tahun tidak dapat diam selama makan dan dapat menggunakan peralatan sendiri.
 - (d) Kebiasaan makan anak usia 5 tahun di pengaruhi oleh orang tua.
- (3) Pola tidur.
- (a) Rata-rata anak usia pra sekolah tidur antara 11-13 jam sehari, dan memerlukan tidur di siang hari sampai umur 5 tahun.
 - (b) Masalah tidur yang umum terjadi antara lain mimpi buruk, teror di malam hari.
- (4) Kesehatan Gigi.
- (a) seluruh gigi yang berjumlah 20 harus lengkap pada usia 3 tahun.
 - (b) Perkembangan motorik halus, memungkinkan anak mampu menggunakan sikat gigi dua kali sehari.
- (5) Eliminasi.
- (a) sebagian besar anak mampu melakukan toilet training dengan mandiri pada akhir periode pra sekolah. Beberapa anak mungkin masih ngompol.
 - (b) Anak berkemih rata-rata 500-1000 ml/hari.
- (6) Perkembangan motorik.
- (a) motorik kasar.

Anak usia pra sekolah dapat mengendarai sepeda tiga, melalui tangga, melompat, berdiri satu kali selama beberapa menit.
 - (b) motorik halus.

Keterampilan motorik halus menunjukkan perkembangan utama yang ditunjukkan dengan meningkatkan kemampuan menggambar, anak mapu

membangun menara 9 atau 10 blok membuat jembatan dari 3 balok, meniru bentuk lingkaran, menggambar tanda silang, pada usia 3 tahun, pada usia 4 taun anak dapat mengikatkan sepatu, meniru gambar bujur sangkar, menjiplak segilima, dan menambahkan 3 bagian dalam gambar manusia.

Pada usia 5 tahun dapat mengikat tali sepatu, menggunakan gunting dengan baik.

(7) Disiplin.

Peranan keluarga dalam menerapkan disiplin pada anak usia 1-3 tahun.

Latihan cara mengambil dan mengembalikan benda-benda ketempatnya, memakai dan melepas pakaian, gunting dan tempel gambar, memasukkan manik ke dalam botol, adil terhadap semua anaknya, ajarkan untuk bersosialisasi dengan yang lain.

Peranan keluarga dalam menerapkan disiplin anak usia 3-6 tahun, menekankan pentingnya batas-batas tata cara dan peraturan yang ada pada lingkungan seperti belajar mandi, mengeringkan tubuh, tidur sesuai waktu, bermain sesuai tepat waktu, makan dan tidur sesuai waktu.

Latihan anak untuk mengintegrasikan peran sosial dan tanggung jawab seperti latihan mengenal sopan santun, belajar mengoreksi kesalahan orang lain, belajar mengenal dan mematuhi peraturan, belajar komunikasi dan interaksi.

(8) Sosialisasi.

(a) Hubungan dengan orang lain selain orang tua termasuk kakek, nenek saudara dan guru-guru di sekolah.

(b) Anak memerlukan interaksi yang baik dengan teman yang sebaya untuk membantu mengembangkan keterampilan sosial. Tujuan utama anak usia pra sekolah adalah membantu mengembangkan keterampilan sosial anak.

(9) Bermain dan main.

(a) Permainan anak usia pra sekolah biasanya bersifat asosiatif, interaktif, dan kooperatif.

(b) Anak usia pra sekolah memerlukan hubungan dengan teman, aktivitas harus meningkatkan pertumbuhan dan keterampilan motorik seperti melompat, berlari dan memanjat, permainan imitasi, imajinatif, dan dramatis sangat dibutuhkan untuk kepentingan pertumbuhan dan perkembangan anak usia 4-6 tahun.

(10) Masalah kesehatan toddler dan anak pra sekolah.

(a) Sistem integritas

Masalah kesehatan yang sering terjadi pada sistem integumen adalah cacar air, eritema infeksiosa (penyakit kelima) eksantema subitum penyakit virus pada bayi dan anak kecil yang bersifat akut, biasanya terjadi secara sporadik, campak.

(b) Penatalaksanaan

Memberikan perawatan kulit, memandikan dan sistem pencernaan adalah giardiasis, enterobiasis, ascariasis, penyakit cacing.

(11) Penatalaksanaan

(a) Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan setelah ke toilet. Hindari menggigit kuku dan memasukkan jari ke mulut. Cuci buah-buahan sebelum di makan, memakai alas kaki jika keluar rumah.

(b) Tekankan pada orang tua agar menyimpan obat-obatan, lap pembersih, sabun cair dijauhkan dari anak-anak.

(c) Apabila tertelan/termasuk obat-obatan, larutan pembersih, sabun cair segera mencari penanganan medis.

(12) Sistem pernapasan

(a) Pada sistem pernafasan masalah yang terjadi adalah difteria, pertusis, paringitis, stomatitis.

(b) Penatalaksanaannya adalah isolasi selama masa penularan dan selama demam masih ada, berikan obat anti nyeri (analgesik) untuk nyeri, dorongan asupan cairan makanan yang lembut, berikan kompres dingin/hangat, sesuai kenaikan suhu tubuh, berikan lingkungan tenang, jaga ruangan tetap berventilasi dengan baik, observasi adanya kerusakan jalan napas seperti sianosis sesak napas.

(13) Perkembangan psikoseksual

Tinjauan (Freud)

Usia pra sekolah ini termasuk fase falik, genitalia menjadi area yang menarik dan area tubuh yang sensitif. Disini mulai mempelajari adanya perbedaan jenis kelamin perempuan dan jenis kelamin laki-laki, dengan mengetahui adanya perbedaan alat kelamin, pada fase ini anak sering meniru ibu dan ayahnya. Misalnya dengan pakaian ayah/ibunya secara psikologis pada fase ini mulai egosentrisnya.

(14) Perkembangan Psikososial

Tinjauan (Erikson)

Perkembangan inisiatif di peroleh dengan cara mengkaji lingkungan melalui kemampuan indranya. Arah mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada di kelilingnya. Hasil akhir yang di peroleh adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu sebagai prestasi. Perasaan bersalah akan timbul pada anak apabila anak tidak mampu berprestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai.

- (a) Erikson menyatakan krisis yang di hadapai anak usia antara 4-6 tahun di sebut inisiatif versus rasa bersalah.
- (b) Orang terdekat anak usia pra sekolah adalah keluarga.
- (c) Rasa takut yang sering terjadi antara lain kegelapan, di tinggal sendiri, binatang besar, hatu, rasa nyeri atau mutilasi tubuh (Cahyaningsih, 2011).

d. Perkiraan Berat Badan Anak

1) Berat badan

- a) 2 kali BB lahir 4-5 bulan
- b) 3 kali BB lahir 1 tahun
- c) 4 kali BB lahir 2 tahun

2) Rata-rata berat badan

- a) 3,5 kg, pada waktu lahir
- b) 10 kg pada umur 1 tahun
- c) 20 kg pada umur 5 tahun
- d) 30 kg pada umur 10 tahun

- 3) Kenaikan berat badan per bulan pada tahun pertama, berkisar antara
 - a) 700-1000 gram/bulan pada triwulan II
 - b) 500-600 gram/bulan pada triwulan II
 - c) 350-450 gram/bulan pada triwulan III
 - d) 250-350 gram/bulan pada triwulan IV
- 4) Kenaikan berat badan per hari
 - a) 20-30 gram pada 3-4 bulan pertama
 - b) 15-20 gram pada sisa tahun pertama (Soetjiningsih & Ranu, 2015).

2.3 Konsep asuhan keperawatan pada Anak Pneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

a. Biodata

Usia, pneumonia sering terjadi pada bayi dan anak, kasus terbanyak terjadi pada anak berusia dibawah 3 tahun dan kematian terbanyak terjadi pada bayi yang berusia kurang dari 2 bulan. (Nursalam, 2008)

1) Riwayat Kesehatan.

Keluhan Utama dan Riwayat Kesehatan Sekarang.

Keluhan utama yang sering timbul pada lien pneumonia adalah adanya awitan yang ditandai dengan keluhan menggigil, demam, ≥ 40 °C nyeri pleuritik batuk, sputum berwarna seperti karat, takipnea terutama setelah adanya konsolidasi paru (Irman, 2012).

2) Riwayat Kesehatan Masalalu.

Anak yang sering menderita penyakit saluran pernapasan bagian atas, riwayat penyakit campak/pertusis (Nursalam, 2008).

3) Pemeriksaan Fisik.

a) Status penampilan kesehatan : lemah.

b) Tingkat kesadaran : kesadaran normal, letargi, strupor, koma, apatis tergantung tingkat penyebaran penyakit (Setyanto, Supriyanto, & Bambang, 2010).

4) Tanda-tanda vital.

a) Frekuensi nadi dan tekanan darah : takikardi, hipertensi.

- b) Frekuensi pernapasan : dispnea progresif, takipnea, pernafasan dangkal, penggunaan otot bantu nafas, pelebaran nasal.
 - c) Suhu tubuh : hipertermi akibat penyebaran toksik mikroorganisme yang direspon oleh hipotalamus (Setyanto, Supriyanto, & Bambang, 2010).
 - d) Berat badan dan tinggi badan : kecenderungan berat badan anak akan mengalami penurunan (Doenges, 2000).
- 5) Data fokus pada paru (inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi)
- a) Inspeksi : frekuensi irama, kedalaman dan upaya bernafas antara lain : takipnea, dispnea progresif, pernafasan dangkal, pectus ekskavatum (dada corong), paktus karinatum (dada burung), barrel chest.
 - b) Palpasi : adanya nyeri tekan, massa, peningkatan vocal fremitus pada daerah yang terkena.
 - c) Perkusi : pekak terjadi bila terisi cairan pada paru, normalnya timpani (terisi udara) resonansi.
 - d) Auskultasi : suara bronkovesikuler atau bronchial pada daerah yang terkena, sura pernafasan tambahan *ronkhi* inspiratoir pada sepertiga akhir inspirasi (Setyanto, Supriyanto, & Bambang, 2010).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

a. Definisi

Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas (NANDA Internasional, 2015).

b. Batasan karakteristik

1. Dispnea
2. Suara napas tambahan
3. Perubahan pada irama dan frekuensi napas
4. Sianosis
5. Kesulitan untuk berbicara
6. Perubahan suara napas
7. Sputum berlebih
8. Batuk tidak efektif atau tidak ada
9. Ortopnea

10. Gelisah
11. Mata terbelalak

c. Faktor yang Berhubungan

- 1) Lingkungan : Merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif.
- 2) Obstruksi jalan napas : spasme jalan napas, retensi sekret, mukus berlebih, adanya jalan napas buatan, terdapat benda asing di jalan napas, sekret di bronki, dan eksudat di alveoli.
- 3) Fisiologis : disfungsi neuromuskular, hiperplasia dinding bronkial, PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronik), infeksi, asma, jalan napas alergik [trauma] (NANDA Internasional, 2015).

2.3.3 Intervensi keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas

Intervensi dan hasil kriteria keperawatan yang direncanakan pada asuhan keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas (Ridha 2014).

a. Tujuan dan kriteria hasil NOC (*Nursing Outcome Criteria*)

- 1) Irama nafas regular.

Keteraturan inspirasi dan ekspirasi pernafasan yang normal. Irama pernafasan menggambarkan teratur atau tidaknya pernafasan. Perbandingan antara frekuensi nafas dengan nadi yaitu 1:4 (Bickley & Szilagyi, 2015).

- 2) Respiratori rate normal (pada anak-anak usia 1-5 tahun : 28-40x/menit).
- 3) Kedalaman inspirasi (dikaji dengan mengobservasi derajat penyimpangan atau gerakan dinding dada).
- 4) Akumulasi sputum berkurang (dengan dilakukannya tindakan yang menunjang pengeluaran sputum misalnya terapi inhaler dan fisioterapi dada).
- 5) Tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan.
- 6) Tidak ada suara ronchi.

b. Intervensi NIC (*Nursing Intervention Criteria*)

Monitor pernapasan

- 1) Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan
- 2) Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan ronchi, wheezing.
- 3) Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot bantu, serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta.

- 4) Pantau pola pernapasan bradipnea, takipnea, hiperventilasi, pernapasan kussmaul, pernapasan chyne-stokes, pernapasan apneastik.

Manajemen jalan napas

- 5) Mengeluarkan sekret dengan suctioning.
- 6) Lakukan Clapping dada adalah suatu bentuk terapi dengan menggunakan tangan, dalam posisi telungkup serta dengan gerakan fleksi dan ekstensi wrist secara ritmis. Teknik ini sering digunakan dengan dua tangan. Pada anak-anak tapping dan clapping dapat dilakukan dengan dua atau tiga jari. Teknik dengan satu tangan dapat digunakan sebagai pilihan pada tapping dan clapping yang dilakukan sendiri.
- 7) Posisikan anak untuk memaksimalkan ventilasi dapat meningkatkan ventilasi anak. Diafragma yang lebih rendah akan membantu dalam meningkatkan ekspansi dada, pengisian udara, mobilisasi, dan ekspektorasi dan sekresi.
- 8) Anjurkan minum air hangat (ASI atau susu formula hangat).
Minum air hangat bertujuan untuk mengurangi kekentalan dahak melalui proses induksi yang menyebabkan arteri pada area sekitar leher vasodilatasi dan mempermudah cairan dalam pembuluh darah dapat diikat oleh sekret atau mucus (Maidartati, 2014).
Peningkatan (Manajemen) Batuk
- 9) Mengajarkan klien batuk efektif.
Peningkatan kesehatan
- 10) Berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga.
Pendidikan kesehatan yang diberikan yaitu tentang pneumonia dan cara perawatan dirumah. Dengan menghirup uap air panas, pola hidup bersih dan sehat seperti mencuci tangan sebelum kontak dengan anak.
Kolaborasi
- 11) Dukung kebutuhan hidrasi anak, pemberian cairan suplemen IV. Cairan diberikan untuk mengganti kehilangan (termasuk IWL) dan membantu mobilisasi sekret (Doenges, 2000).
- 12) Berikan bronkodilator dan antibiotic membantu mengurangi bronkospasme dengan mobilisasi dari sekret. Analgesic diberikan untuk mengurangi rasa

tidak nyaman ketika anak melakukan usaha batuk, tetapi harus digunakan sesuai penyebabnya (Doenges, 2000).

- 13) Berikan nebulizer Terapi nebulisasi bertujuan untuk mengurangi sesak akibat penyempitan jalan nafas atau bronkospasme akibat hipersekresi mucus (Alexander & Anggraeni, 2017).

c. Untuk bayi dan anak-anak

- 1) Beri penekanan kepada orang tua bahwa batuk sangat penting bagi anak, dan bahwa batuk tidak selalu diredakan dengan obat.
- 2) Simbangi kebutuhan terhadap pemberian jalan napas dengan kebutuhan untuk menghindari keletihan akibat batuk ketika menjadi persisten atau merupakan gejala dispnea.
- 3) Biarkan anak memegang stetoskop dan mendengarkan bunyi napasnya sendiri.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan langkah dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada anak, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, dalam pelaksanaan rencana tindakan terhadap sua jenis tindakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi, perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan (Hidayat, 2012).

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas tidak efektif, tindakan mandiri yang dapat dilakukan perawat meliputi melakukan pemeriksaan fisik, mengatur posisi anak dengan kepala elevasi, mengajarkan dan membantu anak untuk melakukan napas dalam dan batuk efektif, melakukan fisioterapi dada, serta melakukan suction atas indikasi (Doenges, 2000).

Sedangkan tindakan kolaborasi perawat untuk masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas tidak efektif pada anak bronkopneumonia

meliputi pemberian cairan suplemen seperti cairan IV, pemberian obat-obatan seperti mukolitik, ekspektoran, bronkodilator dan analgesic (Doenges, 2000).

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuandalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambar kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yang dilakukan dengan mengavaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon anakdisebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan sebagai evaluasi hasil(Hidayat, 2012).

Evaluasi keperawatan yang berorientasi pada hasil NOC untuk ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu:

- a. Irama nafas regular.
- b. Respiratori rate normal.
- c. Kedalaman inspirasi normal.
- d. Akumulasi sputum berkurang.
- e. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan.
- f. Tidak ada suara ronkhi(Bulechek & dkk, 2015).

BAB 3 METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus terhadap asuhan keperawatan Pneumonia pada anak D dan anak S dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenvile RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018.

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan dalam penelitian ini adalah laporan kasus. Laporan kasus dalam penelitian ini yaitu mengeksplorasi asuhan keperawatan Pneumonia pada anak D dan anak S dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenvile RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah (atau dalam versi kualitatif disebut sebagai definisi operasional) adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Adapun istilah-istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi:

3.2.1 Asuhan keperawatan pneumonia

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian tindakan perawatan sistematis yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi yang ditujukan kepada dua klien anak yang mengalami pneumonia dibuktikan dengan diagnosa medis pneumonia pada rekam medik klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalana napas dan dirawat di Ruang Bougenvile RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3.2.2 Masalah keperawatan ketidakefektifan kersihan jalan napas

Ketidakefekifan bersihan jalan napas adalah tidak mampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas dibuktikan dengan batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan napas dapat diangkat apabila memenuhi minimal 4 kriteria: dispnea, suara napas tambahan, perubahan irama nafas, perumabahn frekuensi pernafasan, sianosis, kesulitan berbicara, penurunan bunyi nafas, sputum dalam jumlah berlebih, batuk yang efektif, ortopnea, gelisah.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan kasus ini adalah an D dan an S yang dirawat di Ruang Bougenvil Lumajang yang mengalami Pneumoni dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

- 3.3.1 Usia 1 sampai 5 tahun
- 3.3.2 Dilakukan perawatan minimal hari ke 2
- 3.3.3 Memenuhi empat batasan karakteristik dispnea, suara napas tambahan, perubahan frekuensi pernapasan, batuk yang tidak efektif
- 3.3.4 Orang tua anak menandatangani lembar *Informed Consent* karena anak masih terlalu kecil untuk melakukan persetujuan.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Pengambilan kasus ini dilakukan di Ruang Bugenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

3.4.2 Waktu

Asuhan Keperawatan pada An. D dilaksanakan pada 20 sampai 22 Maret 2018 dan An. S dilaksanakan pada 30 Maret sampai 01 april 2018. Kedua anak sama-sama dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Proses

Proses diawali dari permohonan ijin pengambilan data penulis kepada koordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember kampus Lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data (Lampiran 3.3 surat permohonan ijin pengambilan data). Setelah mendapatkan ijin, penulis melanjutkan meminta ijin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) Kabupaten Lumajang sebagai Badan yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang. Ijin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari 5 tembusan (Lampiran 3.4 Surat Ijin Penelitian Bakesbangpol).

3.5.2 Pengumpulan data

Data dikumpulkan hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (cacatan terstruktur).

3.5.3 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.5.4 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk asuhan keperawatan pneumonia pada anak dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Kerahasiaan anak dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari anak.

3.5.5 Kesimpulan

Data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.6 Etika Penelitian

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemenuhan hak-hak partisipan seperti sebagai berikut.

3.6.1 Surat persetujuan (*Informed consent*)

Informed consent adalah lembar persetujuan penelitian yang diberikan kepada partisipan dengan bertujuan agar mengetahui maksud dan tujuan serta

dampak dari penelitian, dengan prinsip peneliti tidak akan memaksa calon partisipan dan menghormati haknya. Jika partisipan bersedia diteliti mereka harus menandatangani hak-hak partisipan. Dalam hal ini karena partisipan masih berusia dibawah 5 tahun maka yang bertanda tangan adalah ibu partisipan.

3.6.2 Tanpa nama (*Anonimity*)

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan.

3.6.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipan dengan sebaik-baiknya, untuk menjamin kerahasiaan data dan informasi yang telah didapatkan penulis menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data dalam tempat khusus serta dijamin kerahasiaanya, hanya mengelompokkan data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi laporan kasus asuhan keperawatan bronkopneumonia pada An.D dan An.S dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang Bougenville RSUD dr.Haryoto Lumajang tahun 2018 yang telah dilakukan oleh penulis dengan pendekatan proses keperawatan.

4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penulis melakukan penelitian di RSUD dr. Haryoto Lumajang yang beralamat di jalan Basuki Rahmad No. 5 Lumajang. RSUD dr. Haryoto Lumajang merupakan salah satu rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Lumajang yang dikelola oleh pemerintah kabupaten dan tercatat dalam rumah sakit tipe B. RSUD dr. Haryoto Lumajang mempunyai dasar penetapan keputusan Menkes RI Nomor 1391/Menkes/SK/IX/2015 tanggal 30 September 2015, dan mendapat izin operasional Nomor P2T/03.23/01/I/2014 mulai tanggal 30 Januari 2014 sampai tanggal 30 Januari 2019. Hasil pencapaian BOR (*Bed Occupancy Rate*) rumah sakit ini pada tahun 2016 sebesar 70,60% dimana standart pencapaian BOR menurut Departemen Kesehatan RI Tahun 2015 adalah sebesar 60-80%, hal ini menunjukkan tingkat pencapaian RSUD dr. Haryoto Lumajang telah memenuhi standar pencapaiannya (RSUD dr. Haryoto, 2016).

4.2 Pengkajian

4.2.1 Identitas Anak

Tabel 4.1 Identitas partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Identitas anak	anak 1	anak 2
Nama	An. D	An. S
Umur	2,3 tahun	1,5 tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki
Tanggal Masuk Rumah sakit /Pukul	19 Maret 2018/16.00	29 Maret 2018/01.00
Tanggal pengkajian/pukul	20 Maret 2018/15.10	01 April 2018/15.30
Inisial informan	Ny. L (ibu kandung)	Ny. M (ibu kandung)
Umur	34 tahun	29 tahun
Pekerjaan	Buruh pabrik	Buruh pabrik
Pendidikan	SD	SMP
Alamat	Randuagung	sukosari-jatiroto
Diagnosa Medis	Pneumonia	Pneumonia

Berdasarkan tabel 4.1 diatas didapatkan bahwa pada anak 1 berusia 2,3 tahun berjenis kelamin perempuan dan anak 2 berusia 1,5 tahun berjenis kelamin laki-laki. Hasil ini sesuai dengan pernyataan Athena (20014) bahwa penyakit pneumonia sering terjadi pada usia 1 sampai 5 tahun dan dapat terjadi pada anak laki-laki dan perempuan. Data yang diperoleh dari Kemenkes RI (2016) didapatkan bahwa angka kematian akibat pneumonia pada balita di indonesia pada tahun 2016 sebesar 0,11%. Penulis berpendapat bahwa kedua anak termasuk dalam kelompok usia yang rentan terkena pneumonia karena kedua anak masih berusia dibawah 5 tahun serta pada usia tersebut merupakan masa organ-organ tubuhnya masih belum berfungsi secara sehingga anak usia 1 sampai 5 tahun lebih beresiko terkena penyakit

Data ibu anak 1 berpendidikan tamat SD, ibu anak 2 berpendidikan tamat SMP dan ibu anak 1 dan 2 memiliki pekerjaan yang sama sebagai buruh pabrik. buruh pabrik merupakan pekerjaan yang sangat lama sekitar 12 jam hal ini akan berdampak pada kesulitan untuk mengasuh anak karena terlalu sibuk dengan bekerja dan belum mengerti tentang masalah kesehatan yang dialami anaknya. Notoatmodjo (2013) berpendapat bahwa tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang atau lebih mudah menerima ide-ide dan teknologi. Pendidikan meliputi peranan penting dalam menentukan kualitas manusia. Dengan pendidikan manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan dan implikasinya. Hal ini sejalan dengan penelitian Agus Muyono (2006) bahwa peran ibu sangat penting untuk tumbuh kembang pada anak usia balita, terutama pada anak yang terserang pneumonia ini akan lebih membutuhkan perhatian yang lebih dari ibunya. Sehingga penulis berpendapat bahwa dari aspek pengetahuan ibu yang rendah akan berpengaruh dengan pola asuh terhadap anak dan kurangnya pengetahuan terhadap tanda dan gejala pneumonia dan juga kurangnya berita tentang kesehatan.

4.2.2 Riwayat Kesehatan

Tabel 4.2 Keluhan Utama partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Riwayat Penyakit	Anak 1	Anak 2
Keluhan saat Masuk rumah sakit	Ibu anak mengatani anaknya batuk dan panas selama 3 hari	Ibu anak mengatakan anaknya batuk dan panas selama 5 hari
Keluhan saat ini	Ibu anak mengatakan anaknya batuk berdahak, sesak badannya panas	Ibu anak mengatakni anaknya batuk grok-grok sesak saat menangis badannya panas muali tadi malam
Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu anak mengatakan badan anaknya panas, batuk berdahak, selama 3 hari kemudian di periksakan ke bidan, setelah dua hari masih panas dan batuk berdahak, dahak tidak bisa dikeluarkan, kemudian ibu anak membawa ke rumah sakit	Ibu anak mengatakan anaknya panas dan batuk selama selama 5 hari kemudian dibawa ke puskesmas pada tanggal 29-03-2018 pukul 1400 wib, pada saat pukul 24.00 wib badan anak tambah panas dan batuk dengan dahak yang tidak bisa keluar disertai menangis kemudian keluarga anak meminta untuk dirujuk ke RSUD dr. haryoto luamajng.
Riwayat kesehatan dahulu	Ibu anak mengatani anaknya tidak pernah sakit sampai dibawa ke rumah sakit, jika sakit hanya sakit panas lalu di periksakan ke bidan atau mantri didekat rumahnya, dan anaknya tidak mempunyai riwayat penyakit kronis	Ibu anak mengatakan anaknya pernah sakit seperti sekarang batuk-batuk dan panas tetapi tidak masuk ke rumah sakit hanya di periksakan ke dokter sembuh dan tidak mempunyai riwayat penyakit kronis
Riwayat imunisasi	Ibu anak mengatakan bahwa imunisasi yang sudah di dapatkan, imunisasi Hepatitis B, BCG, Polio 1, Polio 2, dan Campak. Ibu anak mengatakan imunisasi tidak lengkap karena anak lebih sering dengan nenek, dan nenek tidak pernah memebawa anak ke posyandu.	Ibukilen mengatakan anaknya sudah mendapatkan imunisasi Hepatitis B, BCG, DPT1, DPT2, Polio1, Polio2. Ibu anak juga mengatakan imunisasi tidak lengkap dikarenakan lupa jadwal ke posnyandu karena sibuk bekerja.

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan keluhan anak sama-sama mengalami batuk berdahak dan panas tetapi anak 1 mengalami panas selam 3 hari dan anak 2 mengalami panas selama 5 hari. Pada riwayat imunisasi anak 1 sudah pernah di imunisasi yaitu Hepatitis B, BCG, DPT1, DPT2, Polio2, Campak, sedangkan pada anak 2 sudah pernah di imunisasi Hepatitis B, BCG, DPT1, Polio1, Polio2. Pada anak dengan pneumonia pada umumnya ditemukan gejala demam yang tinggi $> 40^{\circ}\text{C}$ pada 5-10 hari pertama, sesak napas, produksi sputum warna seperti karat, anoreksia malaise, bahkan bisa sampai mual muntah(Ridha, 2014). Data yang diperoleh dari

Kemendes RI (2014) dari faktor risiko terjadinya pneumonia salah satunya dari imunitas yang kurang baik atau pemberian imunisasi yang tidak lengkap serta derajat kesehatan rendah, sehingga penyakit mudah menyerang dan salah satunya pneumonia yang disebabkan rendahnya pemberian ASI eksklusif, imunisasi tidak lengkap, gizi buruk, defisiensi vit A, dan BBLR. Hartati (2012) menjelaskan pada balita yang tidak mendapat imunisasi campak berpeluang mengalami pneumonia 3,21 kali dibandingkan balita yang mendapat imunisasi campak dan pada balita yang tidak mendapat imunisasi DPT berpeluang mengalami pneumonia 2,34 kali dibandingkan balita yang mendapat imunisasi DPT.

Penyakit Campak adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus campak. Penyakit ini dapat dikatakan ringan karena dapat sembuh dengan sendirinya, namun dapat dikatakan berat dengan berbagai komplikasi seperti pneumonia yang bahkan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak kurang gizi dan anak dengan gangguan sistem imun. Komplikasi pneumonia yang timbul pada anak yang sakit campak biasanya berat. DPT adalah penyakit difteri, pertusis dan tetanus yang disebabkan oleh bakteri dan bakteri *Clostridium tetani*, yang secara alami ditemukan di tanah, debu dan kotoran hewan. Merupakan sejenis bakteri yang hanya dapat tumbuh dan berkembang pada situasi lingkungan yang kurang oksigen (anaerob).

Penulis berpendapat bahwa anak-anak 1 dan 2 merupakan kelompok balita yang mengalami sakit dengan keluhan panas, sesak dan batuk dahak karena hal ini disebabkan karena imunitas tubuh anak yang kurang optimal sehingga bakteri, virus, dan benda asing lainnya mudah masuk ke dalam saluran pernapasan dan menyebabkan bronkiolus dan alveoli terinfeksi menimbulkan pengeluaran suatu lendir sputum yang akan membuat penyempitan saluran pernapasan sehingga menjadi sesak, jika sputum pada jalan napas tidak bisa dikeluarkan maka akan menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan napas pada balita karena sulit untuk mengeluarkan sputum.

Jika ditinjau dari riwayat imunisasi penulis berpendapat kedua anak tidak mendapatkan imunisasi secara lengkap dan tidak berurutan anak 1 tidak mendapat imunisasi DPT dan anak 2 tidak mendapat imunisasi campak, sehingga respons imunitas tubuh anak sangat rentan terhadap bakteri dan virus yang masuk ke

tubuh hal ini sesuai dengan teori bahwa jika balita tidak mendapat imunisasi DPT dan campak akan menimbulkan penyakit pneumonia dan bisa berujung kematian.

4.2.3 Riwayat Kehamilan

Tabel 4.3 Riwayat kehamilan partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Riwayat Kehamilan dan persalinan	Anak 1	Anak 2
Pre natal care	Pada 3 bulan pertama ibu anak mengatakan mual dan muntah, ibu anak juga mengatakan rutin memeriksakan kehamilan ke bidan dan pada bulan ke 4- 9 ibu anak tidak mengalami keluhan.	Pada trimester 1 ibu anak mengatakan mual muntah pada kehamilan 1-2 bulan, ibu anak memeriksakan kehamilannya ke bidan secara rutin, dan tidak ada keluhan pada trimester selanjutnya
Natal care	Ibu anak mengatakan melahirkan secara normal di puskesmas dan keadaan bayi saat lahir bernapas spontan, langsung menangis dengan berat lahir 3.500 gr, dengan panjang badan 48 cm. Ibu anak mengatakan cairan ketuban pecah saat melahirkan dan warnanya bening.	Ibu anak megatakan melahirkan secara normal di puskesmas dan keadaan bayi sehat bernapas spontan, langsung menangis, dengan panjang BBL 3.000 gr, dengan panjang badan 50 cm. Ibu anak mengatakan ketuban berwarna bening pecah saat melahirkan.
Post natal care	Ibu anak juga mengatakan kulit kemerahan saat lahir, menangis spontan, tidak kebiruan, pada hari pertama anak di beri ASI pada usia 6 bulan ibu anak memberikan makanan nasi dan pisang yang dihaluskan dan mengganti ASI tetap diberikan terkadang diberi susu formula jika ibu anak bekerja.	Ibu anak mengatakan kulit kemerahan saat lahir, menangis spontan, tidak kebiruan pada hari pertama anak diberi ASI, pada saat usia 2 bulan anak diberi makanan tambahan nasi yang dihaluskan terkadang dengan bubur dan ASI tetap diberikan jika ibu anak bekerja ASI diganti dengan susu formula.

Berdasarkan tabel 4.3 bahwa kedua anak sama-sama diberikan susu formula pada saat ibu bekerja. Hartati (2012) mengemukakan bahwa pemberian susu formula dalam botol (cara pemberian makanan bayi dengan susu formula) hanya untuk mengganti suplai ASI jika ASI tidak diberikan. Sedangkan Wargiana (2012) mengemukakan bahwa pemberian MP-ASI secara dini yang sering dapat memberikan dampak secara langsung pada bayi, diantaranya adalah gangguan pencernaan seperti diare, sulit BAB, muntah. Penulis berpendapat tidak ada kesesuaian bahwa kedua anak tidak mengalami diarae, sulit BAB, dan muntah. Karena kedua anak tidak mengalami gangguan pencernaan.

4.2.4 Riwayat perkembangan

Tabel 4.4 Perkembangan tiap DDST partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Perkembangan tiap tahap menggunakan DDST	Anak 1	anak 2
Personal social	ibu anak mengatakan anak lebih sering dekat dengan neneknya dan sering berkomunikasi dengan neneknya	ibu anak mengatakan anaknya lebih suka bersama ibunya dari pada ayahnya
Bahasa	Ibu anak mengatakan anaknya mamapu menyebutkan kata ayah ibu dan warna	Ibu anak mengatakan jika anaknya mamapu mengatakan minum jika ia haus
Motorik halus	Ibu anak mengatakan anaknya mampu melepas pakaiannya jika mau madi	Ibu anak mengatakan anaknya mampu minum sendiri dari gelas
Motorik Kasar	Ibu anak mengatakan anak mamapu berjalan	Ibu anak mengatakan anak sudah bisa berdiri tegak

Berdasarkan tabel 4.4 bahwa anak 1 dekat dengan neneknya dan nenek sering melarang jika bermain benda disekitar rumah sedangkan anak 2 lebih dekat dengan ibunya. Wong (2009) mengemukakan bahwa ketika anak berusia 1-3 tahun, perkembangan otonomi yang dimaksud disini ialah anak mengontrol badan, diri dan lingkungan mereka. Pada tahap ini mereka akan mengimitasi apa yang dilakukan oleh orang-orang disekitarnya. Anak-anak juga akan cenderung mencoba banyak hal, terutama aktivitas motorik. Jika pada tahap ini anak mendapat banyak larangan atau disalahkan orang-orang disekitarnya maka akan cenderung malu-malu atau ragu. Penulis berpendapat bahwa jika aktivitas anak mengenali benda-benda disekitarnya banyak larangan dari orang tua atau orang-orang disekitar lingkungannya akan berpengaruh pada proses perkembangan psikososialnya sehingga anak akan malu dan ragu untuk mengenali benda dan orang disekitarnya.

Pada perkembangan motorik halus anak 1 mampu melepas pakaian secara mandiri dan pada anak 2 mampu minum sendiri dari gelas. Menurut Cahyaningsih (2011) bahwa pada anak usia 2-3 tahun akan mampu Berdiri satu kaki tanpa berpegangan minimal hitungan, meniru membuat garis lurus, menyatakan keinginan setidaknya dengan 2 kata, melepas pakaian sendiri. Hal ini sejalan dengan Wong (2009) bahwa perkembangan motorik halus usia *Toddler*

meningkatnya kemampuan pada usia 12 bulan mampu menggenggam benda, memasuki usia 15 bulan dapat melempar dan menangkap bola. Penulis berpendapat bahwa usia kedua anak termasuk pada usia *Toddler*, sehingga sel tubuh dan sistem organ tubuh kedua anak dapat memenuhi fungsinya dalam tumbuh kembangnya.

Perkembangan motorik kasar anak 1 sudah mampu berjalan sedangkan pada anak 2 sudah mampu berdiri tegak. Hal ini sejalan yang dikemukakan Cahyaningsih (2011) bahwa aspek perkembangan pada usia 12-18 bulan anak sudah mampu berdiri tegak tidak jatuh dan pada anak usia 18-24 bulan sudah mampu berjalan mundur setidaknya lima langkah. Penulis berpendapat bahwa aspek perkembangan dan struktur tubuh kedua anak sudah memenuhi fungsinya dalam tumbuh kembang, termasuk juga dalam aspek perkembangan kognitif, bahasa, dan motorik sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungan sekitar.

4.2.5 Riwayat psikososial anak

Tabel 4.5 Riwayat psikososial anak partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Riwayat social	Anak 1	Anak 2
Anak ke :	2	1
Jumlah saudara :	1	0
Yang mengasuh :	Ibu, ayah dan nenek	Ibu/ayah
Orang terdekat :	Nenek	Ibu
Hubungan teman sebaya :	Baik	Baik
Pembawaan umum :	Ibu anak mengatakan saat dirumah anak tidak rewel	Ibu anak mengatakan saat dirumah anak tidak rewel
Lingkungan rumah :	Ibu anak mengatakan setiap pagi dan sore rumahnya selalu disapu, membuang sampah di depan rumah jika banyak langsung di bakar dan jendela rumah setiap pagi di buka, ibu anak juga mengatakan di rumah ayah dan kakek merokok di dalam rumah.	Ibu anak mengatakan rumahnya sudah sering di bersihkan setiap pagi dan sore selalu di sapu, sampah di buang di tempat sampah ibu anak juga mengatakan jendela rumahnya tidak pernah di buka dan di rumah ayah anak merokok di dalam rumah.

Berdasarkan tabel 4.5 riwayat sosial anak didapatkan kebiasaan di lingkungan rumah anak 1 tempat tinggal selalu disapu, membuang sampah di depan rumah langsung dibakar dan jendela rumah setiap pagi dibuka, ayah dan kakek anak merokok di dalam rumah, sedangkan pada anak 2 rumahnya sudah sering di bersihkan setiap pagi dan sore, membuang sampah di tempat sampah jendela rumah tidak pernah di buka dan ayah dan kakek merokok di rumah.

Notoatmojdo (2003). Cahaya yang baik dan alami untuk pencerahan rumah adalah cahaya matahari karena berfungsi untuk membunuh bakteri patogen di dalam rumah, rumah yang sehat harus memiliki jalan masuk cahaya dengan cukup, jalan masuk cahaya dapat melalui jendela dan luasnya $\geq 15\%$ - 20% dari luas lantai dalam rumah, jalan masuknya cahaya dalam rumah dapat juga melalui genteng kaca. (Muttaqin, 2008) juga mengemukakan anak dengan pneumonia sering dijumpai pada rumah dengan sanitasi yang buruk seta cahaya dalam ruangan sangat di perlukan, kurangnya cahaya yang masuk dalam ruangan, terutama cahaya matahari di samping kurang nyaman, juga dapat menjadi tempat untuk hidup dan berkembangnya bibit penyakit. Soemarmo (2011) berpendapat bahwa membakar sampah juga akan menimbulkan masalah baru bagi kesehatan. Selain melepaskan karbondioksida (CO_2), sampah yang dibakar juga menghasilkan karbonmonoksida (CO) yang sangat berbahaya. Bila kita menghirup CO , hemoglobin di dalam darah yang seharusnya berfungsi mengedarkan oksigen ke seluruh tubuh justru akan terganggu. Tubuh pun akan kekurangan oksigen, yang bisa berujung dengan kematian. Asap hitam yang dihasilkan dari pembakaran sampah akan menghasilkan hidrokarbon benzopirena yang 350 kali lebih berbahaya dari asap rokok. Ada pula zat-zat berbahaya lain seperti dioksin yang berasal dari sampah plastik yang dibakar. Jika dihirup di tempat pembakaran, akan membuat tubuh menjadi sesak napas, bahkan efek panjangnya dapat memicu penyebab kanker hati.

Penulis berpendapat bahwa pneumonia disebabkan karena asap yang masuk ke dalam rumah dan sulit untuk keluar karena sanitasi, pencahayaan rumah yang kurang, keadaan pemukiman yang buruk dan pemukiman yang terlalu padat sehingga asap yang berada didalam rumah akan mudah terhirup oleh balita secara langsung karena asap merupakan gas beracun bisa mengakibatkan gangguan kesehatan bagi balita dan orang yang menghirupnya juga bisa menimbulkan sesak napas, batuk berdahak bisa berlendir yang akan menimbulkan penyakit pneumonia.

4.2.6 Perubahan pola kesehatan

Tabel 4.6 Perubahan Pola Kesehatan partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Pola kesehatan	Anak 1	Anak 2
Pola nutrisi sebelum sakit	Ibu anak mengatakan anaknya makan 3x/hari dengan nasi tim, sayur, ikan sesuai porsi anak dan minum sekitar 6 x botol susu 250cc.	Ibu anak mengatakan anaknya makan 3x/hari dengan nasi tim, sayur dan ikan sebanyak porsi anak dan minum sekitar 5 x botol susu 250cc.
Saat sakit	Ibu anak mengatakan nafsu makan anaknya menurun makan 3x/hari hanya sebanyak 4 sendok makan bubur dari rumah sakit dan minum 3 botol susu 250cc	Ibu anak mengatakan anaknya tidak mau makan, makan nasi tim dari rumah sakit hanya habis 6 sendok dan minum 2 botol susu 250cc
Pola eliminasi Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan dirumah anak biasanya BAB 2x/hari lunak, warna kuning, bau khas feses dan BAK kurang lebih 5 – 6 x/hari dengan frekuensi tidak diketahui.	Ibu anak mengatakan dirumah anaknya BAB 2x/hari lunak, warna kuning, bau khas feses dan BAK 7x/hari dengan frekuensi tidak diketahui.
Saat sakit	Ibu anak mengatakan anaknya BAB 1x sedikit, lunak, warna kecoklatan dan BAK 400cc, 4-5x/hari dengan warna kuning bau khas urin.	Ibu anak mengatakan anaknya tidak BAB, hanya BAK 5x/hari 500cc, warna kuning jernih, bau khas urin.
Pola personal hygiene Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan anaknya mandi dengan kramas 2x sehari, ganti baju 2x sehari dengan cara dibantu ibunya.	Ibu anak mengatakan anaknya mandi 2x sehari dan keramas, ganti baju 2xsehari pagi dan sore dengan cara dibantu ibunya.
Saat sakit	Ibu anak mengatakan anaknya hanya diseka dengan sabun 2x sehari pagi dan sore.	Ibu anak mengatakan anaknya hanya diseka setiap pagi dan sore.
Pola istirahat dan tidur Sebelum saki	Ibu anak mengatakan anaknya tidur pukul 20.00 – 05.00 wib, dan saat siang tidur pukul 12.00 – 13.30 wib tidak rutin.	Ibu anak mengatakan anaknya tidur pukul 21.00 – 06.00 wib, jarang tidur siang
Saat sakit	Ibu anak mengatakan anaknya lebih sering tidur di siang hari 4 jam dan di malam hari ± 9 jam tetapi sering terbangun di malam hari karena batuk dan menangis.	Ibu anak mengatakan anaknya lebih sering tidur di siang hari, dan malanya tidur tidak pasti ± 8 jam dan sering terbangun karena badan panas disertai batuk

Berdasarkan tabel 4.6 di atas didapatkan data pada anak 1 suhu tubuh 38,9°C, nadi 130x/ menit, RR 40x/ menit kesadaran anak composmentis sadar penuh, sedangkan anak 2 pada pemeriksaan fisik suhu 38,7°C, nadi 136x/ menit, RR 44x/menit kesadaran composmentis sadar penuh.

Pada sistem pernapasan anak 1 pergerakan dinding dada simetris, terdapat tarikan dinding dada kedalam, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, terdengar suara ronchi di lapang paru kanan kiri, dan terdapat penurunan bunyi napas. Sedangkan pada anak 2 didapatkan pergerakan dinding dada simetris, terdapat tarikan dinding dada kedalam, terdengar suara ronchi di lapang paru kanan kiri, dan terdapat penurunan bunyi napas. Hal ini sesuai teori bahwa anak dengan pneumonia pada pemeriksaan fisik sistem pernapasan dalam hal inspeksi akan didapatkan kedalaman dan upaya bernafas seperti takipnea, dyspnea progresif, pernafasan dangkal, pektus ekskavatum (dada corong), pektus karinatum (dada burung). Saat palpasi terdapat nyeri tekan, massa, peningkatan vokal fremitus pada daerah yang terkena. Pada saat perkusi ditemukan pekak bila terisi cairan pada paru, normalnya timpani (terisi udara) resonansi. Pada auskultasi terdengar suara pernafasan yang meningkat intensitasnya. Suara bronkovesikuler atau bronchial pada daerah yang terkena. Suara pernafasan tambahan-ronki inspiratory pada sepertiga akhir inspirasi (Riyadi 2009). Sedangkan perubahan bentuk dada, nyeri tekan, suara pekak pada perkusi dan peningkatan intensitas pernapasan tidak terjadi pada kedua klien. Hal ini tidak terjadi karena perubahan bentuk dada seperti dada corong dan dada burung terjadi jika klien mengalami pneumonia yang tidak kunjung sembuh dan sering mengalami kekambuhan. Sedangkan pemeriksaan vokal fremitus tidak dilakukan karena menggunakan suara atau kata seperti (tujuh puluh tujuh) kedua klien masih terlalu kecil dan masih belum bisa berbicara seperti orang dewasa. Selain itu pada saat dilakukan perkusi tidak ditemukan suara pekak meskipun paru-paru kedua klien terdengar suara ronchi akan tetapi tidak terisi banyak cairan pada paru-paru klien sehingga pada perkusi ditemukan suara sonor.

4.2.7 Pemeriksaan fisik

Tabel 4.7 Pemeriksaan fisik partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Pemeriksaan fisik	Anak 1	Anak 2
Suhu	38,9 ⁰ C	38.7 ⁰ C
Nadi	130 x/ menit	136 x/ menit
RR	44x/ menit	46x/ menit
Kesaran	Composmentis (sadar penuh)	Composmentis (sadar penuh)
BB	11 Kg	9,5 Kg
Kepala	Bentuk kepala bulat, rambut lebat berwarna hitam, muka simetris kanan dan kiri.	Bentuk kepala bulat, rambut lurus pendek berwarna hitam, muka simetris kanan dan kiri
Mata	Bentuk mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sclera putih, pupil isokor, mata bersih.	Bentuk mata simetris kanan dan kiri, bulu mata tipis, konjungtiva tidak anemis, sclera putih, pupil isokor, mata bersih.
Hidung	Lubang hidung simetris kanan dan kiri ada secret.	Lubang hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada secret.
Mulut	Bibir simetris ujung kanan dan kiri, mukosa bibir lembab, terdapat palatum mole, tidak ada pembesaran tonsil T1/T1, lidah berwarna merah muda.	Bibir simetris kanan dan kiri mukosa bibir lembab, tidak ada lesi, terdapat palatum mole, tidak ada pembesaran tonsil T1/T1, lidah berwarna merah muda.
Telinga	Daun telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada luka, serumen sedikit berwarna merah kecokletan.	Daun telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada luka, seruman sedikit berwarna merah kecoklatan.
Sistem pernapasan	Inspeksi: pergerakan dinding dada simetris, terdapat tarikan dinding dada kedalam, tidak ada otot bantu pernapasan Palpasi: tidak ada nyeri t Perkusi: suara sonor Auskultasi: terdapat bunyi napas tambahan ronchi di lapang paru kan dan kiri, dan terdapat penurunan suara napas.	Inspeksi: pergerakan dinding dada simetris, terdapat tarikan dinding dada kedalam, tidak ada oto bantu pernapasan Palpasi: tidak ada nyeri tekan Perkusi: suara sonor Auskultasi: terdapat bunyi napas tambahan ronchi di lapang paru kan dan kiri, dan terdapat penurunan suara napas.

+	+
+	—
—	—

+	+
—	—
—	+

Pemeriksaan fisik	Anak 1	Anak 2
Sistem kardiovaskuler	Inspeksi: ictus cordis tidak terlihat. Palpasi: ictus cordis teraba di ics 5 mid clavicula Perkusi: suara pekak Auskultasi: S1/S2 tunggal regular.	Inspeksi: ictus cordis tidak terlihat. Palpasi: ictus cordis teraba di ics 5 mid clavicula. Perkusi: suara pekak. Auskultasi: S1/S2 tunggal regular.
Abdomen	Inspeksi: bentuk flat, tidak tampak vena abdomen. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ. Perkusi: suara tympani di empat regio. Auskultasi: terdengar bising usus 10x/ menit.	Inspeksi: bentuk flat, tidak tampak vena abdomen. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ. Perkusi: suara tympani di empat regio. Auskultasi: terdengar bising usus 7x/ menit.
Extremitas	Inspeksi: extremitas atas terdapat dua tangan dengan panjang sama terdapat sepuluh jari-jari tangan, extremitas bawah terdapat dua kaki dengan panjang sama terdapat sepuluh jari-jari kaki. Palpasi: tidak ada nyeri tekan atau edema.	Inspeksi: extremitas atas terdapat dua tangan dengan panjang sama terdapat sepuluh jari-jari tangan, extremitas bawah terdapat dua kaki dengan panjang sama terdapat sepuluh jari-jari kaki. Palpasi: tidak ada nyeri tekan atau edema.
Integumen	Akral hangat, kuku pendek bersih, turgor baik, tidak ada clubbing finger, CRT <2 detik.	Akral hangat, kuku pendek bersih, turgor baik, tidak ada clubbing finger, CRT <2 detik.

Berdasarkan tabel tabel 4.7 diatas bahawa di dapatkan data pada anak 1 suhu tubuh 38,9°C, nadi 130x/ menit, RR 40x/ menit kesadaran anak composmentis sadar penuh, sedangkan anak 2 pada pemeriksaan fisik suhu 38,7°C, nadi 136x/ menit, RR 44x/menit kesaran composmentis sadar penuh. Pada sistem pernapasan anak 1 pergerakan dinding dada simetris, terdapat tarikan dinding dada kedalam, tidak ada otot bantu pernapasan, terdengar suara ronchi di lapang paru kanan kiri, dan terdapat penurunan bunyi napas. Sedangkan pada anak 2 didapatkan pergerakan dinding dada simetris, terdapat tarikan dinding dada kedalam, terdengar suara ronchi di lapang paru kanan kiri, dan terdapat penurunan bunyi napas.

Pada anak dengan pneumonia di pemeriksaan fisik sistem pernapasan didapatkan inspeksi tampak perubahan frekuensi napas dan irama, dispnea progresif. Pada auskultasi terdengar suara pernafasan yang meningkat intensitasnya. Suara pernafasan tambahan ronki (Riyadi 2009). Penulis mengemukakan bahwa ada kesamaan antara fakta dan teori dari kedua anak karena terdapat masalah pada sistem pernapasan. Adanya suara ronchi karena

udara yang masuk kedalam paru-paru melalui saluran pernapasan mengalami penyempitan, hal ini mengakibatkan peningkatan frekuensi pernapasan karena penyempitan saluran pernapasan disebabkan mucus yang tidak bisa dikeluarkan.

4.2.8 Hasil Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.8 Pemeriksaan penunjang partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Foto Thorax			
	Anak 1	Anak 2	
	Dilakukan foto thoraks AP dengan hasil terdapat bercak infiltrate di lobus atas paru-paru kiri, lobus atas tengah paru-paru kanan	Dilakukan foto thoraks AP dengan hasil terdapat bercak infiltrate di lobus atas paru-paru kanan, lobus atas atas dan bawah pada paru-paru kiri	
Laboratorium			
	Anak 1	Anak 2	hasil
Hemoglobin	10,4	9,8	P 13,0 – 18,0 g/dl L 14,0 – 18,0 g/dl
Leukosit	10.900	10.720	35.00 – 10.000/cmm
Eritrosit	3,48	4,46	L 4,5 – 6,5 juta/cmm P 3,0 – 6,0 juta/cmm
Laju Endap Darah	-	-	L 0 – 5/jam P 0 – 7/jam
Hematokrit	34	31	L 40 – 54 % P 35 – 47 %
Trombosit	324.000	450.000	150000 – 450000
SGOT	59	90	Up to 37 mU/ml
SGPT	62	64	Up to 40 mU/ml
GDA Acak	100	89	63 – 115 mg/dl

Berdasarkan tabel 4.8 dari hasil foto thorax kedua anak sama-sama mengalami gambaran pneumonia dengan ditemukan gambaran infiltrate di paru-paru anak. Dari data laboratorium kedua anak sama-sama mengalami kenaikan leukosit, jumlah leukosit anak 1 10.900 /cmm dan anak 2 10.270/cmm.

Kyle (2016) berpendapat bahwa pada bayi dan anak yang masih kecil, pemerangkapan udara bilateral dan infiltrate (pengumpulan sel radang, debris sel, dan organism asing) perihilus merupakan temuan paling umum. Area bercak konsolidasi juga dapat ditemukan. Pada foto toraks pneumonia kadang-kadang tidak selalu dapat ditemukan bercak-bercak infiltrate halus yang dapat mencapai hampir seluruh paru. Hal ini sejalan dengan pendapat Danusantoso (2014) bahwa Gambaran infiltrat merupakan gambaran terperangkapnya udara pada bronkus karena tidak adanya pertukaran pada bronkus dan merupakan gambaran khas pada bronkopneumonia.

Danusantoso mengemukakan, pemeriksaan darah rutin akan menunjukkan adanya lekositosis berat (bisa sampai 20.000 sel/mm³). Pemeriksaan diferensial

memperlihatkan pergeseran ke kiri (sel batang yang jauh melebihi normal). Kalau diperiksa kadar oksigen dalam darah akan didapatkan hasil hipoksemia dan pada saat pemeriksaan kultur sputum makan akan ditemukan kuman penyebab pneumonia Danusantoso (2016).

Penulis berpendapat bahwa keua anak tersebut terdiagnosa pneumonia karena ditinjau dari hasil pemeriksaan foto thorak menunjukkan hasil adanya infiltrate cairan di paru-paru anak dan hasil laboratorium anak 1 dan 2 menunjukkan kenaikan leukosit lebih dari 10.000/cmm hal ini membuktikan adanya infeksi.

4.2.9 Program dan rencana pengobatan

Tabel 4.9 Program dan rencana pengobatan partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Terapi	Anak 1	Anak 2
Infus	D5 1/4 NS 500cc/24 jam	D5 1/4 NS 600cc/24 jam
Injeksi	Cefotaxim 3 x 250 mg Indexone 3 x 1/4 amp Santagesic 3 x 120 mg combiven 1/3 amp dan PZ 2cc	Cefo 3 x 250 mg Indexone 3 x 1/4 amp Santagesic 3 x 120 mg combiven 1/3 amp dan PZ 2cc

Berdasarkan tabel 4.9 anak 1 mendapat cairan infus D5 1/4 NS 500cc/24 jam sedangkan anak 2 mendapat cairan infus D5 1/4 NS 600cc/24 jam. Untuk terapi injeksi pada anak 1 obat cefotaxim 3 x 250 mg, Indexone 3 x 1/4 amp, santagesic 3 x 120 mg. Sedangkan anak 2 mendapat terapi injeksi cefotaxim 3 x 250 mg, Indexone 3 x 1/4 amp, santagesic 3 x 120 mg.

Obat *Cefotaxime* adalah obat antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri misalnya infeksi pernafasan bagian bawah, infeksi saluran kemih, meningitis, dan gonore. Obat ini termasuk dalam kelas antibiotik bernama cephalosporin. Antibiotik ini bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri. Obat *Indexon* adalah nama dagang dari deksametason. Obat ini termasuk ke dalam golongan kortikosteroid disamping prednison, hidrokortison, dll. Fungsi utama indexon adalah sebagai antiperadangan (anti inflamasi) dan antialergi. Oleh karena itu, obat ini digunakan secara luas untuk berbagai macam penyakit yang mempunyai gejala peradangan atau penyakit yang mekanisme dasarnya adalah alergi. Obat *Santagesic* merupakan obat yang mengandung *natrium metamizole*

untuk analgesik, antipiretik, antispasmodic, obat ini juga memiliki anti inflamasi minimal penggunaan metamizole umumnya secara oral atau parenteral untuk mencegah dan mengobati nyeri akut atau nyeri kronik.

Menurut Ngastiyah (2014) pemberian penisilin 50.000 U/kg/BB/Hari, ditambah dengan kloramfenikol 50 sampai 70 mg/kg/BB/hari atau diberikan antibiotik yang mempunyai spektrum luas seperti ampicilin. Pemberian oksigen dan cairan intravena, biasanya diperlukan campur glukose 5% dan NaCl 0,9% dalam perbandingan 3:1 ditambah larutan KCl 10mEq/500 ml/botol infus.

Penulis berpendapat bahwa kedua klien tidak diberikan penisilin akan tetapi kedua klien diberikan obat cefotaxim karena masih merupakan obat antibiotik salah satunya untuk infeksi pernapasan akibat bakteri atau virus, dan pemberian oksigen juga tidak diberikan karena kedua klien masih mampu mendapatkan oksigen dari udara tanpa bantuan oksigen.

4.2.10 Analisa data

Tabel 4.10 Analisa Data partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Analisa data	Anak 1	Anak 2
Data	<p>DS: Ibu anak mengatakan anaknya batuk berdahak, sesak badanya panas . Ibu anak mengatakan badan anaknya panas, batuk berdahak, selama 3 hari.</p> <p>DO: Suhu: 38,9°C Nadi 130x/ menit RR: 44x/ menit Suara sonor Sputum tidak bisa keluar Ronchi</p> <p style="text-align: center;"> $\begin{array}{c c} + & + \\ \hline + & - \\ \hline - & - \end{array}$ </p> <p>Penurunan suara napas Hasil foto thoraks AP terdapat bercak infiltrate di lobus atas paru-paru kiri, lobus atas dan tengah pada paru-paru kanan. Kesimpulan : mengarah gambaran pneumonia Peningkatan leukosit 10.900/cmm</p>	<p>DS: Ibu anak mengatakn anaknya batuk grok-grok sesak saat menangis badannya panas mulai tadi malam. Ibu anak mengatakan anaknya panas dan batuk selama selama 5 hari.</p> <p>DO: Suhu: 38,7°C Nadi: 136x/ menit RR: 46x/ menit Suara Sonor Sputum tidak bisa keluar Ronchi</p> <p style="text-align: center;"> $\begin{array}{c c} + & + \\ \hline - & - \\ \hline - & + \end{array}$ </p> <p>Penurunan suara napas Hasil foto thoraks AP terdapat bercak infiltrate di lobus atas paru-paru kanan, lobus atas dan bawah pada paru-paru kiri. Kesimpulan : mengarah gambaran pneumonia Peningkatan leukosit 10.720/cmm</p>

Analisa data	Anak 1	Anak 2
Penyebab	Infeksi saluran pernafasan atas ↓ Kuman berlebihan dibronkus ↓ Proses peradangan ↓ Akumulasi sekret dibronkus ↓ Ketidakefektifan bersihan jalan napas	Infeksi saluran pernafasan atas ↓ Kuman berlebihan dibronkus ↓ Proses peradangan ↓ Akumulasi sekret dibronkus ↓ Ketidakefektifan bersihan jalan napas
Masalah		

Berdasarkan Tabel 4.10 didapatkan data bahwa kedua anak mengalami kelelahan data subjektif kedua anak mengalami batuk berdahak. Data subjektif didapatkan adanya peningkatan frekuensi pernapasan, sputum tidak bisa dikeluarkan, terdapat suara napas tambahan ronchi di lapang paru, dari hasil foto thorax menunjukkan adanya gambaran pneumonia serta peningkatan leukosit.

Tabel 4.11 Batasan karakteristik partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Batasan Karakteristik	Anak 1	Anak 2
Dispnea	✓	✓
Suara napas tambahan	✓	✓
Perubahan pada irama dan frekuensi napas	✓	✓
Sianosis	-	-
Kesulitan untuk berbicara	-	-
Perubahan suara napas	-	-
Sputum berlebih	-	-
Batuk tidak efektif atau tidak ada	✓	✓
Ortopnea	-	-
Gelisah	-	-
Mata terbelalak	-	-

Pada tabel 4.11 di atas bahwa batasan karakteristik pada anak 1 dan 2 sama-sama memiliki empat dari enam batasan karakteristik yaitu dispnea, suara napas tambahan, perubahan frekuensi pernapasan, batuk yang tidak efektif. Diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan nafas ini ditegakkan jika terdapat tanda berupa keluhan batuk yang tidak efektif, adanya sputum dalam jumlah berlebih hingga menyebabkan suara ronchi saat dilakukan auskultasi, serta peningkatan frekuensi pernapasan menunjukkan bahwa anak mengalami sesak napas. Tanda minor yang mungkin ditemukan untuk menegakkan diagnosis ini adalah perubahan irama pernapasan, sianosis, penurunan bunyi napas dan gelisah.

Penulis berpendapat bahwa kedua klien memiliki lebih dari satu batasan karakteristik yaitu memiliki 4 batasan karakteristik dari 11 batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalana napas. Sedangkan 7 batasan karakteristik pada kedua klien tidak ditemukan yaitu tidak ditemukan sianosis walaupun pasien mengamali sesak namun kadar oksigen dalam darah masih optimal, selain itu klien tidak mengalami sulit untuk berbicara karena kedua klien masih balita dan belum bisa berbicara layaknya orang dewasa, sputum dalam jumlah berlebih tidak ditemukan meskipun pada auskultasi terdengar suara ronchi.

Kedua klien tidak mengalami perubahan suara napas bonchial dan bronkovaskular, ortopnea pada kedua klien juga tidak ditemukan karena pada saat posisi tidur klien tidak mengalami kesulitan untuk bernapas, selain itu gelisah tidak ditemukan pada kedua klien, menurut penulis hal ini karena kedua klien masih dalam kondisi sadar penuh, mata terbelalak juga tidak ditemukan karena kedua klien masih dalam kondisi sadar penuh dan tidak mengalami dispnea yang menyebabkan penurunan kesadaran.

4.3 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.12 Diagnosa keperawatan partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Anak	Prioritas diagnosa keperawatan
Anak 1	Ketidakefektifanbersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan adanya ronchi. Dispnea, suara napas tambahan, RR 44 x/mnt, batuk yang tidak efektif.
Anak 2	Ketidakefektifanbersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan adanya ronchi. Dispnea, suara napas tambahan, RR 46 x/mnt, batuk yang tidak efektif.

4.4 Intervensi

Tabel 4.13 Intervensi partisipan pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Anak 1	Anak 2
<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam anak mampu menunjukkan bersihan jalan nafas yang efektif</p> <p>Kriteria hasil : Status pernafasan : kepatenan jalan nafas dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irama nafas regular 2. Respiratori rate: 28-40x/menit). 3. Kedalaman inspirasi (dikaji dengan mengobservasi derajat penyimpangan atau gerakan dinding dada). 4. Akumulasi sputum berkurang. 5. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas 6. Tidak ada suara ronkhi maupun mengi 	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam anak mampu menunjukkan bersihan jalan nafas yang efektif</p> <p>Kriteria hasil : Status pernafasan : kepatenan jalan nafas dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irama nafas regular 2. Respiratori rate: 28-40x/menit). 3. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas 4. Tidak ada suara ronkhi maupun mengi
<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pernapasan <ol style="list-style-type: none"> 1) Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 2) Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan ronchi, wheezing. 3) Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot bantu. 4) Pantau pola pernapasan bradipnea, takipnea, hiperventilasi, pernapasan kussmaul, pernapasan chyne-stokes, pernapasan apneastik. b. Manajemen Jalan Napas <ol style="list-style-type: none"> 5) Posisikan anak untuk memaksimalkan ventilasi. 6) Lakukan Clapping dada adalah suatu bentuk terapi dengan menggunakan tangan. 7) Anjurkan minum air hangat (ASI atau susu formula hangat). Peningkatan kesehatan 8) Berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. 9) Dukung kebutuhan hidrasi anak, pemberian cairan IV D5 1/4 NS 500cc/24 jam 10) Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> a) Cefotaxim 3 x 250 mg b) Indexone 3 x 1/4 amp c) Santagesic 3 x 120 mg 11) Berikan nebulizer Terapi nebulisasi bertujuan untuk mengurangi sesak dengan combiven 1/3 amp dan PZ 2cc 	<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pernapasan <ol style="list-style-type: none"> 1) Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 2) Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan ronchi, wheezing. 3) Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot bantu. 4) Pantau pola pernapasan bradipnea, takipnea, hiperventilasi, pernapasan kussmaul, pernapasan chyne-stokes, pernapasan apneastik. b. Manajemen Jalan Napas <ol style="list-style-type: none"> 5) Posisikan anak untuk memaksimalkan ventilasi. 6) Lakukan clapping dada adalah suatu bentuk terapi dengan menggunakan tangan. 7) Anjurkan minum air hangat (ASI atau susu formula hangat). Peningkatan kesehatan 8) Berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. 9) Dukung kebutuhan hidrasi anak, pemberian cairan IV D5 1/4 NS 600cc/24 jam 10) Kolaborasi pemberian antibiotik <ol style="list-style-type: none"> a) Cefotaxim 3 x 250 mg b) Indexone 3 x 1/4 amp c) Santagesic 3 x 120 mg 11) Berikan nebulizer Terapi nebulisasi bertujuan untuk mengurangi sesak dengan combiven 1/3 amp dan PZ 2cc

Berdasarkan tabel 4.13 dari 13 intervensi keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas pada kedua klien, pada tujuan penulis menggunakan waktu 3x24 jam karena diharapkan dalam kurun waktu tersebut dispnea, batuk, dan sputum dapat berkurang atau tidak ada sehingga klien mampu mempertahankan bersihan jalan napas yang efektif. Pada kriteria hasil, penulis mengacu pada indikator yang tercantum pada bab 2, pada klien 1 penulis merumuskan 6 indikator dan pada klien 2 merumuskan 4 indikator, dua indikator yang tidak dirumuskan yaitu kedalaman inspirasi karena kedua klien hanya mengalami dispnea sedang dan klien tidak diberikan bantuan oksigenasi sehingga sehingga penulis tidak mengindikasikan kedalaman inspirasi selain itu akumulasi sputum berkurang juga tidak digunakan karena hal ini bisa dibuktikan dengan pengeluaran sputum melalui reflek batuk, sedangkan kedua klien belum bisa mengeluarkan sputum dengan cara batuk sehingga penulis tidak mengindikasikan akumulasi sputum sebagai kriteria hasil.

Pada perencanaan atau intervensi keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas pada bab 2 ada 13 intervensi meliputi 11 intervensi pada klien 1 dan klien 2. Intervensi keperawatan yang direncanakan meliputi pantau kecepatan irama dan kedalaman, perhatikan pergerakan dada, pantau pola pernapasan bradipnea, takipnea, auskultasi suara napas catat adanya suara tambahan ronchi, mengeluarkan sekret dengan suctioning, mengajarkan klien batuk efektif, posisikan anak untuk memaksimalkan ventilasi, berikan bronkodilator dan antibiotic, lakukan clapping dada, berikan nebulizer terapi nebulisasi, dukung kebutuhan hidrasi anak cairan suplemen IV, anjurkan minum air hangat, berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. Sedangkan 2 intervensi yang tidak direncanakan yaitu pengeluaran sekret dengan suction tidak direncanakan karena kedua klien dalam keadaan sadar penuh dan latih klien batuk efektif juga tidak direncanakan karena kedua klien masih terlalu kecil dan belum mengerti tentang cara batuk efektif

Intervensi monitor pernapasan dilakukan selama perawatan anak di ruangan dengan memantau kecepatan, irama, kedalaman, adanya pergerakan dinding dada abnormal, pola napas dan auskultasi suara napas tambahan sebagai bukti adanya akumulasi cairan atau sekret di saluran napas. Untuk itu intervensi yang dilakukan

untuk mempercepat perbaikan jalan napas kedua anak adalah mengatur posisi kepala anak lebih tinggi dari badan, pemberian terapi nebulisasi dan fisioterapi dada. Menurut Soemarmo (2013) bahwa sputum dapat dikeluarkan dengan pemberian terapi mukolitik, ekspektoran dan fisioterapi dada atau clapping.

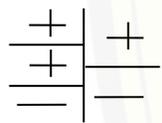
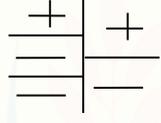
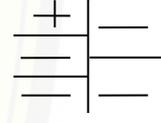
Inhalasi adalah suatu tindakan dengan memberikan penguapan agar lender lebih encer sehingga mudah dihisap. Pada inhalasi proses aerosol yang terjadi dimana obat-obatan yang dicampurkan dirubah menjadi partikel yang lebih kecil sehingga pada saat dihirup dapat masuk kedalam paru-paru dan mengurangi kepekatan sputum dan diharapkan setelah diencerkan sputum dapat lebih mudah untuk dikeluarkan. Anak yang sudah mendapatkan terapi inhalasi akan mendapatkan tindakan fisioterapi dada. Fisioterapi dada yang dilakukan adalah dengan teknik tapping dada dan clapping. Menurut Soemarmo (2013). Pada anak-anak tapping dan clapping dapat dilakukan dengan dua atau tiga jari. Teknik dengan satu tangan dapat digunakan sebagai pilihan pada tapping dan clapping yang dilakukan sendiri.

Intervensi yang lain adalah anjuran minum air hangat yang pada anak 1 dilakukan modifikasi dengan tetap pemberian ASI dikarenakan anak 1 sudah mampu diberikan minum air putih, sedangkan anak 2 hanya mengonsumsi ASI.

Penulis berpendapat bahwa pemberian fisioterapi dada atau clapping memiliki keefektifan untuk merontokkan sputum pada alveoli, dan pemberian ASI pada kedua anak memiliki keefektifan yang sama dengan minum air hangat. Hal ini dikarenakan ASI ibu memiliki suhu yang sama dengan ibunya dan ketikan ketika ibu menyusui bayi terjadi penyebaran suhu hangat atau kalor dari ibu. Hal lain yang dikemukakan oleh dr. utami (2008) bahwa suhu ASI selalu mengikuti suhu tubuh ibu. ASI dalam payudara umumnya bersuhu 37-38°C. Suhu ASI yang keluar dari payudara akan selalu hangat pada suhu 37°C, sesuai dengan tempat penyimpanannya yaitu payudara (bagian dari tubuh ibu). ASI dalam payudara juga selalu dalam kondisi baik dan siap disajikan untuk bayi.

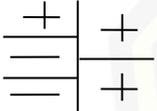
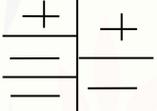
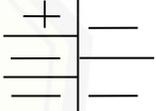
4.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.14 Implementasi Partisipan 1 pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Hari/jam	Hari ke 1	Hari/jam	Hari ke 2	Hari/jam	Hari ke 3
Selasa, 20/03/18 15.00	1. Mengukur TTV Nadi : 130x/menit Suhu : 38,9°C RR : 44x/menit	Rabu, 21/3/18 15.30	1. Mengukur TTV Nadi : 128x/menit Suhu : 37,8°C RR : 42x/menit	Kamis, 22/03/18 15.00	1. Mengukur TTV Nadi : 120x/menit Suhu : 36,4°C RR : 36x/menit
15.30	2. Auskultasi suara napas tambahan : suara <i>Ronchi</i>	15.45	2. Auskultasi suara napas tambahan : suara <i>Ronchi</i>	15.15	2. Auskultasi suara napas tambahan : suara <i>Ronchi</i>
					
15.45	3. Memantau pergerakan dada, menggunakan otot bantu pernapasan	15.50	3. Memantau pergerakan dada, menggunakan otot bantu pernapasan	15.30	3. Memantau pergerakan dada, menggunakan otot bantu pernapasan
15.50	4. Memantau pola penapasan dispnea	16.00	4. Memantau pola penapasan dispnea	16.00	4. Memantau pola penapasan dispnea
16.00	5. Mengajarkan dan memberikan posisi pada ibu klien agar klien diposisikan duduk dengan cara digendong ibu untuk memaksimalkan ventilasi pernapasan klien.	16.30	5. Mengevaluasi kemampuan ibu melakukan posisi ventilasi, ibu klien menggendong klien dengan posisi duduk untuk memaksimalkan ventilasi pernapasan klien.	16.20	5. Mendampingi ibu untuk memposisikan klien duduk dengan cara digendong untuk memaksimalkan ventilasi pernapasan klien.
16.20	6. Menganjurkan ibu agar memberikan minum air hangat atau memberikan ASI kepada klien.	16.45	6. Melakukan dan mengajari ibu klien cara melakukan clapping dada dengan cara memposisikan klien duduk dengan dipangku kemudian menepuk dada depan dan belakang menggunakan dua jari, selama 10 menit.	16.45	6. mendampingi dan mengevaluasi kemampuan ibu klien dalam melakukan clapping dada dengan cara memposisikan klien duduk dengan dipangku kemudian menepuk dada depan dan belakang menggunakan dua jari, selama 10 menit.
16.45	7. Memberikan cairan infus dengan D5 1/4 NS 500cc/24	17.00	7. Menganjurkan ibu agar memberikan minum air hangat atau memberikan ASI kepada klien.	17.00	7. Menganjurkan ibu agar memberikan

Hari/jam	Hari ke 1	Hari/jam	Hari ke 2	Hari/jam	Hari ke 3
	jam.	18.00	8. Memberikan cairan infus dengan D5 $\frac{1}{4}$ NS 500cc/24 jam.		minum air hangat atau memberikan ASI kepada klien.
19.00	8. Memberikan injeksi IV 1) Inj. <i>Cefotaxime</i> 250 mg 2) Inj. <i>Santagesic</i> 120 mg 3) Inj. <i>Indexone</i> $\frac{1}{4}$ amp	19.15	9. Memberikan injeksi IV 1) Inj. <i>Cefotaxime</i> 250 mg 2) Inj. <i>Santagesic</i> 120 mg 3) Inj. <i>Indexone</i> $\frac{1}{4}$ amp	18.00	8. Memberikan penyuluhan tentang penyakit pneumonia dan cara pencegahan dirumah. Cara pencegahan meliputi menggunakan uap air hangat agar dihirup kepada anak untuk mengurangi batuk dan mencegah kekambuhan agar tidak merokok didalam rumah, tidak membakar sampah didepan rumah dan selalu membuka jendela disiang hari.
19.30	9. Memberikan nebulizing dengan combiven $\frac{1}{3}$ amp dan PZ 2cc selama 10 menit	19.45	10. Memberikan nebulizing dengan combiven $\frac{1}{3}$ amp dan PZ 2cc selama 10 menit	19.00	9. Memberikan cairan infus dengan D5 $\frac{1}{4}$ NS 500cc/24 jam.
				19.30	10. Memberikan injeksi IV 1) Inj. <i>Cefotaxime</i> 250 mg 2) Inj. <i>Santagesic</i> 120 mg 3) Inj. <i>Indexone</i> $\frac{1}{4}$ amp
				20.00	11. Memberikan nebulizing dengan combiven $\frac{1}{3}$ amp dan PZ 2cc selama 10 menit

Tabel 4.15 Implementasi Partisipan 2 pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Hari/jam	Hari ke 1	Hari/jam	Hari ke 2	Hari/jam	Hari ke 3
Jumat, 30/03/18 15.00	1. Mengukur TTV Nadi : 128x/menit Suhu : 38,7°C RR : 46x/menit	Sabtu, 31/03/18 07.00	1. Mengukur TTV Nadi : 128x/menit Suhu : 38,9°C RR : 40x/menit	Minggu 01/04/18 15.00	1. Mengukur TTV Nadi : 128x/menit Suhu : 38,9°C RR : 32x/menit
15.45	2. Auskultasi suara napas tambahan : suara <i>Ronchi</i> 	07.10	2. Auskultasi suara napas tambahan : suara <i>Ronchi</i> 	15.15	2. Auskultasi suara napas tambahan : suara <i>Ronchi</i> 
16.00	3. Memantau pergerakan dada, menggunakan otot bantu pernapasan	07.20	3. Memantau pergerakan dada, menggunakan otot bantu pernapasan	15.30	3. Memantau pergerakan dada, menggunakan otot bantu pernapasan
16.30	4. Memantau pola penapasan dispnea	08.30	4. Memantau pola penapasan dispnea	16.00	4. Memantau pola penapasan dispnea
16.35	5. Mengajarkan dan memberikan posisi pada klien agar diposisikan duduk dengan cara digendong ibu untuk memaksimalkan ventilasi pernapasan klien.	10.00	5. Mengevaluasi kemampuan ibu melakukan posisi ventilasi, ibu klien menggendong klien dengan posisi duduk untuk memaksimalkan ventilasi pernapasan klien.	16.20	5. Mendampingi ibu untuk memposisikan klien duduk dengan cara digendong untuk memaksimalkan ventilasi pernapasan klien.
17.00	6. mengajari ibu klien dalam melakukan clapping dada dan mengajarkan kepada ibu klien cara clapping dada dengan memposisikan klien duduk dengan dipangku kemudian menepuk dada depan dan belakang menggunakan dua	10.15	6. Mengavaluasi dan mendampingi kemampuan ibu dalam melakukan clapping dada dengan cara memposisikan klien duduk dengan dipangku kemudian menepuk dada depan dan belakang menggunakan dua jari, selama 10 menit.	16.35	6. mendampingi ibu klien melakukan clapping dada dengan cara memposisikan klien duduk dengan dipangku kemudian menepuk dada depan dan belakang menggunakan dua jari, selama 10 menit.
		10.30	7. Menganjurkan ibu agar memberikan minum air hangat atau memberikan ASI kepada klien.	17.00	7. Menganjurkan ibu agar memberikan minum air hangat atau memberikan ASI kepada klien.
		11.00	8. Memberikan cairan infus dengan D5 1/4	17.20	8. Memberikan penyuluhan tentang penyakit pneumonia dan cara pencegahan dirumah. Cara pencegahan

Hari/jam	Hari ke 1	Hari/jam	Hari ke 2	Hari/jam	Hari ke 3
17.00	jari, selama 10 menit.		NS 500cc/24 jam.		meliputi menggunakan uap air hangat
	7. Menganjurkan ibu agar memberikan minum air hangat atau memberikan ASI kepada klien.	12.00	9. Memberikan injeksi IV 4) Inj. <i>Cefotaxime</i> 250 mg 5) Inj. <i>Santagesic</i> 120 mg 6) Inj. <i>Indexone</i> 1/4 amp		agar dihirup kepada anak untuk mengurangi batuk dan mencegah kekambuhan agar tidak merokok didalam rumah, tidak membakar sampah didepan rumah dan selalu membuka jendela disiang hari.
19.00	8. Memberikan cairan infus dengan D5 1/4 NS 500cc/24 jam.	12.30	10. Memberikan nebulizing dengan combiven 1/3 amp dan PZ 2cc selama 10 menit	19.00	9. Memberikan cairan infus dengan D5 1/4 NS 500cc/24 jam.
19.30	9. Memberikan injeksi IV 4) Inj. <i>Cefotaxime</i> 250 mg 5) Inj. <i>Santagesic</i> 120 mg 6) Inj. <i>Indexone</i> 1/4 amp			19.30	10. Memberikan injeksi IV 4) Inj. <i>Cefotaxime</i> 250 mg 5) Inj. <i>Santagesic</i> 120 mg 6) Inj. <i>Indexone</i> 1/4 amp
20.00	10. Memberikan nebulizing dengan combiven 1/3 amp dan PZ 2cc selama 10 menit			20.00	11. Memberikan nebulizing dengan combiven 1/3 amp dan PZ 2cc selama 10 menit

Berdasarkan Tabel 4.14 dan 4.15 implementasi diatas prinsipnya semua tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien mengacu pada perencanaan atau intervensi pada tabel intervensi keperawatan asuhan keperawatan pada anak pneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Pada hari pertama klien 1 tidak dilakukan clapping dada, karena ibu dan klien masih belum kooperatif, sedangkan pada klien 2 dilakukan clapping dada karena ibu klien sudah kooperatif, kemudian pada kedua klien penulis mengajarkan ibu agar klien diposisikan duduk dengan cara digendong untuk mamaksimalkan ventilasi, dan menganjurkan ibu untuk memberikan minum air hangat atau ASI kepada klien untuk pengenceran sekret, serta kedua klien dilakukan nebulizing dengan combiven $\frac{1}{3}$ amp dan PZ 2cc selama 10 menit.

Pada hari 2 ibu klien 1 sudah mulai kooperatif sehingga dapat melakukan clapping dada dengan dua jari selama 10 menit, kemudian dilakukan evaluasi kemampuan ibu dalam memposisikan klien agar digendong untuk memaksimalkan ventilasi dan diberikan minum air hangat atau Asi, hasilnya ialah kedua ibu klien sudah mampu mempertahankan dan memaksimalkan posisi klien supaya kepala lebih tinggi dari badannya untuk memaksilkan ventilasi, dan juga kedua ibu klien sudah kooperatif dalam memberikan minum air hangat untuk pengenceran sekret.

Sedangkan intervensi memberikan pendidikan kesehatan pada kedua klien tidak dilakukan pada hari pertama dan kedua, hal ini tidak diberikan karena intervensi tersebut merupakan penyuluhan kesehatan dan pencegahan dirumah maka penulis mengimplementasikan pada hari ketiga, memberikan penyuluhan kesehatan tentang pneumonia dan cara pencegahan dirumah meliputi menggunakan uap air hangat agar dihirup kepada anak untuk mengurangi batuk dan mencegah kekambuhan agar tidak merokok didalam rumah, tidak membakar sampah didepan rumah dan selalu membuka jendela disiang hari.

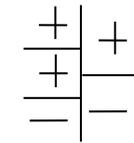
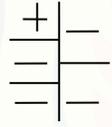
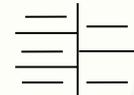
Program pengobatan yang diberikan pada klien 1 yaitu pemberian cairan intravena berupa cairan Infus *D5 $\frac{1}{4}$ NS* 500cc/24 jam, dan pemberian obat, Injeksi *Cefotaxime* 3 x 250 mg, Injeksi *indexon* 3 x $\frac{1}{4}$ amp, injeksi *Santagesic* 3 X 120 mg (bila anak demam) dan pemberian terapi nebulisasi dengan *Combivent* 3 x $\frac{1}{3}$ cc (ditambah PZ 2cc). sedangkan pada anak 2 yaitu pemberian cairan intravena

berupa cairan Infus *D5 1/4 NS* 600cc/24 jam, dan pemberian obat injeksi Injeksi *Cefotaxime* 3 x 250 mg, Injeksi *Indexon* 3 x 1/4 amp, injeksi *Santagesic* 3 x 120 mg, dan pemberian terapi nebulisasi dengan *Combivent* 3 x 1/2cc (ditambah PZ 2cc).



4.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.16 Evaluasi partisipan 1 pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3
<p>S : Ibu anak mengatakan anak masih batuk grok-grok, sesak berkurang dan sudah tidak demam</p> <p>O : 1. Irama nafas regular. 2. RR 44 x/menit 3. meenggunaan otot bantu napas 4. Terdengar suara ronchi</p>  <p>A : Tujuan belum tercapai P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Ibu anak mengatakan batuk anak sudah mendingan, tidak sering, dan sudah tidak sesak</p> <p>O : 1. RR 36x/ menit (dalam rentang normal) 2. Terdengar suara ronchi, tetapi sudah berkurang di beberapa lobus</p>  <p>3. Penurunan bunyi napas 4. Irama napas regular 5. Pergerakan dinding dada simetris 6. Tidak menggunakan otot bantu napas</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Ibu anak mengatakan batuk anak sudah jarang, dan sudah tidak sesak</p> <p>O : 1. RR 30x/ menit (dalam rentang normal) 2. Irama napas regular 3. Pergerakan dinding dada simetris 4. Tidak menggunakan otot bantu napas 5. Tidak terdengar suara ronchi, 6. Akumulasi sputum tidak ada</p>  <p>A : Tujuan tercapai P : Hentikan intervensi, berikan HE cara perawatan dirumah</p>

Tabel 4.17 Evaluasi partisipan 2 pneumoni di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Bulan Maret Tahun 2018.

Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3
<p>S : Ibu anak mengatakan anak masih batuk grok-grok, dahak tidak keluar, sesak berkurang dan sudah tidak demam maupun kejang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irama nafas regular. 2. RR 44 x/menit <div style="text-align: center;"> </div> <p>A :Tujuan belum tercapai P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Ibu anak mengatakan batuk anak sudah mendingan, tidak sering, dahak sudah keluar, dan sudah tidak sesak</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RR 36x/ menit (dalam rentang normal) <div style="text-align: center;"> </div> <ol style="list-style-type: none"> 2. Irama napas regular 3. Tidak ada penggunaan otot bantu napas <p>A : Tujuan tercapai sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Ibu anak mengatakan batuk anak sudah jarang, dan sudah tidak sesak, tidak demam</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RR 32x/ menit (dalam rentang normal) 2. Irama napas regular 3. Tidak menggunakan otot bantu napas 4. Tidak terdengar suara ronchi <div style="text-align: center;"> </div> <p>A : Tujuan tercapai P : Hentikan intervensi, berikan HE cara perawatan dirumah</p>

Berdasarkan tabel 4.16 dan 4.17 tujuan evaluasi adalah untuk menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan atau kriteria hasil yang telah dicapai. Evaluasi keperawatan pada anak pneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu RR dalam rentang normal (28-40x/menit) tidak sesak, irama pernafasan normal, keluhan betuk berkurang, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan,

Pada evaluasi hari pertama kedua klien menunjukkan analisis tujuan belum tercapai. Dimana kedua klien masih menggunakan oto bantu pernapasan. menurut penulis kondisi ini dikarena klien masih sesak dan adanya ronkhi di paru-paru, karena pada klien 1 ibu dan klien belum kooperatif sehingga tidak dapat memberikan clapping dada, sedangkan pada klien 2 sudah bisa dilakukan clapping dada. Pada hari kedua dipadatkan evaluasi klien tujuan teratasi sebagian, adapun yang belum tercapai pada hari kedua adalah masih adanya suara roncki di paru-paru namun berangsur berkurang, sehingga pada hari kedua tindakan yang dilakukan penulis pada klien 1 melakukan dan mengajarkan ibu cara clapping dada dengan dua jari, sedangkan pada klien 2 hanya mendampingi karena ibu klien sudah diajarkan cara melakukan clapping. pada hari ketiga kedua klien menunjukkan tidak adanya ronkhi, tidak menggunakan otot bantu pernapasan dan irama napas regular. menurut penulis pada evaluasi hari ketiga kedua klien menunjukkan tujuan teratasi, sehingga penulis melakukan penyuluhan tentang penyakit pneumonia dan cara pencegahan dirumah, seperti tidak membakar sampah didepan ruamh, tidak merokok didalam ruamh serta bisa lakukan perawatan dirumah seperti menggunakan uap air hangat untuk dihirup kepada klien seingga dapat mencegah kekambuhan penyeakit penumonia.

BAB 5 PENUTUP

Setelah menguraikan dan membahas “Asuhan Keperawatan Bronkopneumonia pada An. D dan An. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” maka pada bab ini penulis akan menyimpulkan dan menyampaikan saran untuk perbaikan asuhan keperawatan di masa yang akan datang.

5.1 Simpulan

5.1.1 Pengkajian

Data yang didapat dari hasil pengkajian pada kedua anak mengalami keluhan panas disertai batuk berdahak dengan kurun waktu lebih dari 3 hari. Pada hasil pemeriksaan laboratorium leukosit di atas 10.000/cmm serta hasil foto *rontgen* mengarah pada penyakit pneumonia. Pengkajian pada kedua klien dibapatkan data keluhan anak sama-sama mengalami sesak, batuk berdahak dan demam selama beberapa hari. Data anamnesis yang didapat dari ibu kedua klien bahwa di rumah sama-sama ada anggota keluarga yang merokok sehingga kedua anak terpapar oleh asap rokok, dari anamnesis pemberian imunisasi, anak 1 tidak mendapat imunisasi DPT dan anak 2 tidak mendapat imunisasi campak, kedua imunisasi ini jika tidak diberikan maka menimbulkan komplikasi salah satunya penyakit pneumonia. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data bahwa kedua anak mengalami peningkatan RR lebih dari 40x/menit, suara perkusi paru sonor, terdengar suara napas tambahan ronchi saat di auskultasi.

5.1.2 Diagnosa

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua anak mengalami demam dan batuk dengan dahak tidak bisa dikeluarkan selama lebih dari 3 hari dari pemeriksaan fisik terdapat RR meningkat lebih dari 40x/menit, saat di auskultasi terdengar suara napas tambahan ronchi, pemeriksaan laboratorium mengalami kenaikan lebih dari 10.000/cmm.

Dalam kasus ini, pada anak 1 dan anak 2 sesuai dengan teori yaitu terdapat tanda dan gejala yang sesuai dengan batasan karakteristik ketidakefektifan

bersihkan jalan nafas. Dari 11 batasan karakteristik pada anak 1 dan anak 2 yang muncul 4 batasan karakteristik yang meliputi keluhan dispnea, frekuensi nafas atau RR meningkat lebih dari 40x/menit terdapat suara nafas tambahan ronchi, dan batuk yang tidak efektif. atau RR meningkat, terdapat suara nafas tambahan ronchi dan batuk yang tidak efektif.

5.1.2 Intervensi

Berdasarkan intervensi keperawatan NIC 2016, dari 13 intervensi keperawatan, penulis hanya merencanakan 11 intervensi, 2 intervensi yang tidak direncanakan meliputi ajarkan batuk efektif, suctioning intervensi tidak dilakukan karena kedua anak masih terlalu kecil dan belum mengerti cara batuk efektif sedangkan suctioning tidak direncanakan karena kedua anak masih dalam keadaan sadar penuh. Intervensi yang direncanakan untuk mempercepat perbaikan kepatenan jalan nafas kedua anak meliputi fisioterapi dada atau clapping, ajarkan anak minum air hangat atau ASI, dan pemberian terapi nebulizer, fisioterapi dada atau clapping direncanakan karena bisa dilakukan secara mandiri oleh ibu setelah anak sudah diberikan terapi nebulizer. Kolaborasi pemberian hidrasi cairan infus D5 1/4 NS 500cc/24 jam dan D5 1/4 NS 600cc/24, kemudian pemberian antibiotik dan antipiretik *Cefotaxime* 3 x 250 mg, Injeksi *indexon* 3 x 1/4 amp, injeksi *Santagesic* 3 X 120 mg (bila anak demam) dan pemberian terapi nebulisasi dengan *Combivent* 3 x 1/3cc (ditambah PZ 2cc).

5.1.3 Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua anak mengacu pada intervensi keperawatan yang telah direncanakan, tetapi tidak semua intervensi dapat dilaksanakan kepada anak, harus disesuaikan dengan kondisi dan respon setiap anak. Implementasi keperawatan dilakukan meliputi mengatur posisi kepala lebih tinggi dari badan untuk memekasimalkan ventilasi, memberikan terapi nebulisasi, melakukan fisioterapi dada atau clapping dengan cara 1 atau 2 jari, memberikan minum air hangat dengan minum ASI karena suhu asi sama seperti suhu tubuh ibu, memberikan pendidikan kesehatan tentang pneumonia dan polahidup bersih dan sehat diruamh.

5.1.3 Evaluasi

Pada hari ketiga perawatan anak 1 dan anak 2 sama-sama menunjukkan penurunan irama pernapasan, RR dalam rentang normal (28 – 40x/menit), tidak sesak, suara ronchi berkurang, tidak ada otot bantu pernapasan dapat dibuktikan bahwa kedua anak mengalami perbaikan dan pencapaian selama tiga hari perawatan dengan 6 kriteria hasil yang telah direncanakan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi keluarga

Diharapkan keluarga dapat menerapkan fisioterapi dada atau clapping dirumah dan melakukan pencegahan dengan tidak membakar sampah didepan rumah, tidak merokok didalam rumah serta menerapkan pola hidup bersih dan sehat di rumah.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan standart operasional sesuai kondisi pasien dengan menerapkan terapi fisioterapi dada sebagai tindakan mandiri keperawatan.

5.2.3 Bagi Rumah sakit

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan pelayanan berkualitas (Petugas di ruang bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang) dalam memberikan asuhan keperawatan pneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan, supaya fisioterapi dada dapat dijadikan sebagai salah satu tindakan atau prosedur tetap yang dapat dilakukan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan bagi anak terutama yang mengalami gangguan bersihan jalan nafas.

5.2.4 Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian asuhan keperawatan pneumonia pada An. D dan An.S dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang bougenville RSUD dr.Haryoto lumajang tahun 2018 sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Athen, A., & Ika, D. (2014). Pneumonia Pada Anak Balita di Indonesia. *Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI* , 360.
- Bezt, C. L. (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatri, Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Bickley, L., & Szilagy, P. (2015). *Bates Guide to Physical Examination & History Taking, 11 Ed.* USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bulechek, G., & dkk. (2015). *Nursing Interventions Classification (NIC) Ed.6*. Jakarta: Elsevier.
- Cahyaningsih, D. S. (2011). *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: CV. Trans Media.
- Cahyono, S. (2014). *Tatalaksana Klinis Di Bidang Gastro dan hepatologi*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Danusantoso, H. (2014). *Ilmu Penyakit Paru edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Dinas kesehatan, K. I. (2014). *Profil Kesehatan Lumajang* , 38.
- Dinkes, J. T. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur* , 15.
- Doenges, M. E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Hartati, S., Nurhaeni, N., & Gayatri, D. (2002). Faktor Risiko Terjadinya Pneumonia Pada Anak Balita. *Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia* , 14.
- Hemand, T heather. (2015). *Diagnosa Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah Ed.2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Irman, S. (2012). *Asuhan keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Joseph, L. (2016). *Harrison Pulmonologi Penyakit Kritis edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Judith, M. W. (2016). *Diagnosa Keperawatan Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Judith, m. W., & Nancy, R. A. (2013). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes, R. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- kementrian kesehatan, R. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia* , 204.

- Kyle, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Ed.2 Vol.3*. Jakarta: EGC.
- Lynn Betz, C., & A. Sowden, L. (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Maidartati. (2014). Pengaruh Fisioterapi Dada Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Anak Usia 1-5 Tahun Yang Mengalami Gangguan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di Puskesmas Moch. Ramdhan Bandung. *Jurnal kesehatan* , 106.
- Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan gangguan pernapasan* . Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan* . Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA Internasional. (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi*. Jakarta: EGC.
- Ngastiyah. (2014). *Keperawatan anak sakit edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nixson, M. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk Pearawat dan Bidan)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- R. Darmanto, D. (2016). *Respirologi (Respiratori Medicine) Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Richard, N. M. (2008). *Buku Saka Dasar Patologis Penyakit Robbins & Cotran Edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Ridah, H. N. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- RSUD dr. Haryoto. (2016). *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang Tahun 2016*. Lumajang: RSUD dr. Haryoto.
- Setyanto, B. D., Supriyanto, & Bambang. (2010). *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta: Buku Penerbit IDAI.
- Sitohang, V. (2010). Pneumonia Balita. *Buletin Jendela Epidemiologi volume 3* , 3.
- Soetjiningsih, & Ranu, G. (2015). *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*. Jakarta: EGC.

T Heather, H., & Shigemi, K. *Diagnosa Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*.

Wargiana, R., Aini, L., & Rahmawati, I. (2012). Hubungan Pemberian MP-ASI Dini dengan Status Gizi bayi Umur 0-6 bulan wilayah kerja puskesmas pabuaran tumpang.



Lampiran 3. *Informed Consen Klien 1*

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Negeri Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. Lilis

Umur : 34 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Randuagung

Pekerjaan : Buruh Pabrik

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak Bronkopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Tahun 2018"

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang,

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Muhammad Dafid Alafrizy
NIM. 152303101145

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

Lampiran 3.2 *Informed Consen Klien 2*

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Negeri Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mustin.....
 Umur : 29 th.....
 Jenis kelamin : Perempuan.....
 Alamat : Jatiroto.....
 Pekerjaan : Buruh Pabrik.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak Bronkopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang,

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Muhammad Dafid Alafrizy
NIM. 152303101145

(.....Mustin.....)

Lampiran 3.3

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN TUGAS AKHIR: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2017												TAHUN 2018																							
	FEB				MAR-NOV				DES				JAN				FEB - MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																				
Konfirmasi Penelitian																																				
Konfirmasi Judul																																				
Penyusunan Proposal Laporan kasus																																				
Sidang Proposal																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Data																																				
Konsul Penyusunan Data																																				
Ujian Sidang																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Laporan kasus																																				

Lampiran 3.4 Surat pengambilan data

 **KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigiend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 101 /UN25.1.14.2/ UT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 15 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Muhammad Dafid Alfarizy
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101145
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 10 Januari 1997
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI
A l a m a t : Dusun Krajan RT 02 RW 04 Darungan, Kecamatan Yosowilangun,
Kabupaten Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Pneumonia Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

Dengan pembimbing :

1. Sri Wahyuningsih, SST., M.Keb

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 21 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Kampus Lumajang


AYU ATIS, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629198703 2 008

Lampiran 3.5 Surat bakesbangpol



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
 Nomor : 072/402/427.75/2018

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

Menimbang : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 182/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 21 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama MUHAMMAD DAFID ALFARIZY.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : MUHAMMAD DAFID ALFARIZY
2. Alamat : Dusun Krajan RT 2 RW 4 Desa Darungan Kec. Yosowilangun
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101145
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Pneumonia Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 01 Maret 2018 s/d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang

Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 01 Maret 2018

Kepala Badan Kesbang dan Politik
 Kabupaten Lumajang
 Kepala Bidang HAL,



Drs. ABU HASAN
 Pembina
 NIP. 195208011993031001

Tembusan Yth. :

1. PIt .Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Koord. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lampiran 4.1

SATUAN ACARA PENYULUHAN**A. Bahasan**

1. Topik : Pneumonia dan Cara Penanganannya Di Rumah
2. Hari/tanggal : Kamis, 22 Maret 2018 dan Minggu 01 April 2018
3. Waktu : Pukul 18.30 -19.00 WIB
4. Tempat : Ruang Bougenville RSUD Dr.Haryoto Lumajang
5. Sasaran : Keluarga An. D dan An. S

B. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan sasaran dapat memahami tentang pneumonia dan cara penanganannya.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 30 menit, diharapkan sasaran dapat :

- a. Menyebutkan kembali pengertian pneumonia
- b. Menyebutkan kembali 2 dari 3 penyebab pneumonia
- c. Menyebutkan kembali 2 dari 7 tanda dan gejala pneumonia
- d. Menyebutkan kembali 2 dari 5 komplikasi pada pneumonia
- e. Menyebutkan kembali 2 dari 6 cara perawatan pneumonia di rumah
- f. Menyebutkan kembali 2 dari 6 cara mencegah terjadinya pneumonia

C. Materi

- a. Pengertian pneumonia.
- b. Penyebab pneumonia.
- c. Tanda dan gejala pneumonia.
- d. Komplikasi pada pneumonia.

- e. Cara perawatan pneumonia di rumah.
- f. cara mencegah terjadinya pneumonia.

D. Metode dan Media

1. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

2. Media

- a. Leaflet

E. Evaluasi

Tanya jawab secara lisan

- a. Sebutkan pengertian pneumonia !
- b. Sebutkan 2 dari 3 penyebab pneumonia !
- c. Sebutkan 2 dari 7 tanda dan gejala pneumonia !
- d. Sebutkan 2 dari 5 komplikasi pada pneumonia !
- e. Sebutkan 2 dari 6 cara perawatan pneumonia di rumah !
- f. Sebutkan 2 dari 6 cara mencegah terjadinya pneumonia !

G. Tabel Kegiatan

Waktu	Tahap kegiatan	Kegiatan	
		Penyuluh	Sasaran
5 menit	Pembukaan	1. Membuka acara dengan mengucapkan salam kepada sasaran 2. Perkenalan 3. Menyampaikan topik dan tujuan penkes kepada sasaran	Menjawab salam Memperhatikan Mendengarkan penyuluh menyampaikan topik dan tujuan.

		4. Kontrak waktu untuk kesepakatan pelaksanaan penkes dengan sasaran	Menyetujui kesepakatan waktu pelaksanaan penkes
20 menit	Kegiatan inti	<p>1. Mengkaji ulang pengetahuan sasaran tentang materi penyuluhan.</p> <p>2. Menjelaskan materi penyuluhan kepada sasaran dengan menggunakan leaflet</p> <p>3. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk menanyakan hal-hal yang belum di mengerti dari materi yang dijelaskan penyuluh.</p>	<p>Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan</p> <p>Mendengarkan penyuluh menyampaikan materi</p> <p>Menanyakan hal-hal yang tidak dimengerti dari materi penyuluhan</p>
5 menit	Evaluasi/ penutup	<p>1. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh</p> <p>2. Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran</p> <p>3. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran.</p>	<p>Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh</p> <p>Mendengarkan penyampaian kesimpulan</p> <p>Mendengarkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam</p>

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian

Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsolidasi dan terjadi pengisapan rongga alveoli yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing.

2. Penyebab

- a. Bakteri, virus, kuman dan benda asing lainnya seperti asap rokok, asap pembakaran sampah
- b. Debu
- c. Bulu kucing

3. Tanda Dan Gejala

- a. Biasanya anak akan menderita batuk atau pilek
- b. Anak demam
- c. Batuk yang terus menerus dan kadang mengeluarkan dahak
- d. Suara napas ngorok
- e. Anak sangat gelisah
- f. Napas cepat
- g. Kadang disertai muntah dan diare

4. Penyakit Yang Akan Timbul Apabila Pneumonia Tidak Ditangani

- a. Radang otak
- b. Batuk darah
- c. Keluaran cairan dari lubang telinga
- d. Anak tidak bisa bernapas
- e. Kematian

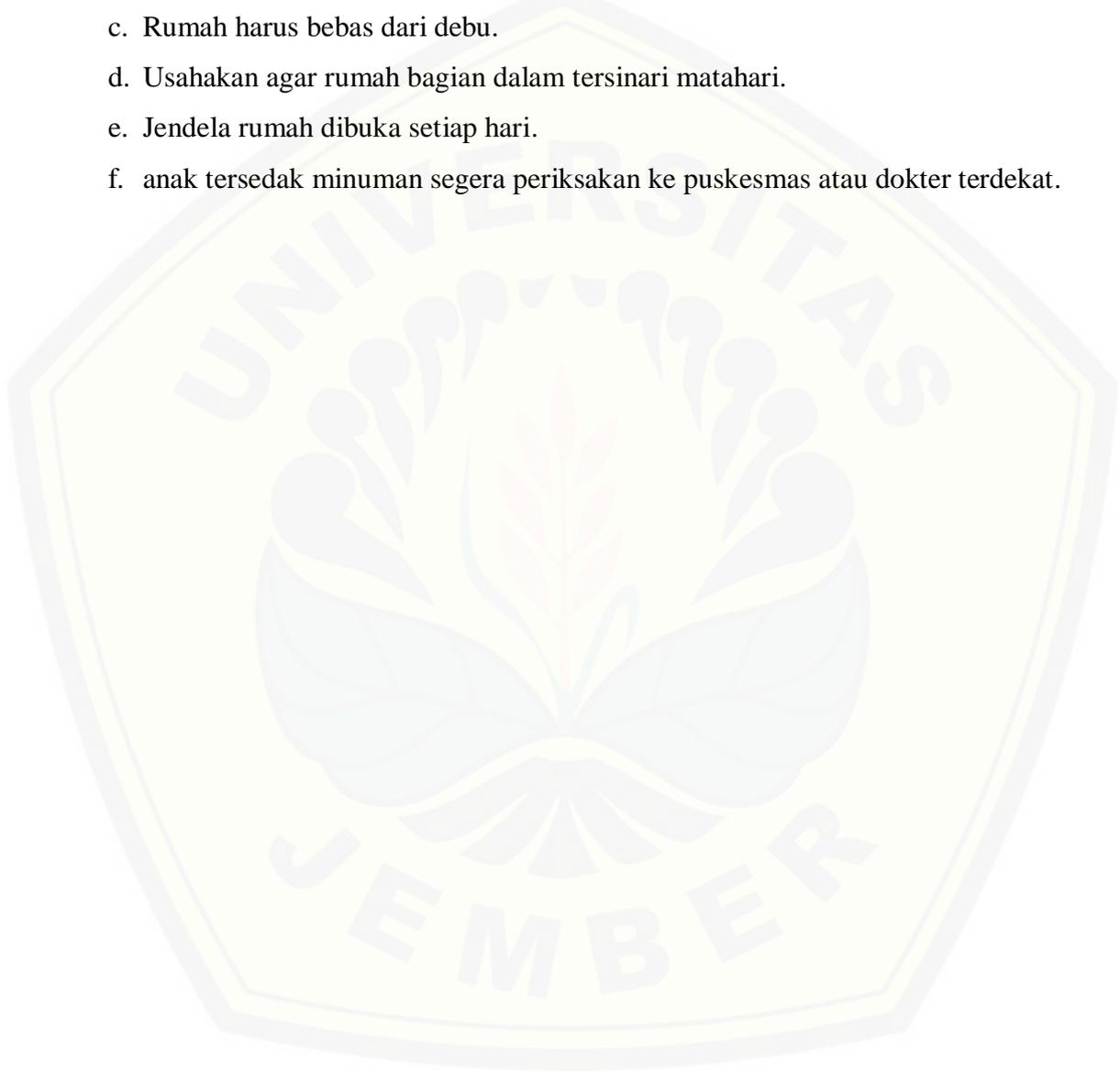
5. Cara Menangani Pneumoni Di Rumah

- a. Anak di tidurkan dengan posisi setengah duduk/diganjal dengan 3 bantal
- b. Bila anak batuk berdahak, suruh anak mengeluarkan dahaknya dengan cara dibatukkan.
- c. Bila dahak susah dikeluarkan dengan cara dibatukan, keluarkan dahak dengan cara tepukan pada punggung.

- d. Bujuk agar anak mau makan.
- e. Berikan minum ASI yang cukup.
- f. Berikan kompres hangat pada ketiak dan leher jika anak demam.

6. Cara Mencegah Terjadinya Pneumonia

- a. Cegah anak terkena udara dingin
- b. Jika anak menderita flu, segera periksakan ke puskesmas atau dokter terdekat.
- c. Rumah harus bebas dari debu.
- d. Usahakan agar rumah bagian dalam tersinari matahari.
- e. Jendela rumah dibuka setiap hari.
- f. anak tersedak minuman segera periksakan ke puskesmas atau dokter terdekat.



DAFTAR PUSTAKA

- Hartati, S., Nurhaeni, N., & Gayatri, D. (2002). Faktor Risiko Terjadinya Pneumonia Pada Anak Balita. *Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia* , 14.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan* . Jakarta: Salemba Medika.
- Ngastiyah. (2014). *Keperawatan anak sakit edisi 2*. jakarta: EGC.



	FORMULIR	No. Dok. : Akp / F / K / 29
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku Sejak : 2015 Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : MUHAMMAD DAFID ALFARIZY
NIM : 15.151
PROGRAM STUDI :
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK PERUBUMIHA DENGAN
 WASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	Februari 11/02/17	Konsul Judul	ACC		
	22/18.	Konsul BAB 1	BAB 1 M S K S		
	24/18.	Konsul BAB 2	Revisi colour. BAB 1, ACC		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	26/18.	Konsul BAB2	BAB II ASkep. 1. Klarifikasi. 2. Manifestasi klinik.		
	29/18.	Konsul BAB2	BAB II Implementasi, evaluasi.		
	30/18.	Konsul BAB3	BAB III Rancangan.		
	31/18.	Konsul BAB3	BAB III Evaluasi, FKL.		
	1/2.18.	Konsul cetak Proposal	Atc. Sidang proposal		
	6/2.18	Revisi	Pasca sidang		
	7/2.18.	Konsul Revisi	Pasca sidang BAB I II		
	8/2.18		Latar belakang. Konsep tumbuy ariat.		
	8/2	Proposal pasca sidang	Pasca sidang konsep tumbang + penulisan.		
			Konc		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	9/18	Membaca taring Masalah Batasan Istilah di Perpus			
	12/18	Konsul materi konsep Tumbang anak 4-12 th			
	12-2-18	proposal pascasarjana	Bab 1: skala mshh → revisi penyusunan bahasa. Bab 2: mana konsep anak? pakep jadian 1 saja. Bab 3: Istilah pneumoni anak spy & tabarban definisi		
	13/18	Mencari buku konsep anak	Bab 3: Revisi istilah pneumoni anak.		
	15/2 18		Acc. proposal post lab		
	19/18	Konsul BAB 4	- Urutan atribusi di Bab 2 - penguji & reviewer → data asli.		
	5/18				

- Revisi & format FTO
4 opes; & revisi ser vesda.

	FORMULIR	No. Dok. : Berlaku Sejak : Revisi :
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	

**LOG BOOK PENYUSUNAN KTI
MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

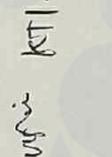
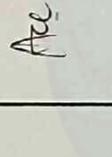
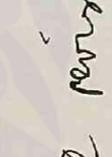
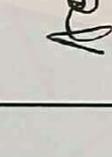
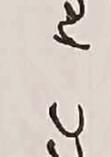
NAMA MAHASISWA : MUHAMMAD DAFID ALFARIZY
NIM : 152303101145
PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : ASUHAN KEPERAWATAN PNEUMONIA PADA AN D dan AK.S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEBEREFektifan BERSIHAN JACAN ^{MAS}

TAHAP PENULISAN KTI

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	7 / 05 18	Bab 4	- Literasi Penelitian : Book, almanak, & pengalihan terjemah - Penulisan tabel - Penulisan FTO (fakta, teori, opini) - Pengalihan : Identitas PK: b.105 b.115 Identitas Informan (penulis b.2.2.1.1.1)		
2	8 / 05 18	Bab 4			

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	9 / 18	BAB 4	Perbaiki opini pd pblagan. Dusun belanda IPO / SPK		
4	2 / 18	BAB 4	- Perbaikan opini sesuai dengan data fakta - Perintah intervensi.		
5	3 / 18	BAB 4	- Lebih menjelaskan pendapat sendiri sesuai dgn bahas lhmh. - fungsi Compact & Dept		
6	4 / 18	BAB 4	- Teori MIP ASi & Cara Pemberian - penulisan - Implementasi (fakt yg dilakukan)		
7	5 / 18	BAB 3 x 4	- Evaluasi per Capai - Pembinaan Rumpkasan - Daftar isi. BAB 3		
8	6 / 18	Rumpkasan BAB 3	- Rumpkasan - BAB 3 / buisaban & islahat + lafon		
9	9 / 18	Penyusunan	- Lembaran 8 GAP + leaflet, surat 2. - Katan pengantar, motto, perutusan - Ajes judul.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10.	10 / 18 / 07	BAB 1	<ul style="list-style-type: none"> - bimbingan & show - Set General & Kons! - Jaran vlogab manfaat. 		
11.	11 / 18 / 07	Ringkasan	<ul style="list-style-type: none"> - Ringkasan hrs membuat buku bab! 		
12	12 / 18 / 07	Ringkasan BAB 3 - 5	ACE sidang KTI		
13.	23 / 08 / 07	Pasca sidang	<ul style="list-style-type: none"> - Ringkasan (Diagnosa kep.) - Penulisan Rps - Revisi dan transfer - Pembahasan DPST - Penulisan Diagnosa kep. - Penulisan Dapus 		
14.	25 / 08 / 07	Revisi	<ul style="list-style-type: none"> Ringkasan diagnosa = non font type. ✓ Langkah, logkap 		
15.	26 / 18 / 07	Pasca sidang cover - Lampiran.	<ul style="list-style-type: none"> - Ringkasan - BAB 1 - Bab 2 penulisan - Babasan 9-11 ah 		
16.	2 / 18 / 08	Revisi Ringkasan BAB 9	<ul style="list-style-type: none"> T. Intervensi Pembahasan Intervensi T. Implementasi i. --- Implementasi T. Evaluasi Pembaca Evaluasi 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17.	10/08	Konsul 10/8 - Hard copy	Acc revisi KTI.		
18.	14/08	Konsul Hard Copy	Acc revisi KTI.		
19.	14/08	Konsul Hard copy	Acc revisi KTI		



MENGENAL PENYAKIT PNEUMONIA



Pneumonia adalah..

suatu radang paru yang mengenai bagian lobularis, biasanya didahului oleh infeksi saluran napas atas selama beberapa hari.

Penyebab Pneumonia

- Bakteri, virus, kuman dan benda asing lainnya seperti asap rokok, asap pembakaran sampah
- Debu



Tanda dan Gejala

- Biasanya anak akan menderita batuk atau pilek
- Anak demam
- Batuk yang terus menerus dan kadang mengeluarkan dahak
- Suara napas ngorok
- Napas cepat



Cara perawatan dirumah

- Anak di tidurkan dengan posisi setengah duduk/diganjal dengan 3 bantal
- Bila anak batuk berdahak, suruh anak mengeluarkan dahaknya dengan cara dibatukkan.
- Bila dahak susah dikeluarkan dengan cara dibatukkan, keluarkan dahak dengan cara tepukan pada punggung.
- Bujuk agar anak mau makan
- Berikan minum ASI yang cukup

- f. Berikan kompres hangat pada ketiak dan leher jika anak demam.



Teknik Clapping Dada



Tapping dan Clapping adalah suatu bentuk terapi dengan

menggunakan tangan, dalam posisi telungkup serta dengan gerakan menepuk secara ritmis.

Teknik ini sering digunakan dengan dua tangan. Pada anak-anak tapping dan clapping dapat dilakukan dengan dua atau tiga jari.

Tujuan Clapping Dada

Tujuan dari terapi clapping ini adalah jalan nafas bersih, secara mekanik dapat melepaskan sekret yang melekat pada dinding bronkus dan mempertahankan fungsi otot-otot pernafasan.

Teknik Clapping Dada

- a. Pastikan bayi dalam posisi tengkurap dan letakkan bantal di bawah perut, pastikan bantal itu tidak terlalu tebal.

- b. Kemudian condongkan sedikit posisi bantal dengan kedudukan kepala bayi ke bawah dan kaki di atas, pastikan kaki tetap lurus.



- c. Bentuk telapak tangan seperti cupping (lubang di tengah) atau dapat menggunakan 2 dan 3 jari tangan.



- d. Gunakan sinar matahari pagi sembari melakukan fisioterapi dada sederhana.

PHBS

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Di Rumah Tangga



Prodi D3 Keperawatan
Universitas Jember Kampus
Lumajang

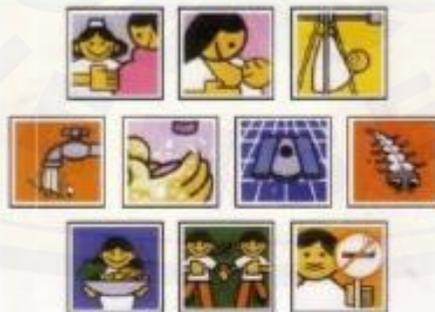
Apa Itu PHBS??

PHBS di Rumah Tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota Rumah Tangga agar tahu, mau dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.



Apa Tujuan PHBS??

PHBS di Rumah Tangga dilakukan untuk mencapai Rumah Tangga Sehat yang melakukan 10 Tatanan PHBS.



'10 Tatanan PHBS'

1. Persalinan ditolong oleh Tenaga Kesehatan



2. Memberi ASI eksklusif (0-6 Bulan)



3. Menimbang bayi dan balita



4. Menggunakan air bersih



5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun



6. Menggunakan Jamban sehat



7. Memberantas jentik di rumah



8. Makan buah dan sayur setiap hari



• 9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari



10. Tidak merokok di dalam Rumah



Ayo
Hidup
Sehat 學學學