

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep dasar

2.1.1. Pengertian

Bronkopneumonia adalah suatu cadangan pada perenkim paru yang meluas sampai bronkiali atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui cara penyabaran langsung melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Sujono Riyadi Sukarmin, 2009)

Bronkopneumonia adalah radang dinding bronkus kecil disertai atelektasis daerah percabangannya (Andra dan Yessie, 2013)

2.1.2. Etiologi

Penyebab tersering bronkopneumonia pada anak adalah pneumoniakokus sedang penyebab lainnya antara lain: streptococcus pneumonia, stapilokokusaureus, haemophilus influenza, jamur (seperti candida albicans), dan virus. Pada bayi dan anak kecil ditemukan staphylococcus aureus sebagai penyebab yang berat, serius dan sangat progresif dengan mortalitas tinggi (Sujono Riyadi Sukarmin).

2.1.3. Patofisiologi

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronkopneumonia yang masuk kesaluran pernafasan sehingga terjadi peradangan broncus dan alveolus. Inflamasi bronkus ditandai adanya penumpukan secret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi

positif dan mual. Bila penyebaran kuman sudah mencapai alveolus maka komplikasi yang terjadi adalah kolaps alveoli, fibrosis, emfisema dan atelektasis.

Kolaps alveoli akan mengakibatkan penyempitan jalan nafas, sesak nafas, dan nafas ronchi. Fibrosis bisa menyebabkan penurunan fungsi paru dan penurunan produksi surfaktan sebagai pelumas yang berfungsi untuk melembabkan rongga pleura. Emfisema (timbunya cairan atau pus dalam rongga paru) adalah tindak lanjut dari pembedahan. Atelektasis mengakibatkan peningkatan frekuensi nafas, hipoksemia, acidosis respiratori, pada klien terjadi sianosis, dispneu dan kelelahan yang akan mengakibatkan terjadinya gagal nafas.

2.1.4. Manifestasi klinis

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh suatu infeksi di saluran pernafasan bagian atas selama beberapa hari. Pada tahap awal, penderita bronkopneumonia mengalami tanda dan gejala yang khas seperti Suhu dapat naik secara mendadak 39-40 C dan mungkin disertai kejang atau demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, menggigil, nyeri dada pleuritis, batuk produktif, hidung kemerahan saat bernafas menggunakan otot aksesorius dan bisa timbul sianosis, Terdengar adanya krekels di atas paru yang sakit dan terdengar ketika konsolidas (Bennete,2013).

2.1.5. Komplikasi

Komplikasi dari bronkopneumonia adalah:

1. Atelektasis adalah pengembangan paru-paru yang tidak sempurna atau kolaps paru merupakan akibat kurangnya mobilisasi atau refleksi batuk hilang.
2. Emfisema adalah suatu keadaan dimana terkumpulnya nanah dalam rongga pleura terdapat di satu tempat atau seluruh rongga pleura.

3. Abses paru adalah pengumpulan pus dalam jaringan paru yang meradang,
4. Infeksi sistemik.
5. Endokarditis yaitu peradangan pada setiap katup endokardikal.
6. Meningitis yaitu infeksi yang menyerang selaput otak.

2.1.6. Pemeriksaan diagnostic

1. Foto thorak : bercak-bercak infiltrate pada satu atau beberapa lobus
2. Laboratorium :
 - a. Pada gambaran darah tepi : leukositosis : 15.000-40.000/mm³
 - b. Urine : warna lebih tua
 - c. Albuminemia (karena suhu naik dan sedikit thorak hialin)
 - d. Analisa gas darah arteri asidosis metabolic dengan atau tanpa retensi CO₂

2.1.7. Penatalaksanaan Medis

1. Penicillin 50.000 u/kgBB/hari + kloromfenikol 50—70 mg/kg/BB atau ampicilin (AB spektrum luas) terus sampai dengan bebas dengan 4-5 hari
2. Pemberian oksigen
3. Pemberian cairan intravena : glukosa 5% dan Nacl 0,9% 3 : 1 KCL 10 meq/500ml/botol infuse. Jadi karena sebagian besar jatuh dalam asidosis metabolic akibat kurang makan dan hipoksia.

2.1.8. Konsep dasar asuhan keperawatan anak

Filosofi keperawatan anak merupakan keyakinan atau pandangan yang *atraumatic care* dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak yang berfokus pada keluarga (*family centered care*). pencegahan terhadap trauma dan management kasus.

1. Perawatan berfokus pada keluarga

Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak mengingat anak bagian dari keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan diperlukan keterlibatan keluarga karena anak selalu membutuhkan orang tua di rumah sakit, seperti aktifitas bermain atau program perawatan lainnya. Pentingnya keterlibatan keluarga ini dapat mempengaruhi proses kesembuhan anak. Program terapi yang telah direncanakan untuk anak bisa saja tidak terlaksana jika perawat selalu membatasi keluarga dalam memberikan dukungan terhadap anak yang dirawat. Hal ini hanya akan meningkatkan stress dan ketidaknyamanan pada anak. Perawat dalam memfasilitasi keluarga dapat membantu proses menyembuhkan anak yang sakit selama dirawat. Kebutuhan keamanan dan kenyamanan bagi orang tua pada anaknya selama perawatan merupakan bagian yang paling penting dalam mengurangi dampak psikologis pada anak sehingga rencana keperawatan dengan berprinsip pada aspek kesejahteraan anak akan tercapai.

2. Atraumatik care

Atraumatik care adalah perawatan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarga. Atraumatik care sebagian bentuk perawatan terapeutik dapat memberikan kepada anak dan keluarga dengan mengurangi dampak psikologis dari tindakan keperawatan yang diberikan dengan melihat prosedur tindakan atau aspek lain yang kemungkinan berdampak adanya trauma. Untuk mencapai perawatan tersebut beberapa prinsip yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain:

- a. Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan keluarga dampak perpisahan dari keluarga akan menyebabkan kecemasan pada anak sehingga menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak.
- b. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak. Kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak dapat meningkatkan kemandirian anak bersikap waspada dalam segala hal.
- c. Mencegah atau mengurangi cedera (injuri) dan nyeri (dampak psikologis) proses pengurangan rasa nyeri sering tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi dan imaginary. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan pada anak.

- d. Tidak melakukan kekerasan pada anak

Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak yang menghambat proses kematangan dan tumbuh kembang anak.

- e. Modifikasi lingkungan

Melalui memodifikasi lingkungan yang bernuansa anak dapat meningkatkan keceriaan dan nyaman bagi lingkungan anak sehingga anak selalu berkembang dan merasa nyaman dilingkungan.

3. Management kasus

Pengelolaan kasus secara komprehensif adalah bagian dalam pemberian asuhan keperawatan secara utuh melalui upaya pengkajian diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari berbagai kasus baik akan

berdampak pada proses penyembuhan pendidikan dan ketrampilan mengelola kasus pada anak selama di rumah sakit akan mampu memberikan keterlibatan secara penuh bagi keluarga.

2.2. Konsep asuhan keperawatan

2.2.1. Pengumpulan data

1. Identitas klien dan keluarga/orang tua .
2. Keluhan utama : adanya demam, sesak nafas, batuk produktif, tidak mau makan, anak rewel dan gelisah, sakit kepala.
3. Riwayat kesehatan

- a. Keadaan kesehatan saat ini :

Pada umumnya anak dengan bronkopneumonia mengalami kondisi sebagai berikut: anak lemah, tidak nafsu makan, sianosis, sesak nafas dan dangkal gelisah, ronchi (+), wheezing (+), batuk, demam, sianosis, daerah mulut dan hidung, muntah, diare

- b. Riwayat kesehatan dahulu

Bronkopneumonia pada umumnya didapatkan adanya riwayat penurunan daya tahan tubuh atau malnutrisi energi protein atau penyakit yang pernah diderita terutama penyakit menahun, adanya faktor latrogenik(trauma paru, anastesi, aspirasi).

- c. Riwayat keluarga :

Bronkopneumonia secara umum ada hubungan dengan keluarga riwayat penyakit infeksi, TBC, pneumonia, dan penyakit infeksi saluran nafas lainnya.

d. Riwayat alergi

Bronkopneumonia pada umumnya didapatkan adanya riwayat alergi seperti alergi debu.

e. Riwayat imunisasi

Bronkopneumonia pada umumnya berhubungan dengan riwayat imunisasi yang dikaji antara lain : pada umur 1 tahun imunisasi dasar harus diberikan dengan lengkap, BCG diberikan 1 kali sebelum berumur 2 bulan. DPT diberikan 3 kali dengan interval 4 minggu diberikan setelah usia 2 bulan. Polio diberikan 4 kali dengan interval 4 minggu diberikan bersama waktu imunisasi DPT dengan cara di teteskan langsung di mulut sebanyak 2 tetes. Campak diberikan 1 kali pada umur 9 bulan.

Hepatitis B diberikan 3 kali, diberikan sedini mungkin dengan jarak 1 bulan antara suntikkan 1 dan 2 serta 5 bulan antara suntikkan 2 dan 3.

f. Riwayat kehamilan dan persalinan :

a. Bronkopneumonia pada umumnya dapat terjadi adanya riwayat kehamilan penyakit infeksi yang pernah diderita ibu selama hamil, perawatan ANC, imunisasi TT

b. Bronkopneumonia pada umumnya dapat terjadi adanya riwayat persalinan : apakah usia kehamilan cukup, lahir premature, bayi kembar, penyakit persalinan, apgar scor.

g. Riwayat tumbuh kembang

Bronkopneumonia pada umumnya dapat terjadi riwayat tumbuh kembang diantara lain adanya :

- a. Motorik kasar : setiap anak berbeda, bersifat familial, dan dapat dilihat dari kemampuan anak menggerakkan anggota tubuh.
- b. Motorik halus : gerakan tangan dan jari untuk mengambil benda, menggenggam, mengambil dengan jari, menggambar, menulis dihubungkan dengan usia.
- c. Perkembangan bahasa : mengucap satu kata, merangkai kata sesuai dengan usia.

4. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Bronkopneumonia secara umum perlu dikaji pada keluarga apakah keluarga mengerti tentang pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Anak dengan bronkopneumonia sering muncul anoreksia (akibat respon sistemik melalui control saraf pusat), mual dan muntah (karena peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksin mikroorganisme).

c. Pola aktifitas dan latihan

Pada umumnya klien dengan bronkopneumonia tidak bisa beraktifitas (bermain) dengan baik.

d. Pola eliminasi

Penderita sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam.

e. Pola istirahat dan tidur

Pola istirahat dan tidur pada bronkopneumonia biasanya klien terganggu karena sesak dan batuk.

f. Pola persepsi dan sensori

Pada umumnya klien bronkopneumonia pada indera pendengaran dan indera penciuman tidak mengalami gangguan, dan indera penglihatan fungsinya tidak terpengaruh.

g. Pola persepsi diri

Klien akan merasa diasingkan karena penyakit bronkopneumonia adalah penyakit menular sehingga perawatannya harus disendirikan termasuk alat makan, minum dan pakaian.

h. Pola hubungan peran

Pada klien bronkopneumonia hubungan klien dengan lingkungan dan teman-teman bermain akan mengalami gangguan karena klien harus tirah baring di tempat tidur.

i. Pola reproduksi seksual

Pengetahuan klien tentang reproduksi dan seksual tergantung pada usia klien.

j. Pola penanggulangan stress

Dalam menangani stress, biasanya klien akan membicarakan masalahnya pada orang terdekat (orang tuanya)

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Individu disesuaikan menurut agama dan kepercayaan masing-masing.

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Secara teori keadaan umum bronkopneumonia ditemukan adanya klien lemah, suhu tubuh (39°C - 40°C). Pernafasan cepat dan dangkal (sesak nafas), batuk, adanya sianosis. Dapat juga terjadi kejang, gelisah sampai penurunan tingkat kesadaran.

b. Kepala dan leher

Secara teori pemeriksaan kepala dan leher ditemukan ubun-ubun cekung, mata tampak cowong karena kekurangan cairan akibat takipne, diaphoresis. Intake peroral inadkuat. Leher terdapat kaku kuduk jika terjadi infeksi lebih lanjut pada meningeal dan adanya pembesaran kelenjar limfe sebagai kompensasi infeksi.

c. Mata

Secara teori pemeriksaan mata ditemukan mata klien tampak cowong karena kekurangan cairan akibat takipnea, intake peroral inadkuat.

d. Hidung

Secara teori pemeriksaan pada hidung ditemukan secret yang kental, pernafasan cuping hidung.

e. Mulut dan tenggorokan

Secara teori pemeriksaan mulut dan tenggorokan ditemukan adanya sianosis, mukosa mulut kering, dan sulit menelan.

f. Telinga

Secara teori pemeriksaan pada telinga tidak ditemukan adanya gangguan (normal).

g. Dada

Secara teori pemeriksaan pada dada terdapat adanya retraksi supra sternal atau interkostal hampir selalu ditemukan, inspeksi sseakan tertinggal pada sisi yang sakit, persepsi akan redup dan vocal fremitus akan meningkat atau melemah jika terjadi efusi pleura, adanya ronchi pada sisi yang sakit dan wheezing.

h. Abdomen

Secara teori pemeriksaan pada abdomen terjadi keluhan dinding abdomen dan adanya pembesaran hepar dan nyeri tekan bila terjadi demokomensisasi cordis.

i. Genetalia

Secara teori pemeriksaan pada genetalia tidak mengalami gangguan.

j. Musculoskeletal

Kekuatan otot cenderung melemah, akral dingin, pucat capillary refill time terganggu, kulit kering, turgor menurun dan akral dingin.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

1. Pemeriksaan darah
2. Pemeriksaan sputum
3. Analisa gas darah

b. Pemeriksaan radiologi

1. Rontgenogram thoraks
2. Laringoskopi/ bronkoskopi

7. Riwayat social

Siapa pengasuh klien, interaksi social, kawan bermain, peran ibu, keyakinan agama , kepercayaan dan adat.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan(NANDA 2013)

Adapun diagnosa yang sering muncul baik actual maupun potensial pada klien bronkopneumonia antara lain :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret yang berlebihan.
2. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan kapiler alveolus.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi
4. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi.
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan fisik sekunder terhadap peningkatan upaya pernafasan
6. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan demam, kehilangan cairan tak kasat mata dan masukan cairan kurang dipnea
7. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang perawatan anak

2.2.3. Perencanaan Keperawatan (NIC-NOC 2013)

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah disebutkan diatas maka dapat ditetapkan tujuan, kriteria , intervensi, dan rasional Menurut Sujono Riyadi Sukarmin, sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produk mukus berlebihan dan kental, batuk tidak efektif.

1. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan jalan nafas klien menjadi efektif kembali dan pernafasan normal

2. Kriteria hasil :

- a. Pernafasan cepat dan dangkal (RR mungkin >35 kali permenit).
- b. Bunyi nafas ronchi basah, terdapat retraksi dada dan penggunaan otot bantu pernafasan.

c. Jalan nafas tetap optimal

3. Intervensi

- 1) Kaji status pernafasan sekurangnya setiap 4 jam atau standart yang ditetapkan.

Rasional :Untuk mendeteksi tanda awal bahaya.

- 2) Gunakan posisi trendelenberg (postural drainage)

Rasional :Dengan posisi trendelenberg akan meningkatkan paru dalam pengambilan oksigen (O₂) dan kontraksi otot-otot pernafasan khususnya otot abdomen untuk meningkatkan tekanan intra thorak dan mempermudah pengeluaran lender

- 3) Berikan nebulizer

Rasional : untuk melembabkan mukosa pada jalan nafas sehingga secret menjadi encer

- 4) Isap sekresi (suction)

Rasional :Untuk menstimulasikan batuk dan membersihkan jalan nafas.

- 5) Berikan cairan per oral atau IV line sesuai usia anak

Rasional :Cairan adekuat membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan

- 6) Observasi tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui adanya perubahan dan menentukan tindakan keperawatan selanjutnya

- 7) Ajarkan pada orang tua pasien tentang :

- a. Upaya mempertahankan hidrasi yang adekuat

- b. Pemantauan sputum setiap hari dan melaporkan perubahannya

c. Mengonsumsi obat yang telah diresepkan menghindari membeli obat-obat pernafasan yang dijual bebas

d. Pentingnya pasien untuk tetap aktif

Rasional :Langkah-langkah ini melibatkan pasien dan keluarga dalam perawatan.

Diagnose keperawatan II

Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan kapiler alveolus.

1. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi

2. Kriteria hasil :

Klien berpartisipasi pada tindakan untuk memaksimalkan oksigenasi

3. Intervensi

1) Kaji frekuensi kedalaman dan kemudahan bernafas

Rasional :

Manifestasi distress pernafasan tergantung pada indikasi derajat keterlibatan paru dan status kesehatan umum

2) Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku, catat adanya sianosis perifer (kuku) atau sianosis sentral

Rasional :

Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi respon tubuh terhadap demam/ menggigil namun sianosis pada daun telinga, membrane mukosa dan kulit sekitar menunjukkan hipoksemia sistematik

3) Kaji status mental

Rasional :

Gelisah mudah tersinggung, bingung dan somnolen dapat menunjukkan hipoksia atau penurunan oksigen serebral

4) awasi suhu tubuh sesuai indikasi

Rasional :

Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolisme dan kebutuhan oksigeni dan mengganggu oksigenasi seluler.

5) Pertahankan istirahat tidur

Rasional :

Mencegah terlalu lelah dan menurunkan kebutuhan/ konsumsi oksigen untuk mempermudah perbaikan infeksi

6) Tinggikan kepala dan dorong sering mengubah posisi, nafas dalam dan batuk efektif

Rasional :

Meningkatkan inspirasi maksimal meningkatkan pengeluaran sekter untuk memperbaiki ventilasi

7) Berikan oksigen sesuai indikasi

Rasional :

Mempertahankan PaO₂ diatas 60 mmHg

Diagnosa keperawatan III

Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi

1. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien menunjukkan peningkatan nafsu makan

2. Kriteria hasil :

a. Keadaan umum klien baik

b. BB dalam batas normal

c. Turgor kulit baik

d. Nafsu makan meningkat dan porsi makan habis

3. intervensi

1) Diskusikan dan jelaskan tentang pembatasan diit (makan berserat tinggi, air terlalu panas/dingin)

Rasional :

Serat tinggi, lemak, air terlalu panas/dingin dapat merangsang mengiritasi lambung dan usus.

2) Observasi intake dan output

Rasional :

Untuk mengetahui keseimbangan dan output klien

3) Sajikan makanan dalam keadaan hangat

Rasional :

Untuk merangsang nafsu makan klien

4) Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering

Rasional :

Untuk menghindari terjadinya muntah

5) Motivasi klien untuk menghabiskan makanannya

Rasional :

Untuk meningkatkan berat badan klien

6) Motivasi pada keluarga untuk memberikan makanan kesukaan klien

Rasional :

Agar pasien mau menghabiskan makanannya

7) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit

Rasional :

Untuk pemberian diit pada klien secara tepat

Diagnosa keperawatan IV

Peningkatan suhu tubuh (hipertermia) berhubungan dengan proses infeksi

1. Tujuan

Suhu tubuh klien menjadi normal kembali

2. Kriteria hasil

- a. Suhu tubuh normal (36-37 °C)
- b. Mukosa bibir klien lembab
- c. Akral hangat
- d. Klien tampak tenang (tidak rewel)
- e. Nadi dalam batas normal (100-120x/menit)

3. intervensi

1) Lakukan pengompresan dingin pada daerah lipatan tubuh dan kepala bagian depan (dahi)

Rasional :

Pemindahan panas secara konduksi melalui kulit

2) Berikan intake (cairan) sesering mungkin

Rasional :

Dengan pemberian minum sesering mungkin berfungsi sebagai thermoregulator dan mengganti cairan tubuh yang hilang akibat dari peningkatnya suhu tubuh.

- 3) Jelaskan pada keluarga sebab dan akibat dari peningkatan temperature tubuh

Rasional :

Dengan menjelaskan sebab akibat terjadinya peningkatan suhu tubuh kepada keluarga diharapkan dapat menumbuhkan rasa percaya diri dan keluarga bersikap kooperatif, sehingga bisa bekerja sama dalam pemberian asuhan keperawatan.

- 4) Berikan pakaian yang tipis dan menyerap

Rasional :

Dengan pakaian yang tipis dan menyerap berfungsi mempercepat proses penguapan, sehingga akan mempercepat proses penurunan suhu tubuh.

- 5) Atur suhu lingkungan

Rasional :

Pengaturan suhu lingkungan bertujuan untuk menyesuaikan temperature lingkungan dengan temperature tubuh manusia.

- 6) Kolaborasi dengan tim medis dalam pengobatan, yaitu : pemberian obat antipiretik (parasetamol)

Rasional :

Kolaborasi sebagai fungsi interdependent dan obat antipiretik berfungsi menurunkan panas, dan dengan menurunnya suhu tubuh akan mengurangi metabolisme.

Diagnose keperawatan V

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan fisik sekunder terhadap peningkatan upaya pernafasan

1. Tujuan :

Aktivitas anak menunjukkan adanya peningkatan

2. Kriteria hasil :

- a. Klien dapat bermain sesuai dengan kondisinya
- b. Klien mampu berfantasi atau realitas terhadap mainan
- c. Klien mampu melakukan aktifitasnya sehari-hari (bermain)

3. intervensi

1) jelaskan fungsi dari mainan kepada orang tua atau keluarga

Rasional :

Fungsi dari permainan yang diberikan pada anaknya adalah :

- a. Dapat melanjutkan tumbuh kembang anak yang normal selama perawatan melalui bermain, sehingga tumbuh kembang anak tidak terhambat.
- b. Dapat mengekspresikan pikiran dan fantasinya.
- c. Dapat mengembangkan kreatifitas
- d. Agar anak dapat beradaptasi lebih efektif terhadap stress karena penyakitnya atau hospitalisasi.

2) Beri atau siapkan mainan sesuai dengan umur anak

Rasional :

Dengan memberikan permainan, anak bisa mengekspresikan pikiran atau fantasinya.

3) Tempatkan anak pada ruangan yang sesuai atau sebaya

Rasional :

Dengan menempatkan anak pada ruangan yang sesuai diharapkan dapat memberikan kesempatan pada anak atau membantu anak untuk belajar tentang diri mereka dan sosialisasinya.

Diagnosa keperawatan VI

Resiko kekurangan volume cairan sehubungan dengan demam kehilangan cairan tak kasat mata dan masukan cairan kurang karena dispnea

1. Tujuan :

Mencegah terjadinya kekurangan cairan

2. kriteria hasil :

a. Suhu dalam batas normal (36-37°C)

b. Dehidrasi (-)

c. Elastic turgor kulit baik

d. Membrane mukosa lembab

e. Frenkuensi pernafasan dalam batas normal

3. intervensi

1) Kaji status hidrasi

Rasional :

Untuk mencegah terjadinya dehidrasi

2) Catat intake dan output

Rasional :

Memonitor intake kalori dan kebutuhan cairan yang digunakan

3) Anjurkan cairan sesuai toleransi

Rasional :

Mencegah deficit volume cairan

4) Monitor tanda – tanda vital

Rasional :

Dapat mendeteksi secara dini keadaan yang abnormal

Diagnosa keperawatan VII

Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang perawatan anak

1. Tujuan :

Kecemasan yang dialami keluarga dapat teratasi dalam waktu 2 jam

2. Kriteria hasil :

- a. Keluarga klien tidak ada tanda-tanda kecemasan
- b. Keluarga klien dapat mengontrol kecemasannya
- c. Ekspresi wajah menunjukkan berkurangnya kecemasan

3. Intervensi :

- 1) Beri tahu pada orang tua atau keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan,

Rasional :

Keluarga mengerti tindakan – tindakan yang dilakukan dan menunjukkan sikap yang kooperatif.

- 2) Jelaskan pada orang tua atau keluarga tentang semua tindakan yang diberikan dan tujuannya.

Rasional :

Keluarga mengerti maksud dan tujuan tindakan, sehingga rasa cemas bisa berkurang serta menimbulkan sikap yang kooperatif dan bekerja sama dalam melakukan tindakan keperawatan.

- 3) Libatkan orang tua atau keluarga dalam pelaksanaan tindak keperawatan

Rasional :

Orang tua atau keluarga mengerti dan faham tentang langkah-langkah dari tindakan keperawatan yang diberikan sehingga dapat memperlancar proses asuhan keperawatan yang berikan

2.2.4. Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dan pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

Untuk mempermudah perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut

1. S : data subyektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : data objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada kliendan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

3. A : analisis

Interpretasi dari data subyektif dan obyektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih menjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subyektif dan objektif.

4. P : planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.