

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 7 BULAN (INFANT)
DENGAN BRONCHOPNEUMONIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK
EFEKTIF DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

DEVITA HAIRUNNISA

AKX.15.022



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2018

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Devita Hairunnisa
NPM : AKX.15.022
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 7 Bulan (Infant) Dengan Bronchopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD dr. Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Dengan pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 05 Maret 2018

Yang Membuat Pernyataan



Devita Hairunnisa

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 7 BULAN (INFANT)
DENGAN BRONCHOPNEUMONIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK
EFEKTIF DI RSUD DR. SLAMET GARUT

DEVITA HAIRUNNISA
AKX.15.022

PENELITIAN INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 23 APRIL 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Djubaedah, S.Pd.,MM

NIK : 9904005196

Pembimbing Pendamping



A Aep Indarna, S.Pd.,S.Kep.,Ners
NIK : 0409127702

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 7 BULAN (INFANT)
DENGAN BRONCHOPNEUMONIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK
EFEKTIF DI RSUD DR. SLAMET GARUT**

Oleh :
Devita Hairunnisa
AKX.15.022

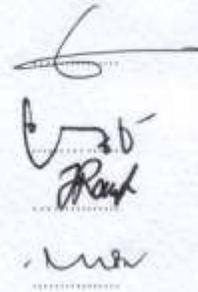
Telah diuji
Pada Tanggal, 25 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Hj. Djubaedah, S.Pd.,MM
(Pembimbing Ketua)

Anggota :

1. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
(Penguji 1)
2. Irfan Safarudin Ahmad, S.Kep.,Ners
(Penguji 2)
3. A.Aep Indarna, S.Pd.,S.Kep.,Ners
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “*Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 7 Bulan (Infant) Dengan Bronchopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di Rsud Dr. Slamet Garut*” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Hj. Djubaedah, S.Pd.,MM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. A.Aep Indarna, S.Pd.,S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Rina Martinah S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Nusa Indah Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
7. Kedua orang tuaku yang tercinta Bapak Iskandar dan Ibuku Liza Nurmala yang telah membesarkan, mengasihi, menyayangi, membimbing, mensuplai dana dan

memberikan dorongan motivasi serta mendoakan penulis tiada hentinya sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini.

8. Kepada adikku yang tersayang Rayhan Pahlevi beserta seluruh anggota keluarga yang selalu memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
9. Para sahabat yang sudah seperti keluarga, anak-anak kosan dr. Ihrul Seli, Uni Cici, Deon, Sukiva, Resti, Bunui, Oneng, Diyan dan Selvi, serta teman diluar kosan Amira dan Oe yang selalu memberi semangat saat penulis mulai lelah, yang selalu ada saat sedih maupun senang dan ikut membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman kelompok praktek di Nusa Indah Atas yang sudah membantu dan berbagi semangat dalam melaksanakan praktek.
11. Teman-teman seperjuangan angkatan XI tahun 2015 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Bandung, 13 April 2018

Devita Hairunnisa

ABSTRAK

Latar Belakang : Karya tulis ini dilatar belakangi oleh banyaknya klien *Bronchopneumonia* yang dirawat di RSUD dr. Slamet Garut, pada periode Januari 2017 sampai Desember 2017 berjumlah 1.317 orang (10,1%) menempati peringkat ke-4 dalam 10 besar penyakit. Dan juga tingginya mortalitas dan morbiditas yang disebabkan oleh penyakit ini. Tujuan penulisan ini adalah mampu mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Pada An. B dan An. W Yang Mengalami *Bronchopneumonia* Di Ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut secara komprehensif. *Bronchopneumonia* adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui sistem pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus. **Metode :** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi Kasus ini dilakukan pada dua orang klien *Bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan yaitu mengkaji/memantau frekuensi pernafasan, melakukan auskultasi bunyi nafas, memberi terapi obat-obatan bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (nebulizer), memberikan cairan tambahan misalnya cairan intravena, dan kolaborasi pemberian antibiotik, masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi pada hari ke 3. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien *Bronchopneumonia* hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif dalam artian melakukan tugas kita secara sistematis dan keseluruhan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi agar tidak terjadi komplikasi untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : *Bronchopneumonia, Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif, Asuhan Keperawatan.*

Daftar Pustaka : 7 buku (2006-2016), 2 jurnal (2012-2016)

ABSTRACT

Background: This paper is based on the number of clients of Bronchopneumonia treated in RSUD dr. Slamet Garut, in the period January 2017 to December 2017 amounted to 1317 people (10.1%) was ranked 4th in 10 major diseases. And also the high mortality and morality caused by this disease. The purpose of this writing is able to apply Nursing Care In An. B and An. W Who Experienced Bronchopneumonia In Nusa Indah Room Above RSUD dr. Slamet Garut comprehensively. Bronchopneumonia is a reserve in the pulmonary parenchyma that extends to bronchioli or in other words inflammation that occurs in lung tissue by way of direct spread through the respiratory system or through hematogen up to the bronchi. **Method:** The case study is to explore a problem / phenomenon with detailed constraints, have a deep data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two Bronchopneumonian clients with nursing care ineffective airway difficulties. **Outcome:** After nursing care by giving nursing intervention is to study / monitor the frequency of breathing, auscultation of breath sound, giving therapy of bronkodilator and mukolitik drugs through inhalation (nebulizer), giving additional fluid such as intravenous fluid, and collaboration of antibiotics, nursing problem ineffective airway clearance in Case 1 and Case 2 can be resolved on Day 3. **Discussion:** Clients with nursing airway difficulties are ineffective not always have the same response to each client Bronchopneumonia this is influenced by the condition or health status of previous clients. So that nurses must perform comprehensive care in the sense of doing our tasks systematically and overall starting from assessment to evaluation in order to avoid complications to handle nursing problems on each client.

Keyword: Bronchopneumonia, Road Breathing Not Effective, Nursing Care.
Bibliography: 7 books (2006-2016), 2 journals (2012-2016)

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat	6
1. Teoritis	6
2. Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Penyakit	7
1. Definisi	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi.....	18
4. Patofisiologi	18
5. Pathway	21
6. Penatalaksanaan	22
7. Pemeriksaan Penunjang	23
B. Konsep Tumbuh Kembang Pada Anak Usia Infant (0-12 Bulan).....	24
1. Definisi Tumbuh Kembang.....	24
2. Fase Tumbuh Kembang Pada Anak Usia 7 Bulan	24
3. Hospitalisasi Pada Anak.....	25

C. Konsep Asuhan Keperawatan	28
1. Pengkajian	28
2. Analisa Data	41
3. Diagnosa Keperawatan.....	41
4. Perencanaan Keperawatan	42
5. Pelaksanaan Keperawatan.....	43
6. Evaluasi Keperawatan.....	44
D. Terapi Nebulizer Terhadap Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	46
BAB III METODE PENELITIAN	48
A. Desain.....	48
B. Batasan Istilah	48
C. Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian.....	49
D. Lokasi dan Waktu	49
E. Pengumpulan Data	49
F. Uji Keabsahan Data.....	50
G. Analisis Data	51
H. Etik Penulisan KTI.....	52
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
A. Hasil	54
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	54
2. Pengkajian.....	55
3. Analisa Data	66
4. Diagnosa Keperawatan.....	69
5. Perencanaan	71
6. Pelaksanaan	74
7. Evaluasi	76
B. Pembahasan.....	76
1. Pengkajian	77
2. Diagnosa Keperawatan.....	78
3. Perencanaan.....	82
4. Pelaksanaan	83
5. Evaluasi.....	84
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	85
A. Kesimpulan	85
B. Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Sistem Pernapasan.....	8
Gambar 2.2. Struktur Anatomi Saluran Pernapasan Bawah	10
Gambar 2.3. Ilustrasi Paru-Paru	12

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Suhu Normal	35
Tabel 2.2 Tekanan Darah Normal	35
Tabel 2.3 Respirasi Normal.....	35
Tabel 2.4 Nadi Normal.....	35
Tabel 2.5 Perencanaan Dan Rasional Kepeawataan	43
Tabel 4.1 Identitas Klien dan Riwayat Penyakit.....	55
Tabel 4.2 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	57
Tabel 4.3 Pertumbuhan dan Perkembangan.....	58
Tabel 4.4 Riwayat Imunisasi.....	61
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	62
Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi	65
Tabel 4.7 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	65
Tabel 4.8 Program dan Rencana Pengobatan.....	66
Tabel 4.9 Analisa Data.....	66
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	69
Tabel 4.11 Perencanaan	72
Tabel 4.12 Pelaksanaan.....	74
Tabel 4.13 Evaluasi.....	76

DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1 Pathway <i>Bronchopneumonia</i>	21
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Surat Persetujuan Dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran V	Standar Operasional Prosedur
Lampiran VI	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VII	Leaflet
Lampiran VIII	Daftar Riwayat Penulis

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
PB	: Panjang Badan
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LA	: Lingkar Abdomen
LD	: Lingkar Dada
WHO	: World Health Organization
GDA	: Gula Darah Acak
LDE	: Laju Endap Darah
Cm	: Centimeter
DPT	: Difteri Perfusion Tetanus
BCG	: Bacillus Calmette Guerin
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
GCS	: Glasgow Coma Scale
ROM	: Range Of Motion
IVFD	: Intra Venous Fluid Drip
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Kg	: Kilogram

TT	: Tetanus Toksoid
DHA	: Docosahexaenoic Acid
Amp	: Ampul
Mg	: Miligram
MI	: Mililiter
ADL	: Activity Daily Living
TTV	: Tanda Tanda Vital

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan *The United Nations Children's Fund* (UNICEF), *Bronchopneumonia* hingga saat ini masih tercatat sebagai masalah kesehatan utama pada anak-anak di negara berkembang. *Bronchopneumonia* merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak berusia dibawah 5 tahun. Diperkirakan kejadian *Bronchopneumonia* paling tinggi terjadi pada anak/balita sebesar 74% (115,3 juta) dari 156 juta kasus seluruh dunia. Lebih dari setengah terjadi pada 6 negara, yaitu : India 43 juta, China 21 juta, Pakistan 10 juta, Bangladesh, Indonesia, dan Nigeria 6 juta kasus, mencakup 44% populasi anak balita di dunia pertahun (UNICEF, 2012).

Di Indonesia *Bronchopneumonia* termasuk kedalam 10 penyakit terbesar dan setiap tahunnya sebagai penyebab kematian bayi dan balita (Kemenkes RI, 2010). Di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, *Bronchopneumonia* merupakan penyebab kematian kedua tertinggi setelah diare yaitu 15,5% dari seluruh penyebab kematian. Angka kesakitan (morbiditas) *Bronchopneumonia* pada bayi: 2,2%, balita: 3%, angka kematian (mortalitas) pada bayi 23,8%, dan balita 15,5%.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, persentase penemuan dan penanganan jumlah penderita *Bronchopneumonia* di

Jawa Barat pada bayi tahun 2012 sebesar 44,2% dengan jumlah 189,688. (Departemen Kesehatan Jawa Barat, 2012).

Secara teoritis diperkirakan bahwa 10% dari penderita *Bronchopneumonia* akan meninggal bila tidak diberi pengobatan. Proses pengobatan pada *Bronchopneumonia* salah satunya pemberian oksigen, dengan pemberian oksigen akan mengurangi sesak, dan memperlancar proses difusi. Bila tidak diberikan pengobatan sengan oksigenasi maka akan mempercepat menyebabkan kematian. (Depkes RI, 2007). Faktor resiko yang meningkatkan insiden *Bronchopneumonia* yaitu: usia ≤ 5 tahun, gizi buruk atau kurang, berat badan lebih rendah (BBLR), tidak mendapatkan ASI yang memadai, imunisasi tidak lengkap, polusi udara, kepadatan tempat tinggal, aspirasi, dan radiasi (Sari Wijayaningsih, 2013).

Di RSUD dr. Slamet Garut periode Oktober periode 2017 sampai dengan maret 2018 didapatkan 10 besar penyakit di ruang rawat inap RSUD dr. Slamet Garut. Urutannya yaitu Thalasemia dengan jumlah pasien sebanyak 1828 orang (14%), *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan jumlah pasien sebanyak 1772 orang (13,6%), Asfixia dengan jumlah pasien sebanyak 1691 orang (12,9%), *Bronchopneumonia* dengan jumlah pasien sebanyak 1317 orang (10,1%), Diare dengan jumlah pasien sebanyak 1313 orang (10%), Stroke Infark dengan jumlah pasien sebanyak 1128 orang (8,6%), TB Paru dengan jumlah pasien sebanyak 1114 orang (8,5%), Thypoid dengan jumlah pasien sebanyak 996 orang (7,6%), BBLR dengan jumlah pasien sebanyak 937 orang (7,2%), Anemia dengan jumlah pasien sebanyak 929 orang (7,1%). Berdasarkan data rekam medik diatas,

penyakit *Bronchopneumonia* di RSUD dr. Slamet Garut menempati peringkat ke 4 dalam waktu 6 bulan terakhir ini dengan jumlah kasus sebanyak 1461 orang (10,5%).

Pada anak balita, gejala infeksi pernafasan bawah biasanya lebih parah dibandingkan dengan penyakit pernafasan atas dan dapat mencakup gejala gangguan respiratori yaitu batuk, disertai produksi sekret berlebih, sesak nafas, retraksi dada, takipnea, suara nafas abnormal (Ronchi) (Kemenkes RI, 2010). Proses peradangan dari *Bronchopneumonia* mengakibatkan produksi sekret meningkat sampai menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul masalah dan salah satu masalah tersebut adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Ketidakefektifan jalan nafas merupakan keadaan dimana individu tidak mampu mengeluarkan sekret dari saluran nafas untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas (Marina Gita, 2016).

Salah satu cara mengatasi bersihan jalan nafas tidak efektif dapat melalui tindakan pemberian obat bronchodilator melalui terapi nebulizer. Terapi nebulizer merupakan cara pengobatan dengan memberi obat dalam bentuk uap secara langsung pada alat pernafasan menuju paru-paru dengan tujuan untuk mengurangi sesak dan mengencerkan dahak (Andica F et al. 2013). Terapi nebulizer juga sangat perlu dikombinasikan dengan fisioterapi dada lainnya sehingga dapat mempercepat proses perbaikan gangguan bersihan jalan nafas.

Dampak pada penyakit *Bronchopneumonia* akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia antara lain, gangguan sistem pernafasan, gangguan pemenuhan

nutrisi, gangguan rasa aman cemas baik terhadap pasien maupun keluarga pasien, dan berdampak pada proses tumbuh kembang anak. Oleh karena itu menyikapi tingginya mortalitas dan morbiditas yang disebabkan oleh penyakit *Bronchopneumonia*, maka kewajiban kita sebagai perawat professional dalam melakukan asuhan keperawatan harus secara sistematis dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi baik bio, psiko, sosial dan spiritual, agar tidak terjadi komplikasi seperti atelektasis, emfisema, abses paru, infeksi sistemik, endokartitis, dan meningitis. Berhubungan dengan hal tersebut di atas, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul, “Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 7 Bulan (Infant) Dengan *Bronchopneumonia* Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2018”.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan mampu memberikan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan menjadi acuan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

b. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau motivasi bagi tenaga kesehatan di RSUD dr. Slamet Garut dalam meningkatkan pelayanannya.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa program studi DIII keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

d. Bagi Klien

Diharapkan dapat menambah informasi dan membantu mempercepat proses penyembuhan *Bronchopneumonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Bronchopneumonia adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui sistem pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013). *Bronchopneumonia* adalah suatu radang paru yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur, dan benda asing (Ngastiyah, 2012).

Bronchopneumonia adalah radang pada paru-paru yang mempunyai penyebaran bercak, teratur dalam satu area atau lebih yang berlokasi di dalam bronki dan meluas ke parenkim paru, yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing. Yang ditandai dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, dispnea, nafas cepat dan dangkal, muntah, diare, serta batuk kering, dan produktif (Wulandari Dewi dan Meira Erawati, 2016). Jadi, *Bronchopneumonia* adalah peradangan pada jaringan paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing yang cara penyebarannya langsung melalui sistem pernafasan.

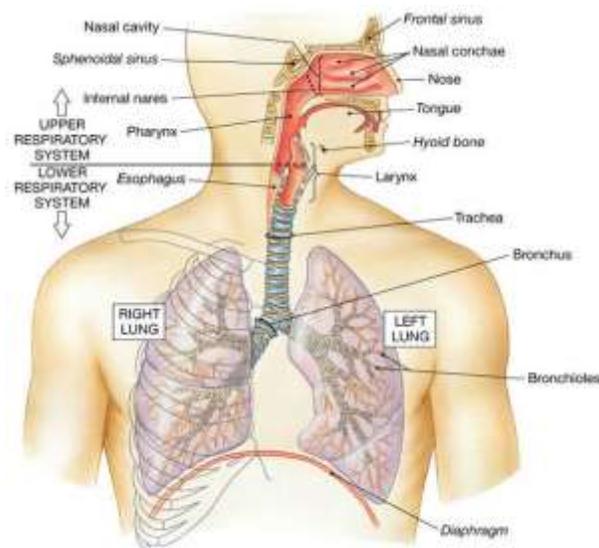
2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi Sistem pernapasan

Pernapasan (respirasi) adalah proses pengambilan gas O_2 dan pengeluaran sisa oksidasi berupa gas CO_2 dan uap air melalui alat pernapasan.

Sistem pernapasan terdiri atas :

1) Saluran Pernapasan bagian atas



Gambar 2.1. Anatomi Sistem Pernapasan (Somantri Irman, 2012)

a) Rongga hidung

Hidung dibentuk oleh tulang sejati (os) dan tulang rawan (kartilago). Hidung dibentuk oleh sebagian kecil tulang sejati, sisanya terdiri dari kartilago dan jaringan ikat (*connective tissue*). Bagian dalam hidung merupakan suatu lubang yang dipisahkan

menjadi lubang kiri dan kanan oleh sekat (septum). Rongga hidung mengandung rambut (*fimbriae*) yang berfungsi sebagai filter/penyaring kasar terhadap benda asing yang masuk. Pada permukaan mukosa hidung terdapat epitel bersilia yang mengandung sel goblet. Sel tersebut mengeluarkan lendir sehingga dapat menangkap benda asing yang masuk ke dalam saluran pernapasan (Somantri Irman, 2012).

b) Sinus paranasal

Sinus paranasal berperan dalam menyekresi mukus, membantu pengaliran air mata melalui saluran nasolakrimalis, dan membantu dalam menjaga permukaan rongga hidung tetap bersih dan lembab (Muttaqin Arif, 2014).

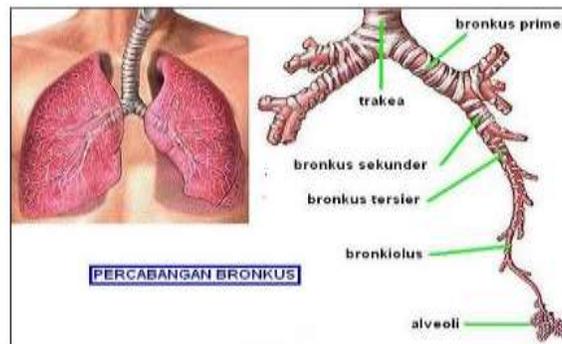
c) Faring

Faring merupakan pipa berotot berbentuk cerobong yang letaknya bermula dari lantai dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esophagus pada ketinggian tulang rawan krikoid. Faring digunakan pada saat *digestion* (menelan) seperti pada saat bernapas. Berdasarkan letaknya faring dibagi menjadi tiga yaitu dibelakang hidung (nasofaring), belakang mulut (orofaring), dan belakang laring (laringofaring) (Somantri Irman, 2012).

d) Laring

Laring terletak diantara faring dan trakea . Fungsi utama laring adalah pembentukan suara, sebagai proteksi jalan napas bawah dari benda asing.

2) Saluran Pernapasan bagian bawah



Gambar 2.2. Struktur Anatomi Saluran Pernapasan Bawah (Somantri Irman, 2012).

a) Trakea

Trakea merupakan perpanjangan dari laring pada ketinggian tulang vertebra torakal ke-7 yang bercabang menjadi dua bronkus. Ujung cabang trakea disebut *carina*. Trakea bersifat sangat fleksibel, berotot, dan memiliki panjang 12 cm dengan cincin kartilago berbentuk huruf C. pada cincin tersebut terdapat epitel bersilia tegak (*pseudostratified ciliated columnar epithelium*) yang mengandung banyak sel goblet yang mensekresikan lender (mucus) (Muttaqin Arif, 2014).

b) Bronkus dan Bronkiolus

Bronkus mempunyai struktur serupa dengan trakea. Bronkus kiri dan kanan tidak simetris. Bronkus kanan lebih pendek, lebih lebar, dan arahnya hampir vertikal dengan trakea. Sebaliknya, bronkus kiri lebih panjang, lebih sempit, dan sudutnya pun lebih runcing (Muttaqin Arif, 2014).

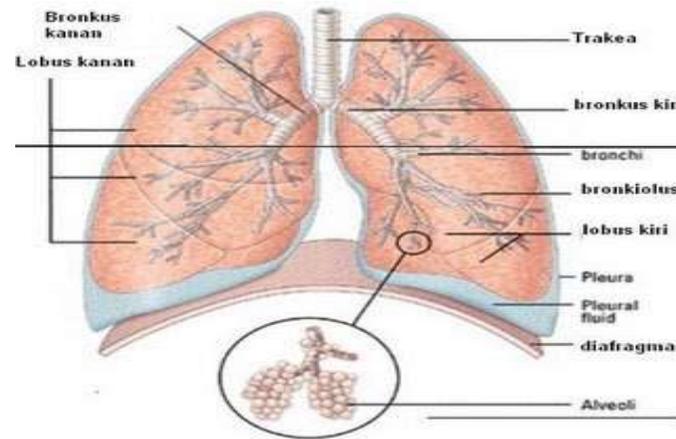
Cabang bronkus kanan lebih pendek, lebih lebar, dan cenderung lebih vertikal daripada cabang yang kiri. Hal tersebut menyebabkan benda asing lebih mudah masuk kedalam cabang sebelah kanan daripada cabang bronkus sebelah kiri. Bronkus disusun oleh jaringan kartilago sedangkan bronkiolus yang berakhir di alveoli, tidak mengandung kartilago. Tidak adanya kartilago menyebabkan bronkiolus mampu menangkap udara, namun juga dapat mengalami kolaps. Agar tidak kolaps, alveoli dilengkapi dengan porus/lubang kecil yang terletak antar alveoli (*Kohn pores*) yang berfungsi untuk mencegah kolaps alveoli (Somantri Irman, 2012).

3) Saluran Respiratorius Terminal

a) Alveoli

Alveoli merupakan kantong udara yang berukuran sangat kecil, dan merupakan akhir dari bronkiolus respiratorius sehingga memungkinkan pertukaran O₂ dan CO₂ (Somantri Irman, 2012).

b) Paru-paru



Gambar

2.3.

Ilustrasi Paru-Paru (Somantri Irman, 2012).

Paru-paru adalah organ yang berbentuk kerucut dengan apeks (puncak) di atas dan muncul sedikit lebih tinggi daripada klavikula di dalam dasae leher. Pangkal paru-paru duduk di atas landai rongga toraks, di atas diafragma. Paru-paru mempunyai permukaan luar yang menyentuh iga-iga, permukaan dalam yang memuat tampuk paru-paru, sisi belakang yang menyentuh tulang belakang, dan sisi depan yang menutupi sebagian sisi depan jantung (Pearce Evelyn, 2013).

Paru-paru ada dua terletak di sebelah kanan dan kiri. Paru-paru kanan dan kiri dipisahkan oleh ruang yang disebut mediastinum. Jantung, aorta, vena cava, pembuluh paru-paru, esofagus, bagian dari trakea dan bronkus, serta kelenjar timus terdapat pada mediastinum (Somantri Irman, 2012).

c) Thorak

Tulang dada (sternum) berfungsi melindungi paru-paru, jantung, dan pembuluh darah besar. Bagian luar rongga dada terdiri atas 12 pasang tulang iga (costae). Bagian atas dada pada daerah leher terdapat dua otot tambahan inspirasi yaitu *otot scaleneus* dan *sternocleidomastoid*. Otot scaleneus menaikan tulang iga ke-1 dan ke-2 selama inspirasi untuk memperluas rongga dada atas dan menstabilkan dinding dada, sedangkan otot sternocleidomastoid mengangkat sternum. *Otot parasternal*, *trapezius*, dan *pectoralis* juga merupakan otot tambahan inspirasi dan berguna untuk meningkatkan kerja napas. Di antara tulang iga terdapat otot *interkostal*. Otot interkostal eksternus menggerakkan tulang iga ke atas dan ke depan sehingga akan meningkatkan diameter anterior porterior dinding dada (Somantri Irman, 2012).

d) Diafragma

Diafragma terletak di bawah rongga dada. Diafragma berbentuk seperti kubah pada keadaan relaksasi. Pengaturan saraf diafragma terdapat pada susunan saraf spinal pada tingkat C3, sehingga jika terjadi kecelakaan pada saraf C3 akan menyebabkan gangguan ventilasi (Somantri Irman, 2012).

e) Pleura

Pleura merupakan membran serosa yang menyelimuti paru-paru. Pleura ada dua macam yaitu *pleura parietal* yang bersinggungan dengan rongga dada (lapisan luar paru-paru) dan *pleura visceral* yang menutupi setiap paru-paru (lapisan dalam paru-paru) (Somantri Irman, 2012).

b. Fisiologi Pernapasan

Sistem pernapasan dapat disebut juga dengan sistem respirasi yang berarti bernapas kembali. Sistem ini berperan menyediakan oksigen yang diambil dari atmosfer dan mengeluarkan karbondioksida dari sel-sel tubuh menuju ke udara bebas.

Pernapasan adalah peristiwa menghirup udara dari luar yang mengandung oksigen ke dalam tubuh (inspirasi) serta mengeluarkan udara yang mengandung karbondioksida sisa oksidasi ke luar tubuh (ekspirasi).

Proses fisiologis respirasi dibagi menjadi tiga stadium, yaitu :

- 1) Difusi gas-gas antara alveolus dengan kapiler paru-paru (respirasi eksterna) dan darah sistemik dengan sel-sel jaringan.
- 2) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmoner dan penyesuaiannya dengan distribusi udara dalam alveolus-alveolus.
- 3) Reaksi kimia dan fisik O_2 dan CO_2 dengan darah (Somantri Irman, 2012).

Proses respirasi terdiri atas beberapa jenis yaitu :

1) Ventilasi

Ventilasi adalah proses keluar masuknya udara yang terjadi karena adanya selisih tekanan antar atmosfer dan alveolus oleh kerja mekanik otot-otot pernapasan . Ventilasi bertugas mempertahankan oksigen, karbondioksida dan pH arteri. Dalam sistem pernapasan ventilasi dipengaruhi oleh :

a) Mekanisme ventilasi

Yang meliputi pengembangan dan pengempisan paru dan rongga thorak yang pengaruhnya dilakukan oleh pusat pernapasan dalam medulla oblongata. Saat terjadi inspirasi rongga thorak dan paru-paru menurun kurang dari 1 mmHg, sehingga udara masuk ke dalam paru-paru. Sebaliknya pada saat ekspirasi rongga thorak dan paru mengempis, tekanan dalam paru meningkat, lebih dari + 1 mmHg, menyebabkan aliran udara keluar melalui saluran pernapasan saat inspirasi disebut proses aktif dan ekspirasi disebut proses pasif.

b) Kerja ventilasi

Dalam proses pernapasan membutuhkan energi untuk menunjang pergerakan kontraksi otot-otot pernapasan saat terjadi inspirasi. Energi yang diperlukan sekitar dua sampai tiga persen dari energi

total yang dikeluarkan oleh tubuh. Secara spesifik kerja ventilasi dipengaruhi oleh :

(1) Compliance paru, tekanan yang ditimbulkan oleh kembang kempisnya paru dalam thorak.

(2) Kerja tahanan jalan nafas, tahanan yang ditimbulkan dalam saluran napas.

c) Kecepatan ventilasi

Yang mendukung respon kecepatan ventilasi adalah pola pernapasan dan tergantung pada sensitifitas pusat pernapasan terhadap perubahan-perubahan kimia dalam tubuh, seperti perubahan konsentrasi oksigen, karbondioksida dan ion H^+ dalam paru. Bila CO_2 dan H^+ meningkat akan merangsang terjadinya hiperventilasi sebaliknya hipoventilasi sebagai akibat menurunnya konsentrasi CO_2 dan H^+ .

d) Pengaturan ventilasi

Bertujuan untuk mempertahankan konsentrasi oksigen, karbondioksida dan ion hydrogen dalam cairan tersebut. Kelebihan karbondioksida atau ion hydrogen mempengaruhi pusat pernapasan di medulla oblongata sehingga menyebabkan peningkatan derajat aktifitas inspirasi. Dengan meningkatnya kecepatan inspirasi, secara otomatis dapat meningkatkan irama pernapasan. Demikian pula sebaliknya.

2) Difusi gas

Difusi gas adalah Bergeraknya gas O_2 dan CO_2 atau partikel lain dari area yang bertekanan tinggi ke arah yang bertekanan rendah.

Difusi gas merupakan pertukaran antara oksigen di alveoli dengan kapiler paru dan CO_2 di kapiler dengan alveoli. Di dalam alveoli, O_2 melintasi membrane alveoli-kapiler dari alveoli ke darah karena adanya perbedaan tekanan PO_2 yang tinggi di alveoli (100 mmHg) dan tekanan pada kapiler yang lebih rendah (PO_2 40 mmHg), CO_2 berdifusi dengan arah berlawanan akibat perbedaan tekanan PCO_2 darah 45 mmHg.

Faktor-faktor yang menentukan kecepatan difusi gas melalui membrane paru-paru adalah :

- a) Semakin besar perbedaan tekanan pada membrane maka semakin cepat kecepatan difusi.
- b) Semakin besar area membran paru-paru maka semakin besar kuantitas gas yang dapat berdifusi melewati membrane dalam waktu tertentu.
- c) Semakin tipis membran maka semakin cepat difusi gas melalui membran tersebut ke bagian yang berlawanan.
- d) Koefisien difusi secara langsung berbanding lurus terhadap kemampuan terlarut suatu gas dalam cairan membran paru-paru

dan berbanding terbalik terhadap ukuran molekul (Irman Somantri, 2012).

3) Transportasi gas

Transportasi gas adalah perpindahan gas dari paru ke jaringan dan dari jaringan ke paru dengan bantuan darah (aliran darah). Masuknya oksigen ke dalam sel darah yang bergabung dengan hemoglobin yang kemudian membentuk oksihemoglobin sebanyak 97% dan sisanya 3% ditransportasikan ke dalam cairan plasma dan sel. (Muttaqin Arif,2012).

3. Etiologi

Penyebab tersering *Bronchopneumonia* pada anak adalah *pneumokokus* sedang penyebab lainnya antara lain *streptococcus pneumoniae*, *stapilokokus aureus*, *haemophillus influenzae*, 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 (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

4. Patofisiologi

Kuman masuk kedalam jaringan paru-paru melalui saluran pernafasan dari atas untuk mencapai bronchiolus dan kemudian alveolus sekitarnya. Kelainan yang timbul berupa bercak konsolidasi yang tersebar pada kedua paru-paru, lebih banyak pada bagian basal. *Brochopneumonia* dapat terjadi sebagai akibat inhalasi mikroba yang ada di udara, aspirasi organisme dari

nasofaring atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran nafas masuk ke bronkioli dan alveoli, menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan interstitial. Kuman pneumokokus dapat meluas melalui porus kohn dari alveoli ke seluruh segmen atau lobus. Eritrosit mengalami perembesan dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Paru menjadi tidak berisi udara lagi, kenyal dan berwarna merah. Pada tingkat lebih lanjut, aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumokokus di fagositosis oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung, makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit bersama kuman pneumokokus di dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah yang mati dan eksudat fibrin di buang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas.

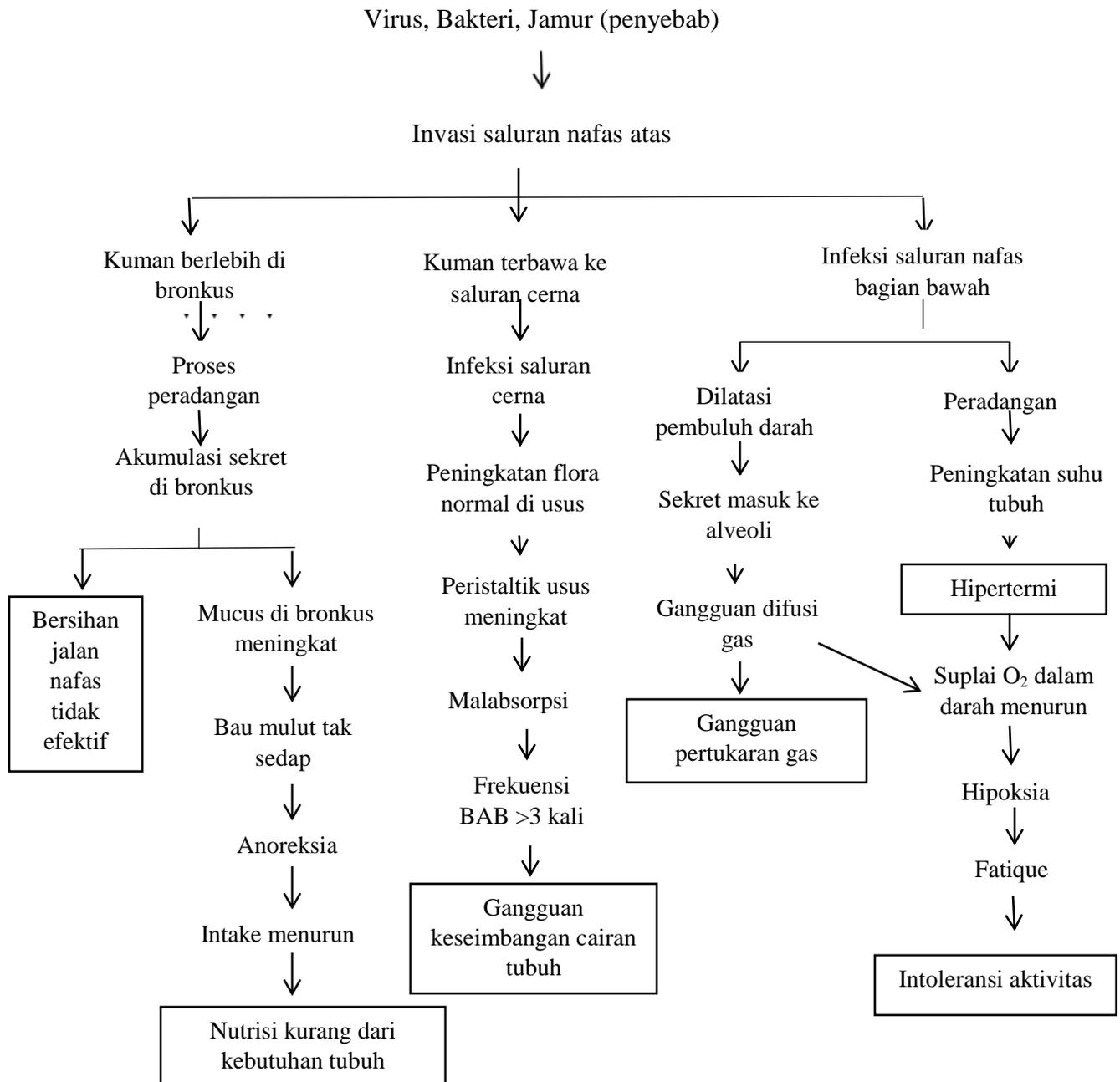
Akan tetapi apabila proses konsolidasi tidak dapat berlangsung dengan baik maka setelah edema dan terdapatnya eksudat pada alveolus maka membran dari alveolus akan mengalami kerusakan yang dapat mengakibatkan gangguan proses difusi osmosis oksigen dalam alveolus. Perubahan tersebut akan berdampak pada penurunan jumlah oksigen yang dibawa oleh darah.

Penurunan itu yang secara klinis penderita mengalami pucat sampai sianosis. Terdapatnya cairan purulent pada alveolus juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan pada paru, selain dapat mengakibatkan penurunan kemampuan mengambil oksigen dari luar juga mengakibatkan kurangnya kapasitas paru. Penderita akan berusaha melawan tingginya tekanan tersebut menggunakan otot-otot bantu pernafasan (otot interkosta) yang dapat menimbulkan peningkatan retraksi dada.

Secara hematogen maupun langsung (lewat penyebaran sel) mikroorganisme yang terdapat di dalam paru dapat menyebar ke bronkus. Setelah terjadi fase peradangan lumen bronkus berisikan sel radang akut, terisi eksudat (nanah) dan sel epitel rusak. Bronkus dan sekitarnya penuh dengan netrofil (bagian leukosit yang banyak pada saat awal peradangan dan bersifat fagositosis) dan sedikit eksudat fibrinosa. Bronkus rusak akan mengalami fibrosis dan pelebaran akibat tumpukan nanah sehingga dapat timbul bronkiektasis. Selain itu organisasi eksudat dapat terjadi karena absorpsi yang lambat. Eksudat pada infeksi ini mula-mula encer dan keruh, mengandung banyak kuman penyebab (streptokokus, virus dan lain-lain). Selanjutnya eksudat berubah menjadi purulen, dan menyebabkan sumbatan pada lumen bronkus. Sumbatan tersebut dapat mengurangi asupan oksigen dari luar sehingga penderita mengalami sesak nafas. Terdapatnya peradangan pada bronkus dan paru juga akan mengakibatkan peningkatan produksi

mukosa dan peningkatan gerakan silia pada lumen bronkus sehingga timbul peningkatan reflek batuk (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

5. Pathway



(Sari Wijyaningsih, 2013)

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada anak dengan *Bronchopneumonia* :

- a. Pemberian antibiotik 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. Pemberian obat kombinasi persetujuan untuk menghilang penyebab infeksi yang kemungkinan lebih dari 1 jenis juga untuk menghindari resistensi antibiotik.
- b. Koreksi gangguan asam-basa dengan pemberian oksigen dan cairan intravena, biasanya diperlukan campuran glukose 5% dan Nacl 0,9% dalam perbandingan 3:1 ditambah larutan Kcl 10 mEq/500ml/botol infus.
- c. Karena sebagian besar pasien jatuh ke dalam asidosis metabolik akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri.
- d. Pemberian makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik pada penderita yang sudah mengalami perbaikan sesanafasnya.
- e. Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transport mukosilier seperti pemberian terapi nebulizer dengan flexotid dan ventolin. Selain bertujuan mempermudah mengeluarkan dahak juga dapat meningkatkan lebar lumen bronkus.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada *Bronchopneumonia* adalah sebagai berikut:

a. Foto thoraks

Pada foto thoraks *Bronchopneumonia* terdapat bercak-bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus.

b. Laboratorium

Leukositosis dapat mencapai 15.000-40.000 mm³ dengan pergeseran ke kiri.

c. GDA: tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.

d. Analisa gas darah arteri bisa menunjukkan asidosis metabolik dengan atau tanpa retensi CO₂.

e. LED meningkat.

f. WBC (white blood cell) biasanya kurang dari 20.000 cells mm₃.

g. Elektrolit: natrium dan klorida mungkin rendah.

h. Bilirubin mungkin meningkat.

i. Aspirasi perkutan/biopsi jaringan paru terbuka: menyatakan intranuklear tipikal dan keterlibatan sistoplasmik (Wulandari Dewi dan Meira Erawati, 2016).

B. Konsep Tumbuh Kembang Pada Anak Usia Infant (0-12 bulan)

1. Definisi tumbuh kembang

Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan penambahan jumlah dan ukuran sel secara kuantitatif, dimana sel-sel tersebut mensintesis protein baru yang nantinya akan menunjukkan penambahan seperti umur, tinggi badan, berat badan dan pertumbuhan gigi. Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan keahlian (kualitas) dan merupakan aspek tingkah laku pertumbuhan. Contohnya: kemampuan berjalan, berbicara, dan berlari (Wulandari Dewi dan Meira Erawati, 2016).

2. Fase tumbuh kembang anak usia 7 bulan

a. Pertumbuhan usia 7 bulan

Berat badan meningkat 90-150 gram/minggu, tinggi badan meningkat 1,25 cm/bulan, lingkar kepala meningkat 0,5 cm/bulan, besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi berusia 12 bulan, gigi sudah mulai tumbuh (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

b. Perkembangan usia 7 bulan

Perkembangan motorik kasar bayi sudah bisa membalikkan badan sendiri, memindahkan anggota badan dari tangan satu ke tangan yang lainnya. Perkembangan motorik halus bayi sudah dapat mengambil mainan dengan tangannya, senang memasukkan kaki ke mulut, sudah mulai bisa memasukkan makanan ke mulut sendiri. Perkembangan sosialisasi bayi sudah dapat membedakan orang yang dikenalnya dengan yang tidak

dikenalnya, jika bersama dengan orang yang belum dikenalnya bayi akan merasa cemas (*stranger anxiety*). Perkembangan bahasa bayi sudah dapat menyebut dan mengeluarkan suara em..em..em.., bayi biasanya cepat menangis jika terdapat hal-hal yang tidak disenanginya akan tetapi akan cepat tertawa lagi (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

3. Hospitalisasi pada anak

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalin terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orangtua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stres. Perasaan yang sering muncul yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah (Wulandari Dewi dan Meira Erawati, 2016).

Reaksi hospitalisasi pada usia 0-9 bulan :

a. Reaksi anak usia bayi terhadap hospitalisasi

Masalah yang utama adalah dampak dari perpisahan dengan orangtua sehingga ada gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Pada anak usia lebih dari 6 bulan terjadi *stranger anxiety* (cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya) dan cemas karena perpisahan. Respon yang paling sering muncul pada anak ini adalah

menangis, marah dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap terhadap *stranger anxiety*.

b. Reaksi orangtua terhadap hospitalisasi anak

- 1) Perasaan cemas dan takut: perasaan tersebut muncul pada saat orangtua melihat anak menjalani prosedur yang menyakitkan, seperti pengambilan darah, infus, injeksi dan prosedur invasif lainnya.
- 2) Perasaan sedih: perasaan ini muncul terutama pada saat anak dalam kondisi terminal dan orangtua mengetahui bahwa tidak ada lagi harapan anaknya untuk sembuh.
- 3) Perasaan frustrasi: pada kondisi anak yang telah dirawat cukup lama dan dirasakan tidak mengalami perubahan serta tidak kuatnya dukungan psikologis yang diterima orangtua baik dari keluarga maupun kerabat lainnya.

Pendekatan yang digunakan dalam hospitalisasi anak :

a. Pendekatan Empirik

Metode pendekatan empirik menggunakan strategi, yaitu:

- 1) Melalui dunia pendidikan yang ditanamkan secara dini kepada peserta didik.
- 2) Melalui penyuluhan atau sosialisasi yang diharapkan meningkatnya kesadaran diri mereka sendiri dan peka terhadap lingkungan sekitarnya.

b. Pendekatan melalui metode permainan

Tujuan bermain di rumah sakit adalah untuk dapat melanjutkan tumbuh kembang yang normal selama dirawat, dan untuk mengungkapkan pikiran, perasaan, serta fantasinya melalui permainan.

Prinsip bermain di rumah sakit adalah sebagai berikut :

- 1) Tidak membutuhkan banyak energi
- 2) Waktunya singkat
- 3) Mudah dilakukan
- 4) Aman
- 5) Kelompok umur
- 6) Tidak bertentangan dengan terapi
- 7) Melibatkan keluarga.

(Wulandari Dewi dan Meira Erawati, 2016).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang actual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Nikmatur, 2012).

Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien, tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah kesehatan dan keperawatan (Setiadi, 2012).

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses yang berisikan status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan perawatannya juga hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya (Nursalam, 2013).

1) Identitas klien

a) Identitas Anak

Pada klien dengan perlu dikaji : nama, untuk menghindari kekeliruan antara identitas klien yang satu dengan yang lain, mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan serta memberikan obat. Umur, karena menentukan dalam pemberian intervensi. Agama, untuk mengidentifikasi coping yang digunakan klien serta keyakinan klien. Pendidikan, untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan yang klien miliki.

Suku bangsa, untuk mengetahui apakah ada keyakinan yang dianut oleh klien/keluarga pada saat penyembuhan. Alamat, untuk mengetahui tempat tinggal (memudahkan pemantauan kondisi klien setelah klien pulang dari perawatan di rumah sakit). Diagnosa medis, No.Rekam medik, Tanggal masuk, tanggal dan jam pengkajian.

b) Identitas keluarga terdiri dari ayah, ibu, wali

Identitas penanggung jawa mencakup : nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan alamat.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Kronologis yang menggambarkan perilaku klien dalam mencari pertolongan. Menguraikan saat pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke rumah sakit, tindakan yang sudah dilakukan sampai klien menjalani perawatan. Pada anak dengan *Bronchopneumonia* adalah sesak, demam, batuk berdahak, dan diare (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama menjelaskan keluhan yang terjadi saat dikaji. Pada anak dengan *Bronchopneumonia* adalah sesak nafas dan batuk (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama secara terperinci dengan menggunakan PQRST:

P : Paliatif, propokatif, apa yang menyebabkan gejala.

Q : Kualitas/qualitative, bagaimana gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan.

R : Region, dimana gejala dirasakan, apakah menyebar.

S : Severity, seberapa tingkat keparahan dirasakan, pada skala berapa.

T : Time, kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, seberapa lama gejala dirasakan.

Pada klien yang terkena *Bronchopneumonia* yang dapat memperberat sesak yaitu menangis lama dan beraktifitas, memperingan sesak bila klien tidur atau beristirahat, sesak yang dirasakan klien disertai retraksi dinding dada, sesak dirasakan pada daerah rongga dada, sesak yang dirasakan mengganggu sehingga aktifitas klien terganggu.

d) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Riwayat kesehatan menjelaskan tentang riwayat perawatan di rumah sakit, alergi, penyakit kronis dan riwayat operasi. Selain itu juga menjelaskan tentang riwayat penyakit yang pernah diderita klien yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang seperti

riwayat panas, batuk pilek, atau penyakit serupa pengobatan yang dilakukan.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjelaskan keadaan kondisi anggota keluarga apakah ada yang pernah menderita penyakit serupa dengan klien pada periode 6 bulan terakhir, riwayat penyakit menular, maupun penyakit keturunan.

3) Riwayat kehamilan dan persalinan

a) Riwayat kehamilan

Ibu perlu ditanyakan apakah ada tanda-tanda risiko tinggi saat hamil seperti berat badan tidak bertambah saat hamil, pre-eklamsi, dan lain-lain. Demikian juga dengan pemeriksaan kehamilannya, apakah dipantau secara berkala. Kehamilan resiko tinggi yang tidak ditangani dengan benar atau tidak terdeteksi, dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang dapat berdampak pada kehidupan selanjutnya. Dengan mengetahui prenatal, dapat diperkirakan keadaan anaknya setelah lahir.

b) Riwayat persalinan

Menjelaskan usia kehamilan klien waktu dilahirkan, penolong dengan atau tanpa tindakan, berat badan dan panjang badan saat lahir serta kelainan pada saat persalinan jika ada.

4) Riwayat Imunisasi

Riwayat imunisasi pada usia infant (0-12 bulan), menanyakan tentang (usia klien pada saat di imunisasi, jenis imunisasi) dan reaksi yang diharapkan dan catatan alasan anak belum mendapat imunisasi bila ada. Catat imunisasi yang telah diberikan yaitu imunisasi BCG, DPT 1, DPT 2, DPT 3, Polio 1, Polio 2, Polio 3, Polio 4, Hepatitis B 3x, Campak bahkan Hib apabila sudah pernah mendapatkannya.

5) Riwayat Tumbuh Kembang

a) Pertumbuhan

Menilai tingkat pertumbuhan klien meliputi : pertumbuhan yaitu tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lingkar lengan, pertumbuhan gigi dan lain-lain.

b) Perkembangan

Riwayat perkembangan yang dikaji sesuai dengan tingkat usia klien. Aspek pengkajian mencakup : sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar.

6) Pola Aktivitas Sehari-Hari

a) Pola Nutrisi

Asupan nutrisi paling utama bayi adalah ASI selama 6 bulan pertama, sampai bayi diperbolehkan memperoleh makanan pendamping ASI mulai usia 4 bulan. Asupan susu formula bervariasi pada setiap bayi, tetapi asupan rata-rata 113 gram enam

kali per hari dalam 1 bulan sampai 119 gram kali per hari selama 6 bulan saat makanan dapat diperkenalkan.

b) Pola Eliminasi

Kaji kebiasaan BAB/hari, konsistensi, frekuensi serta warna dan BAK baik dalam frekuensi, jumlah serta warna dan keluhan pada saat berkemih.

Pola eliminasi biasanya pada usia minggu kedua kehidupan dan dikaitkan dengan frekuensi dan jumlah pemberian makanan.

Konsistensi dan warna feses tergantung pada apa yang bayi makan.

Pada semua bayi, perubah kualitas defekasi bayi sejalan dengan dipergunakan makanan padat. Pada klien dengan *Bronchopneumonia* penderita sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam.

c) Pola Istirahat dan Tidur

Kaji kebiasaan tidur siang dan malam baik mulai tidur, jumlah jam tidur kebiasaan anak menjelang tidur (minum susu, mendengar cerita dan lain-lain). Biasanya pada bayi yang di rawat di RS sulit untuk tidur karena keluhan yang dirasakan, sehingga bayi akan menjadi mudah rewel, menangis dan gelisah yang dapat mengganggu waktu istirahat dan tidur anak. Anak usia infant kebanyakan tidur saat sedang tidak makan selama bulan pertama,

bayi tidur sampai 7 sampai 8 jam dimalam hari tanpa terbangun, untuk usia bayi 1 bulan sampai 1 tahun memerlukan waktu tidur 14 jam/hari. Data yang sering muncul pada anak yang menderita *Bronchopneumonia* yaitu anak mengalami kesulitan tidur karena sesak napas, penampilan anak terlihat lemah, sering menguap, mata merah, anak juga sering menangis pada malam hari karena ketidaknyamanan tersebut.

d) Pola Aktivitas dan Bermain

Kaji pola aktivitas klien sebelum sakit dan selama sakit. Biasanya pada anak yang sedang sakit untuk melakukan aktifitas sesuai dengan perkembangannya. Pada anak yang menderita *Bronchopneumonia* anak tampak menurun aktivitas dan latihannya sebagai dampak kelemahan fisik. Anak tampak lebih banyak minta digendong orang tuanya atau bedrest.

e) Pola Personal Hygiene

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, keramas, menggunting kuku sebelum sakit dan dapat dihubungkan dengan kemampuan untuk merawat diri yang sudah dapat dilakukan oleh klien.

7) Pemeriksaan Fisik

a) Tingkat Kesadaran

Observasi tingkat kesadaran klien. Klien dengan *Bronchopneumonia* dapat mengalami penurunan kesadaran sering ditemukan yaitu dimulai dari apatis, somnolen, sopor sampai koma dinilai dengan menggunakan GCS. Gangguan sistem persarafan terutama saraf cranial (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

b) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa suhu, tekanan darah, respirasi dan nadi. Nilai normal tanda-tanda vital pada anak dapat dilihat dalam tabel dibawah ini.

Tabel 2.1 Suhu Normal (Sukanti Sri, 2009)

Umur	Suhu (°C)
3 Bulan	37,5
1 Tahun	37,7
3 Tahun	37,2
5 Tahun	37,0
7 Tahun	36,8
9 Tahun	36,7

Tabel 2.2 Tekanan Darah Normal (Sukanti Sri, 2009)

Umur	Sistolik/Diastolik (mmHg)
1 Bulan	86/54
6 Bulan	90/60
1 Tahun	96/65
2 Tahun	99/65
6 Tahun	100/60
8 Tahun	105/60
10 Tahun	110/60
12 Tahun	115/60

Tabel 2.3 Respirasi Normal (Sukanti Sri, 2009)

Umur	Frekuensi (kali/menit)
Bayi premature	40-90
Neonatus	30-80
1 tahun	20-40
2 tahun	20-30
3 tahun	20-30
5 tahun	20-25
10 tahun	17-22

Tabel 2.4 Nadi Normal (Sukanti Sri, 2009)

Umur	Frekuensi (kali/menit)
Lahir	140
1 bulan	130
1-6 bulan	130
6-12 bulan	115
1-2 tahun	110
2-4 tahun	105
6-10 tahun	95

c) Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

(1) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, fontanel sudah tertutup atau belum, kebersihan kepala klien, apakah ada pembesaran kepala, apakah ada lesi pada kepala, pada klien *Bronchopneumonia* akan ditemukan rambut mudah rontok karena kekurangan nutrisi, rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(2) Mata

Perhatikan apakah jarak mata lebar atau lebih kecil, amati kelopak mata terhadap penetapan yang tepat, periksa alis mata terhadap kesimetrisan dan pertumbuhan rambutnya, amati distribusi dan kondisi bulu matanya, periksa warna konjungtiva dan sclera, pupil isokor atau anisokor,, lihat apakah mata tampak cekung atau tidak serta amati ukuran iris apakah ada perdarahan atau tidak. Pada klien dengan *Bronchopneumonia* akan ditemukan kondisi konjungtiva tampak pucat akibat intake nutrisi yang tidak adekuat (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(3) Hidung

Amati ukuran dan bentuk hidung, akan Nampak pernafasan cuping hidung, kadang terjadi sianosis pada ujung hidung, lakukan palpasi setiap sisi hidung untuk menentukan apakah ada nyeri tekan atau tidak. Pada klien *Bronkopneumonia* ditemukan pernapasan cuping hidung dan produksi secret, adanya sianosis (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(4) Mulut

Periksa bibir terhadap warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi, periksa gusi lidah dan palatum terhadap kelembaban dan perdarahan, amati adanya bau, periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk, periksa gigi terhadap jumlah,

jenis keadaan, amati reflek sucking sucking dan rooting. Pada klien *Bronchopneumonia*, sianosis di sekeliling mulut, terdapat sputum yang sulit dikeluarkan (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(5) Telinga

Periksa penempatan dan posisi telinga, amati penonjolan atau pendataran telinga, periksa struktur telinga luar dan ciri-ciri yang tidak normal, periksa saluran telinga luar terhadap hygiene. Lakukan penarikan apakah ada nyeri atau tidak dilakukan palpasi pada tulang yang menonjol di belakang telinga untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak, pada klien *Bronchopneumonia* terjadi otitis media bersamaan dengan pneumonia atau setelahnya karena tidak diobati (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(6) Leher

Gerakan kepala dan leher klien dengan ROM yang penuh, periksa leher terhadap pembengkakan, lipatan kulit tambahan dan distensi vena, lakukan palpasi pada trakea dan kelenjar tiroid (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(7) Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kedalam, amati jenis pernapasan, amati gerakan

pernapasan dan lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi diatas sela iga, bergerak secara simetris atau tidak dan lakukan auskultasi lapangan paru, amati apakah ada nyeri di sekitar dada, suara nafas terdengar ronchi, kalau ada pleuritis terdengar suara gesekan pleura pada tempat lesi, kalau ada efusi pleura suara nafas melemah. Pada klien *Bronchopneumonia* akan ditemukan ronchi atau wheezing dan kemungkinan terdapat retraksi dinding dada (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(8) Abdomen

Periksa konturs abdomen ketika sedang berdiri atau berbaring terlentang, simetris atau tidak, periksa warna dan keadaan kulit abdomen, amati turgor kulit. Lakukan auskultasi terhadap bising usus serta perkusi pada semua area abdomen. Pada klien *Bronchopneumonia* akan ditemukan ekspansi kuman melalui pembuluh darah yang masuk kedalam saluran pencernaan dan mengakibatkan infeksi sehingga terjadi peningkatan peristaltic usus (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(9) Genetalia dan Anus

Periksa kulit sekitar daerah anus terhadap kemerahan dan ruam, kaji kebersihan sekitar anus dan genetalia, inspeksi adanya tanda-tanda pembengkakan, periksa anus terhadap tanda-tanda

fisura, hemoroid dan polip (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(10) Punggung dan Bokong

Periksa kelainan punggung apakah terdapat skoliosis, lordosis, kifosis. Pada klien *Bronchopneumonia* akan ditemukan bunyi ronchi saat dilakukan auskultasi pada paru bagian belakang dan ketidaksimetrisan pergerakan thoraks saat di palpasi (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

(11) Ekstremitas

Kaji bentuk kesimetrisan bawah dan atas, kelengkapan jari, apakah terdapat sianosis pada ujung jari. Adanya atrofi dan hipertrofi otot, masa otot tidak simetris, tonus otot meningkat, rentang gerak terbatas, kelemahan otot, gerakan abnormal seperti tremor distonia, edema, tanda kernig positif (nyeri bila kaki diangkat dan dilipat), turgor kulit tidak cepat kembali setelah dicubit kulit kering dan pucat, amati apakah ada klabing pinger. Pada klien dengan *Bronchopneumonia* akan ditemukan sianosis pada ujung jari, biasanya CRT kembali lebih dari 2 detik (Riyadi Sujono dan Sukarmin, 2013).

8) Data Psikososial

Hal-hal yang perlu dikaji dalam data psikososial untuk memudahkan dalam menentukan intervensi diantaranya :

a) Data Psikologi Klien

Pada saat dilakukan pengkajian, klien merasakan gelisah dan menangis.

b) Data Psikologi Keluarga

Pada saat dilakukan pengkajian kepada klien, keluarga klien tampak tenang dan terlihat cemas dengan kondisi klien saat ini.

9) Data Sosial

Klien lebih banyak diam, tidak suka bermain, ketakutan terhadap orang lain meningkat.

10) Data Spiritual

Nilai spiritual meningkat seiring dengan kebutuhan untuk mendapat sumber kesembuhan dari Allah SWT.

11) Data Hospitalisasi

Setiap akan dilakukan pemeriksaan dan diberikan tindakan medis klien langsung menangis.

2. Analisa Data

Analisa data adalah menghubungkan data yang diperoleh dengan konsep, teori, prinsip, asuhan keperawatan yang relevan dengan kondisi klien. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, membandingkan data, menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Nursalam, 2008).

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok dimana perawatan secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, dan mengubah. (Nikmatur, 2012).

Pada *Bronchopneumonia* dapat ditemukan diagnosa keperawatan menurut (Wulandari Dewi dan Meira Erawati, 2016).

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi saluran pernapasan.
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan proses inflamasi dalam alveoli.
- d. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.
- e. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, mual dan muntah.
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, batuk berlebihan dan dispnea.
- g. Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan evaporasi tubuh, kurangnya intake cairan.

4. Perencanaan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Nikmatur, 2012). Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan. Pada *Bronchopneumonia* dapat ditemukan perencanaan dan rasional keperawatan menurut (Wulandari Dewi dan Meira Erawati, 2016) :

Tabel 2.5 Perencanaan Dan Rasional Keperawatan

Perencanaan	Rasional
a. Kaji/pantau frekuensi pernafasan.	a. Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/adanya proses infeksi akut.
b. Auskultasi bunyi nafas.	b. Bersihan jalan nafas yang tidak efektif dapat dimanifestasikan dengan adanya bunyi nafas adventisius.
c. Terapi obat-obatan bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (nebulizer).	c. Memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret dengan cepat.
d. Berikan cairan tambahan misalnya cairan intravena.	d. Cairan diperlukan untuk mengganti kehilangan (termasuk yang tidak dapat) dan memobilisasikan sekret.
e. Kolaborasi pemberian antibiotik.	e. Antibiotik membantu membunuh mikroorganisme penyebab sehingga dapat mengurangi peningkatan produk sputum yang merupakan sebagai akibat timbulnya peradangan.

5. Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Nikmatur, 2012). Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan, yakni sebagai berikut:

- a. Persiapan, tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi hasil yang teridentifikasi pada tahap perencanaan.
- b. Intervensi, focus tahap pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interdependen.
- c. Dokumentasi, pelaksanaan tindakan keperawatan harus di ikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012). Untuk memudahkan perawat mengevaluasi dan memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/ SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari

kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut (Nikmatur, 2012):

Data Subjektif :

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Data Objektif :

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Analisis :

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

Planning :

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya.

Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa membantu menyelesaikan masalah klien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternative pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan, rencana tindakan yang baru/sebelumnya tidak dapat ditentukan bila timbul masalah baru atau rencana tindakan yang sudah tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada.

Implementasi :

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

Evaluasi :

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Reassessment :

Reassessment adalah pengakjian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

D. Terapi Nebulizer Terhadap Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Gejala dan tanda yang biasanya muncul yaitu dispneu, sulit bicara, orthopneu,

gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah, batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, dan mengi/wheezing/ronchi kering (DPP PPNI, 2016). Masalah yang umum ditemukan pada *Bronchopneomonia* adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, untuk mengatasi masalah tersebut salah satu cara adalah terapi nebulizer. Pada anak yang mengalami gangguan bersihan jalan nafas terjadi peningkatan produksi sputum, dengan adanya terapi nebulizer dapat mengurangi atau menghilangkan sesak dan untuk mengencerkan dahak (Andica F et al. 2013).

Berdasarkan hasil dari kesimpulan penelitian dari jurnal tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat perbedaan frekuensi nafas sebelum dan sesudah dilakukan terapi nebulizer pada anak yang mengalami bersihan jalan nafas tidak efektif. Dimana dapat diketahui dari hasil penelitian dengan terapi nebulizer pemberian obat melalui penghisapan secara langsung masuk kedalam saluran nafas, sehingga penghantaran obat langsung keparu-paru, dimana saja dan kapan saja akan memudahkan pasien mengatasi keluhan sesak nafas. Hal ini berarti bahwa terapi nebulizer dapat membantu perbaikan frekuensi nafas dan mengurangi gejala sesak pada anak yang mengalami gangguan bersihan jalan nafas tidak efektif.