

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Bronkopneumonia

2.1.1 Definisi

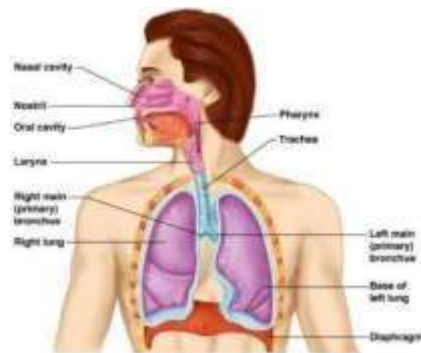
Bronkopneumonia adalah istilah medis yang digunakan untuk menyatakan peradangan yang terjadi pada dinding bronkiolus dan jaringan paru di sekitarnya. Bronkopeumonia dapat disebut sebagai pneumonia lobularis karena peradangan yang terjadi pada parenkim paru bersifat terlokalisir pada bronkiolus berserta alveolus di sekitarnya (Muhlisin, 2019).

Bronkopneumonia adalah peradangan umum dari paru-paru, juga disebut sebagai pneumonia bronkial, atau pneumonia lobular. Peradangan dimulai dalam tabung bronkial kecil bronkiolus, dan tidak teratur menyebar ke alveoli peribronchiolar dan saluran alveolar (Mason, 2018).

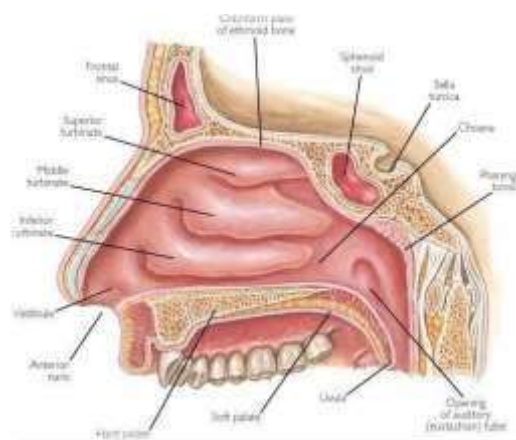
2.1.2 Anatomi Fisiologi

Menurut Syaifuddin (2019), secara umum sistem respirasi dibagi menjadi saluran nafas bagian atas, saluran nafas bagian bawah, dan paru-paru.

- a. Saluran pernapasan bagian atas Saluran pernapasan bagian atas berfungsi menyaring, menghangatkan, dan melembapkan udara yang terhirup. Saluran pernapasan ini terdiri atas sebagai berikut :



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pernafasan



Gambar 2.2 Anatomi Fisiologi Pernafasan Atas

1. Hidung

Hidung (nasal) merupakan organ tubuh yang berfungsi sebagai alat pernapasan (respirasi) dan indra penciuman (pembau). Bentuk dan struktur hidung menyerupai piramid atau kerucut dengan alasnya pada prosesus palatinus osis maksilaris dan pars horizontal osis palatum.

2. Faring

Faring (tekak) adalah suatu saluran otot selaput kedudukannya tegak lurus antara basis kranii dan vertebrae servikalis VI.

3. Laring (Tenggorokan)

Laring merupakan saluran pernapasan setelah faring yang terdiri atas bagian dari tulang rawan yang diikat bersama ligamen dan membran, terdiri atas dua lamina yang bersambung di garis tengah.

4. Epiglotis

Epiglotis merupakan katup tulang rawan yang bertugas membantu menutup laring pada saat proses menelan.

b. Saluran pernapasan bagian bawah

Saluran pernapasan bagian bawah berfungsi mengalirkan udara dan memproduksi surfaktan, saluran ini terdiri atas sebagai berikut:

1. Trakea

Trakea atau disebut sebagai batang tenggorok, memiliki panjang kurang lebih sembilan sentimeter yang dimulai dari laring sampai kira-kira ketinggian vertebra torakalis kelima. Trakea tersusun atas enam belas sampai dua puluh lingkaran tidak lengkap berupa cincin, dilapisi selaput lendir yang terdiri atas epitelium bersilia yang dapat mengeluarkan debu atau benda asing.

2. Bronkus

Bronkus merupakan bentuk percabangan atau kelanjutan dari trakea yang terdiri atas dua percabangan kanan dan kiri. Bagian kanan lebih pendek dan lebar yang daripada bagian kiri yang memiliki tiga lobus atas, tengah, dan bawah, sedangkan bronkus kiri lebih panjang dari bagian kanan yang berjalan dari lobus atas dan bawah.

3. Bronkiolus

Bronkiolus merupakan percabangan setelah bronkus.

c. Paru – paru

Paru merupakan organ utama dalam sistem pernapasan. Paru terletak dalam rongga toraks setinggi tulang selangka sampai dengan diafragma. Paru terdiri atas beberapa lobus yang diselaputi oleh pleura parietalis dan pleura viseralis, serta dilindungi oleh cairan pleura yang berisi cairan surfaktan. Paru kanan terdiri dari tiga lobus dan paru kiri dua lobus.

Paru sebagai alat pernapasan terdiri atas dua bagian, yaitu paru kanan dan kiri. Pada bagian tengah organ ini terdapat organ jantung beserta pembuluh darah yang berbentuk yang bagian puncak disebut apeks. Paru memiliki jaringan yang bersifat elastis berpori, serta berfungsi sebagai tempat pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida yang dinamakan alveolus.

2.1.3 Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2019) secara umum bronkopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat memiliki mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernafasan yang terdiri atas reflek glotis dan batuk, adanya lapisan mukus, gerakan silia yang menggerakkan kuman

keluar dari organ dan sekresi humoral setempat. Timbulnya bronkopneumonia disebabkan oleh bakteri virus dan jamur, antara lain :

- a. Bakteri : Streptococcus, Staphylococcus, H. Influenzae, Klebsiella
- b. Virus : Legionella Pneumoniae
- c. Jamur : Aspergillus Spesies, Candida Albicans
- d. Aspirasi makanan, sekresi orofaringeal atau isi lambung kedalam paru
- e. Terjadi karena kongesti paru yang lama

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab Bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus. Inflamasi bronkus ini ditandai dengan adanya penumpukan sekret, 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 napas, sesak napas, dan napas ronchi. Fibrosis bisa menyebabkan penurunan fungsi paru dan penurunan produksi surfaktan sebagai pelumas yang berfungsi untuk melembabkan rongga fleura. Emfisema (tertimbunnya cairan atau pus dalam rongga paru) adalah tindak lanjut dari pembedahan. Atelektasis mengakibatkan peningkatan frekuensi napas, hipoksemia, acidosis respiratori, pada klien terjadi sianosis, dispnea dan kelelahan yang akan mengakibatkan terjadinya gagal napas (Nurarif & Kusuma, 2019).

2.1.4 Patofisiologi

Sebagian besar penyebab dari bronkopneumonia ialah mikroorganisme (jamur, bakteri, virus) awalnya mikroorganisme masuk melalui percikan ludah (droplet) invasi ini dapat masuk kesaluran pernafasan atas dan menimbulkan reaksi imonologis dari tubuh. reaksi ini menyebabkan peradangan, dimana ketika terjadi peradangan ini tubuh menyesuaikan diri maka timbulah gejala demam pada penderita. Reaksi peradangan ini dapat menimbulkan sekret, semakin lama sekret semakin menumpuk di bronkus maka aliran bronkus menjadi semakin sempit dan pasien dapat merasa sesak. Tidak hanya terkumpul di bronkus lama-kelamaan sekret dapat sampai ke alveolus paru dan mengganggu sistem pertukaran gas di paru.

Tidak hanya menginfeksi saluran nafas, bakteri ini juga dapat menginfeksi saluran cerna ketika ia terbawa oleh darah. Bakteri ini dapat membuat flora normal dalam usus menjadi agen patogen sehingga timbul masalah pencernaan. Dalam keadaan sehat, pada paru tidak akan terjadi pertumbuhan mikroorganisme, keadaan ini disebabkan adanya mekanisme pertahanan paru. Terdapatnya bakteri didalam paru menunjukkan adanya gangguan daya tahan tubuh, sehingga mikroorganisme dapat berkembang biak dan mengakibatkan timbulnya infeksi penyakit. Masuknya mikroorganisme ke dalam saluran nafas dan paru dapat melalui berbagai cara, antara lain inhalasi langsung dari udara, aspirasi dari bahan-bahan yang ada di nasofaring dan orofaring serta perluasan langsung dari tempat-tempat lain, penyebaran secara hematogen (Nurarif & Kusuma, 2019).

Menurut Price (2018) sesak nafas pada bronkopneumonia disebabkan karena berbagai macam hal, diantaranya karena adanya obstruksi pada jalan nafas dan adanya faktor-faktor tertentu (karena penyebaran bakteri, virus, jamur) yang menyebabkan paru-paru/alveoli gagal mengembang dengan sempurna (kekurangan surfaktan atau adanya desakan dari rongga abdomen/jantung). Sesak nafas yang ditimbulkan karena paru dapat diikuti dengan adanya bunyi nafas tambahan, seperti ronkhi (basah/kering) ataupun wheezing.

Bila pertahanan tubuh tidak kuat maka mikroorganisme dapat melalui jalan nafas sampai ke alveoli yang menyebabkan radang pada dinding alveoli dan jaringan sekitarnya. Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatu proses peradangan yang meliputi empat stadium, yaitu (Bradley, 2018) :

1. Stadium I/Hiperemia (4-12 jam pertama atau stadium kongesti)

Pada stadium I, disebut hiperemia karena mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi. Hiperemia ini terjadi akibat pelepasan mediator-mediator peradangan dari sel-sel mast setelah pengaktifan sel imun dan cedera jaringan. Mediator-mediator tersebut mencakup histamin dan prostaglandin.

2. Stadium II/Hepatisasi Merah (48 jam berikutnya)

Pada stadium II, disebut hepatitis merah karena terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (host) sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena menjadi padat oleh karena adanya penumpukan leukosit, eritrosit dan cairan sehingga warna paru menjadi merah dan pada perabaan seperti hepar, pada stadium ini udara alveoli tidak ada atau sangat minimal sehingga orang dewasa akan bertambah sesak, stadium ini berlangsung sangat singkat, yaitu selama 48 jam.

3. Stadium III/ Hepatisasi Kelabu (3-8 hari berikutnya)

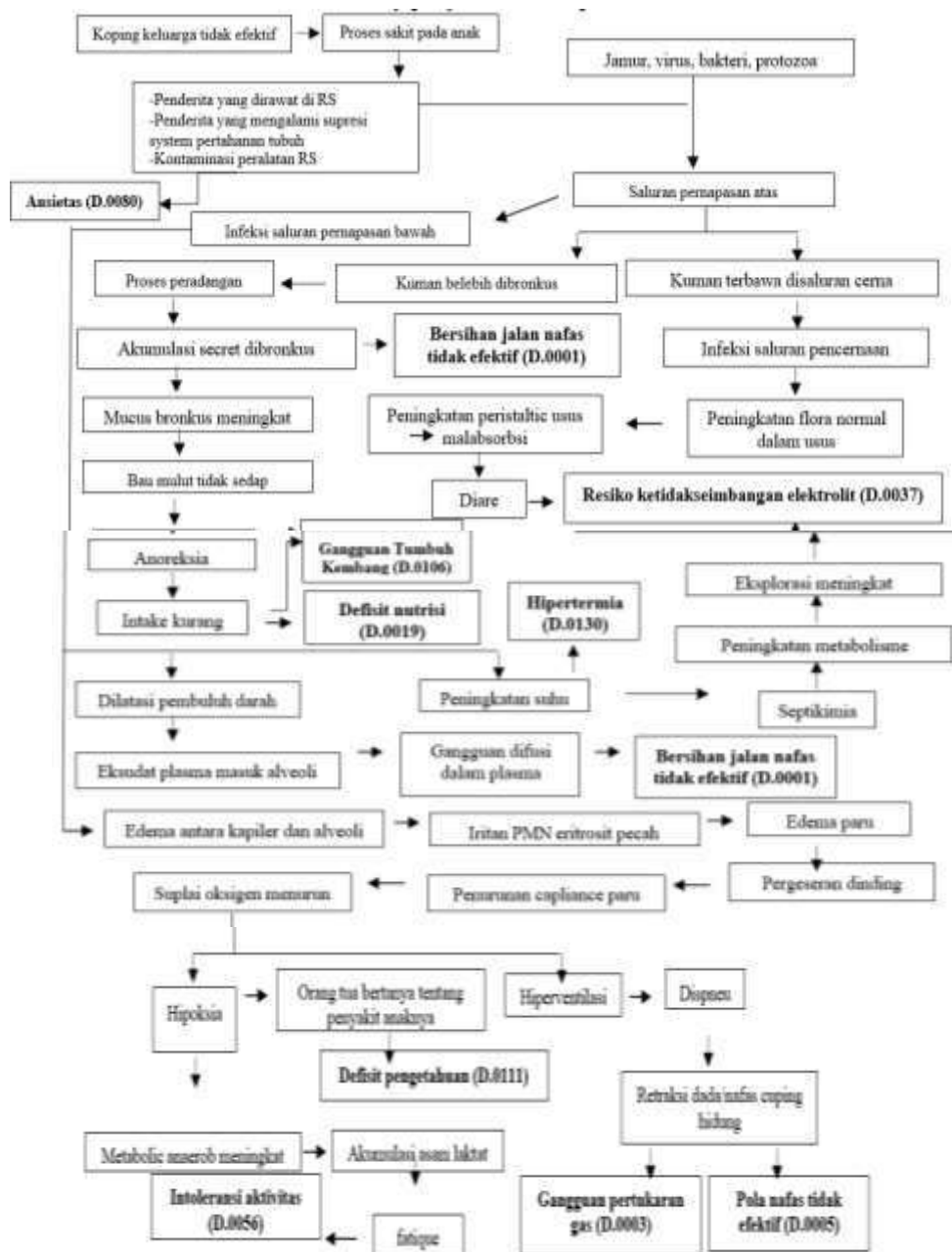
Pada stadium III/hepatisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel- sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi di seluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai di reabsorpsi, lobus masih tetap padat karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti.

4. Stadium IV/Resolusi (7-11 hari berikutnya)

Pada stadium IV/resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula.

2.1.5 Pathway

Bagan 2.1
Pathway Bronkopneumonia



Sumber : Nurarif & Kusuma, (2019); PPNI (2017)

2.1.6 Tanda dan Gejala

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi saluran napas bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik secara mendadak sampai 37,6-40°C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Selain itu, anak bisa menjadi sangat gelisah, bersihan nafas tidak efektif pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis di sekitar hidung dan mulut. Sedangkan, batuk biasanya tidak dijumpai pada awal penyakit, seorang anak akan mendapat batuk setelah beberapa hari, di mana pada awalnya berupa batuk kering kemudian menjadi produktif. Pada pemeriksaan fisik didapatkan :

- a. Inspeksi: Pernafasan cuping hidung (+), sianosis sekitar hidung dan mulut, retraksi sela iga.
- b. Palpasi: Stem fremitus yang meningkat pada sisi yang sakit.
- c. Perkusi: Sonor memendek sampai beda.
- d. Auskultasi: Suara pernapasan mengeras (vesikuler mengeras) disertai ronki basah gelembung halus sampai sedang.

Pada bronkopneumonia, hasil pemeriksaan fisik tergantung pada luasnya daerah yang terkena. Pada perkusi thoraks sering tidak dijumpai adanya kelainan. Pada auskultasi mungkin hanya terdengar ronki basah gelembung halus sampai sedang. Bila sarang bronkopneumonia menjadi satu (konfluens) mungkin pada perkusi terdengar suara yang meredup dan suara pernapasan pada auskultasi terdengar mengeras. Pada stadium

resolusi ronki dapat terdengar lagi. Tanpa pengobatan biasanya proses penyembuhan dapat terjadi antara 2-3 minggu (Mossani, 2018).

2.1.7 Klasifikasi

Pembagian pneumonia sendiri pada dasarnya tidak ada yang memuaskan, dan pada umumnya pembagian berdasarkan anatomi dan etiologi. Beberapa ahli telah membuktikan bahwa pembagian pneumonia berdasarkan etiologi terbukti secara klinis dan memberikan terapi yang lebih relevan (Bradley, 2018). Berikut ini klasifikasi pneumonia sebagai berikut :

1. Berdasarkan lokasi lesi di paru yaitu pneumonia lobaris, pneumonia interstitialis, bronkopneumonia
2. Berdasarkan asal infeksi yaitu pneumonia yang didapat dari masyarakat (community acquired pneumonia = CAP). Pneumonia yang didapat dari rumah sakit (hospital-based pneumonia).
3. Berdasarkan mikroorganisme penyebab yaitu pneumonia bakteri, pneumonia virus, pneumonia mikoplasma, dan pneumonia jamur
4. Berdasarkan karakteristik penyakit yaitu pneumonia tipikal dan pneumonia atipikal
5. Berdasarkan lama penyakit yaitu Pneumonia akut dan Pneumonia persisten

2.1.8 Dampak

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi saluran napas bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik secara mendadak sampai 37,6-40°C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Selain itu, anak bisa menjadi sangat gelisah, pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis di sekitar hidung dan mulut. Sedangkan, batuk biasanya tidak dijumpai pada awal penyakit, seorang anak akan mendapat batuk setelah beberapa hari, di mana pada awalnya berupa batuk kering kemudian menjadi produktif. Pada pemeriksaan fisik didapatkan:

1. Inspeksi: Pernafasan cuping hidung (+), sianosis sekitar hidung dan mulut, retraksi sela iga.
2. Palpasi: Stem fremitus yang meningkat pada sisi yang sakit.
3. Perkusi: Sonor memendek sampai beda.
4. Auskultasi: Suara pernapasan mengeras (vesikuler mengeras) disertai ronki basah gelembung halus sampai sedang.

Pada bronkopneumonia, hasil pemeriksaan fisik tergantung pada luasnya daerah yang terkena. Pada perkusi thoraks sering tidak dijumpai adanya kelainan. Pada auskultasi mungkin hanya terdengar ronki basah gelembung halus sampai sedang. Bila sarang bronkopneumonia menjadi satu (konfluens) mungkin pada perkusi terdengar suara yang meredup dan suara pernapasan pada auskultasi terdengar mengeras. Pada stadium resolusi

ronki dapat terdengar lagi. Tanpa pengobatan biasanya proses penyembuhan dapat terjadi antara 2-3 minggu.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi bronkopneumonia umumnya lebih sering terjadi pada anak-anak, orang dewasa yang lebih tua (usia 65 tahun atau lebih), dan , (2019). Beberapa komplikasi bronkopneumonia yang mungkin terjadi, termasuk :

1. Infeksi Darah

Kondisi ini terjadi karena bakteri memasuki aliran darah dan menginfeksi organ lain. Infeksi darah atau sepsis dapat menyebabkan kegagalan organ.

2. Abses Paru-paru

Abses paru-paru dapat terjadi ketika nanah terbentuk di rongga paru-paru. Kondisi ini biasanya dapat diobati dengan antibiotik. Tetapi kadang-kadang diperlukan pembedahan untuk menyingkirkannya.

3. Efusi Pleura

Efusi pleura adalah suatu kondisi di mana cairan mengisi ruang di sekitar paru-paru dan rongga dada. Cairan yang terinfeksi biasanya dikeringkan dengan jarum atau tabung tipis. Dalam beberapa kasus, efusi pleura yang parah memerlukan intervensi bedah untuk membantu mengeluarkan cairan.

4. Gagal Napas

Kondisi yang disebabkan oleh kerusakan parah pada paru-paru, sehingga tubuh tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen karena gangguan fungsi pernapasan. Jika tidak segera diobati, gagal napas dapat menyebabkan organ tubuh berhenti berfungsi dan berhenti bernapas sama sekali. Dalam hal ini, orang yang terkena harus menerima bantuan pernapasan melalui mesin (respirator).

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2019) untuk dapat menegaskan diagnosa keperawatan dapat digunakan cara :

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah

Pada kasus bronkopneumonia oleh bakteri akan terjadi leukositosis (meningkatnya jumlah neutrofil).

2) Pemeriksaan sputum

Bahan pemeriksaan yang terbaik diperoleh dari batuk yang spontan dan dalam digunakan untuk kultur serta tes sensitifitas untuk mendeteksi agen infeksius.

3) Analisa gas darah untuk mengevaluasi status oksigenasi dan status asam basa.

4) Kultur darah untuk mendeteksi bakteremia.

5) Sampel darah, sputum dan urine untuk tes imunologi untuk mendeteksi antigen mikroba

b. Pemeriksaan radiologi

1) Ronthenogram thoraks

Menunjukkan konsolidasi lobar yang seringkali dijumpai pada infeksi pneumokokal atau klebsiella. Infiltrat multiple seringkali dijumpai pada infeksi stafilokokus dan haemofilus

2) Laringoskopi/bronskopi

Untuk menentukan apakah jalan nafas tersumbat oleh benda padat.

2.1.11 Penatalaksanaan

Menurut (Alexander & Anggraeni, 2017) penatalaksanaan yang dapat diberikan pada anak dengan bronkopneumonia yaitu :

1. Pemberian obat antibiotik penisilin ditambah dengan kloramfenikol 50- 70 mg/kg BB/hari atau diberikan antibiotic yang memiliki spectrum luas seperti ampicilin, pengobatan ini diberikan sampai bebas demam 4-5 hari. Antibiotik yang direkomendasikan adalah antibiotik spectrum luas seperti kombinasi beta laktam/klavulanat dengan aminoglikosid atau sefalosporin generasi ketiga.
2. Pemberian terapi yang diberikan pada pasien adalah terapi O₂, terapi cairan dan, antipiretik. Agen antipiretik yang diberikan kepada pasien adalah paracetamol. Paracetamol dapat diberikan dengan cara di tetesi (3x0,5 cc sehari) atau dengan peroral/ sirup. Indikasi pemberian

paracetamol adalah adanya peningkatan suhu mencapai 38°C serta untuk menjaga kenyamanan pasien dan mengontrol batuk.

3. Terapi nebulisasi menggunakan salbutamol diberikan pada pasien ini dengan dosis 1 respul/8 jam. Hal ini sudah sesuai dosis yang dianjurkan yaitu 0,5 mg/kgBB. Terapi nebulisasi bertujuan untuk mengurangi sesak akibat penyempitan jalan nafas atau bronkospasme akibat hipersekresi mukus. Salbutamol merupakan suatu obat agonis beta- 2 adrenegik yang selektif terutama pada otot bronkus. Salbutamol menghambat pelepas mediator dari pulmonary mast cell 9,11 Namun terapi nebulisasi bukan menjadi gold standar pengobatan dari bronkopneumonia. Gold standar pengobatan bronkopneumonia adalah penggunaan 2 antibiotik.

2.2 Teori Model Keperawatan Jean Watson

2.2.1 Definisi Caring

Caring science merupakan suatu orientasi human science dan kemanusiaan terhadap proses, fenomena, dan pengalaman human caring. Caring science, seperti juga science lainnya, meliputi seni dan kemanusiaan. Caring adalah tindakan yang diarahkan untuk membantu, membimbing, atau melakukan cara untuk membantu dalam pencapaian tujuan tertentu, dengan cara mendukung individu lain atau kelompok dengan nyata atau antisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia (Leininger, 1991). *Proposes that caring is the*

nurses' attitude shown through attention, appreciation, and a willingness to fulfill their medical needs with empathy (Simamora et al, 2020).

2.2.2 Karakteristik Caring

Menurut Watson (2007), Karakteristik caring adalah sebagai berikut:

1. *Be ourself*, sebagai manusia harus jujur, dapat dipercaya, tergantung pada orang lain.
2. *Clarity*, keinginan untuk terbuka dengan orang lain.
3. *Respect*, selalu menghargai orang lain.
4. *Separateness*, dalam caring perawat tidak terbawa dalam depresi atau ketakutan dengan orang lain.
5. *Freedom*, memberi kebebasan kepada orang lain untuk mengekspresikan perasaannya.
6. *Empathy*, mengalami emosi yang serupa dengan emosi orang lain, mengetahui apa yang orang lain rasakan dan pikirkan.
7. *Communicative*, komunikasi verbal dan non verbal harus menunjukkan kesesuaian dan evaluasi dilakukan secara bersama-sama.

2.2.3 Asumsi Dasar Science of Caring

Menurut Watson (2007), mengidentifikasi banyak asumsi dan beberapa prinsip dasar dari transpersonal caring. Watson meyakini bahwa jiwa seseorang tidak dapat dibatasi oleh ruang dan waktu. Watson

menyatakan tujuh asumsi tentang *science of caring*. Asumsi dasar tersebut yaitu:

1. *Caring* dapat didemonstrasikan dan dipraktekkan dengan efektif hanya secara interpersonal
2. *Caring* terdiri dari *carative factors* yang menghasilkan kepuasan terhadap kebutuhan manusia tertentu
3. Efektif *caring* meningkatkan kesehatan dan pertumbuhan individu dan keluarga
4. Respon *caring* menerima seseorang tidak hanya sebagai dia saat ini, tetapi juga menerima akan jadi apa dia kemudian
5. Lingkungan *caring* adalah sesuatu yang menawarkan perkembangan dari potensi yang ada, dan di saat yang sama membiarkan seseorang untuk memilih tindakan yang terbaik bagi dirinya saat itu
6. *Caring* lebih “*healthogenic*” daripada curing.
7. Praktek *caring* merupakan sentral bagi keperawatan.

2.2.4 Faktor Carative dalam Caring

Menurut Watson (2007), memberikan rekomendasi agar perawat memberikan asuhan keperawatan kepada klien melalui sepuluh faktor *carative* yaitu yang berhubungan dengan sifat dan karakter perawat yang menjelaskan bagaimana perilaku caring dimanifestasikan. Sepuluh faktor *carative* dan bagaimana perilaku caring dimanifestasikan perawat dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. *Formation of a humanistic–altruistic system of values.* Perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien. Selain itu, perawat juga memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan pada klien.
2. *Instillation of faith–hope.* Memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Di samping itu, perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan.
3. *Cultivation of sensitivity to one’s self and to others.* Perawat belajar menghargai kesensitifan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitif, murni, dan bersikap wajar pada orang lain.
4. *Development of a helping–trusting, human caring relationship.* Perawat memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dialami klien. Sehingga karakter yang diperlukan dalam faktor ini antara lain adalah kongruen, empati, dan kehangatan.
5. *Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings.* Perawat memberikan waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien.
6. *Systematic use of a creative problem-solving caring process.* Perawat menggunakan metoda proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada klien.

7. *Promotion of transpersonal teaching-learning*. Memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien.
8. *Provision for a supportive, protective, and/or corrective mental, physical, societal, and spiritual environment*. Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan dan kondisi penyakit klien.
9. *Assistance with gratification of human needs*. Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif diri dan klien. Pemenuhan kebutuhan paling dasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat selanjutnya.
10. Mengijinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhandiri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai. Kadang-kadang seorang klien perlu dihadapkan pada pengalaman/pemikiran yang bersifat profokatif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri.

2.2.5 Proses Caring dalam Keperawatan Pada Anak

Perilaku caring yang sangat penting menurut pasien dan pengasuh/orang tua adalah bersikap ceria dan lembut kepada anak, memperlakukan pasien sebagai individu, bijak, bersikap baik dan perhatian terhadap pasien, perilaku caring tersebut termasuk dalam humanistik/kepercayaan dan harapan/sensitivitas. Perilaku caring yang meliputi keramahan, empati, perhatian dan cinta pada diri sendiri dan

orang lain merupakan dasar caring terhadap manusia yang dapat meningkatkan keperawatan profesional terbaik (Watson, 2009).

2.2.6 Perilaku Caring dalam Praktik Keperawatan

Menurut Watson (2007) *caring* bukanlah sesuatu yang dapat diajarkan, tetapi merupakan hasil dari kebudayaan, nilai-nilai, pengalaman, dan dari hubungan dengan orang lain. Sikap keperawatan yang berhubungan dengan *caring* adalah kehadiran, sentuhan kasih sayang, mendengarkan, memahami klien, caring dalam spiritual, dan perawatan keluarga.

1. Kehadiran

Kehadiran adalah suatu pertemuan antara seseorang dengan seseorang lainnya yang merupakan sarana untuk mendekatkan diri dan menyampaikan manfaat *caring*. Menurut Fredriksson, kehadiran berarti “ada di” dan “ada dengan”. “Ada di” berarti kehadiran tidak hanya dalam bentuk fisik, melainkan juga komunikasi dan pengertian. Sedangkan “ada dengan” berarti perawat selalu bersedia dan ada untuk klien. Kehadiran seorang perawat membantu menenangkan rasa cemas dan takut klien karena situasi tertekan.

2. Sentuhan

Sentuhan merupakan salah satu pendekatan yang menenangkan dimana perawat dapat mendekatkan diri dengan klien untuk memberikan perhatian dan dukungan. Ada dua jenis sentuhan, yaitu

sentuhan kontak dan sentuhan non-kontak. Sentuhan kontak merupakan sentuhan langsung kulit dengan kulit. Sedangkan sentuhan non-kontak merupakan kontak mata. Kedua jenis sentuhan ini digambarkan dalam tiga kategori :

a) Sentuhan Berorientasi-tugas

Saat melaksanakan tugas dan prosedur, perawat menggunakan sentuhan ini. Perlakuan yang ramah dan cekatan ketika melaksanakan prosedur akan memberikan rasa aman kepada klien. Prosedur dilakukan secara hati-hati dan atas pertimbangan kebutuhan klien.

b) Sentuhan Pelayanan (Caring)

Yang termasuk dalam sentuhan caring adalah memegang tangan klien, memijat punggung klien, menempatkan klien dengan hati-hati, atau terlibat dalam pembicaraan (komunikasi non-verbal). Sentuhan ini dapat mempengaruhi keamanan dan kenyamanan klien, meningkatkan harga diri, dan memperbaiki orientasi tentang kenyataan).

c) Sentuhan Perlindungan

Sentuhan ini merupakan suatu bentuk sentuhan yang digunakan untuk melindungi perawat dan/atau klien. Contoh dari sentuhan perlindungan adalah mencegah terjadinya kecelakaan dengan cara menjaga dan mengingatkan klien agar tidak terjatuh.

Sentuhan dapat menimbulkan berbagai pesan, oleh karena itu harus digunakan secara bijaksana.

3. Mendengarkan

Untuk lebih mengerti dan memahami kebutuhan klien, mendengarkan merupakan kunci, sebab hal ini menunjukkan perhatian penuh dan ketertarikan perawat. Mendengarkan membantu perawat dalam memahami dan mengerti maksud klien dan membantu menolong klien mencari cara untuk mendapatkan kedamaian.

4. Memahami klien

Salah satu proses caring adalah memahami klien. Memahami klien sebagai inti suatu proses digunakan perawat dalam membuat keputusan klinis. Memahami klien merupakan pemahaman perawat terhadap klien sebagai acuan melakukan intervensi berikutnya. Pemahaman klien merupakan gerbang penentu pelayanan sehingga, antara klien dan perawat terjalin suatu hubungan yang baik dan saling memahami.

5. *Caring* Dalam Spiritual

Kepercayaan dan harapan individu mempunyai pengaruh terhadap kesehatan fisik seseorang. Spiritual menawarkan rasa keterikatan yang baik, baik melalui hubungan intrapersonal atau hubungan dengan dirinya sendiri, interpersonal atau hubungan dengan orang lain dan lingkungan, serta transpersonal atau hubungan dengan Tuhan atau kekuatan tertinggi. Hubungan caring terjalin dengan baik apabila antara

perawat dan klien dapat memahami satu sama lain sehingga keduanya bisa menjalin hubungan yang baik dengan melakukan hal seperti, mengarahkan harapan bagi klien dan perawat; mendapatkan pengertian tentang gejala, penyakit, atau perasaan yang diterima klien; membantu klien dalam menggunakan sumber daya sosial, emosional, atau spiritual; memahami bahwa hubungan caring menghubungkan manusia dengan manusia, roh dengan roh.

6. Perawatan Keluarga

Keluarga merupakan sumber daya penting. Keberhasilan intervensi keperawatan sering bergantung pada keinginan keluarga untuk berbagi informasi dengan perawat untuk menyampaikan terapi yang dianjurkan. Menjamin kesehatan klien dan membantu keluarga untuk aktif dalam proses penyembuhan klien merupakan tugas penting anggota keluarga. Menunjukkan perawatan keluarga dan perhatian pada klien membuat suatu keterbukaan yang kemudian dapat membentuk hubungan yang baik dengan anggota keluarga klien.

2.3 Konsep Teori Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Bronkopneumonia

Konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat. Tujuan dari dokumentasi pada intinya untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Dikenal dua jenis data pada pengkajian yaitu data objektif dan subjektif. Perawat perlu memahami metode memperoleh data. Dalam memperoleh data tidak jarang terdapat masalah yang perlu diantisipasi oleh perawat. Data hasil pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Ghofur, 2018).

1. Usia :

Pneumonia sering terjadi pada bayi dan anak. Kasus terbanyak terjadi pada anak berusia di bawah 3 tahun.

2. Keluhan utama :

Saat dikaji biasanya penderita bronkopneumonia mengeluh sesak nafas.

3. Riwayat penyakit sekarang :

Pada penderita bronkopneumonia biasanya merasakan sulit untuk bernafas, dan disertai dengan batuk berdahak, terlihat otot bantu pernafasan, adanya suara nafas tambahan, penderita biasanya juga lemah dan tidak nafsu makan, kadang disertai diare.

4. Riwayat penyakit dahulu :

Anak sering menderita penyakit saluran pernafasan bagian atas, memiliki riwayat penyakit campak atau pertussis serta memiliki faktor pemicu bronkopneumonia misalnya riwayat terpapar asap rokok, debu atau polusi dalam jangka panjang.

5. Pemeriksaan fisik :

a. Inspeksi

Perlu diperhatikannya adanya sianosis, dispneu, pernafasan cuping hidung, distensi abdomen, batuk semula non produktif menjadi produktif, serta nyeri dada pada saat menarik nafas. Batasan takipnea pada anak 2 bulan-12 bulan adalah 50 kali/menit atau lebih, sementara untuk anak berusia 12 bulan-5 tahun adalah 40 kali/menit atau lebih. Perlu diperhatikan adanya tarikan dinding dada ke dalam pada fase inspirasi. Pada pneumonia berat, tarikan dinding dada ke dalam akan tampak jelas.

b. Palpasi

Fremitus biasanya terdengar lemah pada bagian yang terdapat cairan atau secret, getaran hanya teraba pada sisi yang tidak terdapat secret.

c. Perkusi

Normalnya perkusi pada paru adalah sonor, namun untuk kasus bronkopneumonia biasanya saat diperkusi terdengar bunyi redup.

d. Auskultasi

Auskultasi sederhana dapat dilakukan dengan cara mendekatkan telinga ke hidung atau mulut bayi. Pada anak pneumonia akan terdengar stridor, ronkhi atau wheezing. Sementara dengan stetoskop, akan terdengar suara nafas akan berkurang, ronkhi halus pada posisi yang sakit, dan ronkhi basah pada masa resolusi. Pernafasan bronkial, egotomi, bronkoponi, kadang- kadang terdengar bising gesek pleura.

e. Pemeriksaan laboratorium :

- 1) Leukosit meningkat dan LED meningkat
- 2) X-foto dada: Terdapat bercak-bercak infiltrate yang tersebar (bronkopneumonia) atau yang meliputi satu atau sebagian besar lobus.

f. Riwayat kehamilan dan persalinan:

- 1) Riwayat kehamilan: penyakit infeksi yang pernah diderita ibu selama hamil, perawatan ANC, imunisasi TT.
- 2) Riwayat persalinan: apakah usia kehamilan cukup, lahir prematur, bayi kembar, penyakit persalinan, apgar score.

g. Riwayat sosial

Siapa pengasuh klien, interaksi sosial, kawan bermain, peran ibu, keyakinan agama/budaya.

h. Kebutuhan dasar

- 1) Makan dan minum

Penurunan intake, nutrisi dan cairan, diare, penurunan BB, mual dan muntah

2) Aktivitas dan istirahat

Kelemahan, lesu, penurunan aktivitas, banyak berbaring

3) BAT

Tidak begitu terganggu

4) Kenyamanan

Malgia, sakit kepala

5) Higiene

Penampilan kusut, kurang tenaga

i. Pemeriksaan tingkat perkembangan

1) Motorik kasar:

Setiap anak berbeda, bersifat familial, dan dapat dilihat dari kemampuan anak menggerakkan anggota tubuh.

2) Motorik halus:

Gerakkan tangan dan jari untuk mengambil benda, menggenggam, mengambil dengan jari, menggambar, menulis dihubungkan dengan usia.

j. Data psikologis

1) Anak

Krisis hospitalisasi, mekanisme koping yang terbatas dipengaruhi oleh: usia, pengalaman sakit, perpisahan, adanya support, keseriusan penyakit.

2) Orang tua

Reaksi orang tua terhadap penyakit anaknya dipengaruhi oleh :

- a) Keseriusan ancaman terhadap anaknya
- b) Pengalaman sebelumnya
- c) Prosedur medis yang akan dilakukan pada anaknya
- d) Adanya suportif dukungan
- e) Agama, kepercayaan dan adat
- f) Pola komunikasi dalam keluarga

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok, dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, sangat perlu untuk didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Ghofur, 2018).

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
- f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- g. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- i. Resiko ketidakseimbangan elektrolit dibuktikan dengan diare
- j. Resiko gangguan tumbuh kembang dibuktikan dengan ketidakmampuan fisik (PPNI, 2017)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2019). Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

- a. Diagnosis : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas
 - 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat. Dengan kriteria hasil :

- a) Batuk efektif
- b) Produksi sputum menurun
- c) Mengi menurun
- d) Wheezing menurun
- e) Dispnea menurun
- f) Ortopnea menurun
- g) Gelisah menurun
- h) Frekuensi napas membaik
- i) Pola napas membaik

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

- a) Identifikasi kemampuan batuk
- b) Monitor adanya retensi sputum
- c) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas
- d) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- e) Auskultasi bunyi napas

Terapeutik

- a) Atur posisi semi fowler atau fowler
- b) Berikan minum hangat
- c) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- d) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

- b) Ajarkan teknik batuk efektif
- c) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik atau ekspektoran, jika perlu
 - b. Diagnosa : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan pola napas (L.01004) membaik. Dengan kriteria hasil :
- a) Tekanan ekspirasi meningkat
 - b) Tekanan inspirasi meningkat
 - c) Dispnea menurun
 - d) Penggunaan otot bantu napas menurun
 - e) Frekuensi napas membaik
 - f) Kedalaman napas membaik
- 2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

- a) Monitor bunyi napas
- b) Monitor sputum
- c) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- d) Monitor kemampuan batuk efektif
- e) Monitor adanya sumbatan jalan napas

f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru

g) Monitor saturasi oksigen

Edukasi

a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

b) Ajarkan teknik batuk efektif

c. Diagnosa : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan pertukaran gas (L.01003) meningkat. Dengan kriteria hasil :

a) Dispnea menurun

b) Bunyi napas tambahan menurun

c) Napas cuping hidung menurun

d) PCO₂ membaik

e) PO₂ membaik

f) Takikardi membaik

g) Ph arteri membaik

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

b) Monitor polanapas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik)

c) Monitor adanya sumbatan jalan napas

d) Auskultasi bunyi napas

- e) Monitor saturasi oksigen
- f) Monitor nilai AGD
- g) Monitor hasil x-ray thoraks
- h) Monitor kecepatan aliran oksigen
- i) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen

Terapeutik

- a) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi

Kolaborasi

- a) Kolaborasi penentuan dosis oksigen
- b) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur

d. Diagnosa : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

1) Tujuan : Setelah dilakukan Intervensi keperawatan, maka termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil :

- a) Menggigil menurun
- b) Kulit merah menurun
- c) Kejang menurun
- d) Pucat menurun
- e) Takikardi menurun
- f) Takipnea menurun
- g) Bradikardi menurun
- h) Hipoksia menurun
- i) Suhu tubuh membaik
- j) Suhu kulit membaik

k) Tekanan darah membaik

2)

Intervensi keperawatan :

Observasi :

- a) Identifikasi penyebab hipertermia
- b) Monitor tanda-tanda vital
- c) Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor warna dan suhu kulit
- f) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik :

- a) Sediakan lingkungan yang dingin
- b) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- d) Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat
- e) Berikan cairan oral
- f) Ganti linen setiap hari jika mengalami keringat berlebih
- g) Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

Edukasi :

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan memperbanyak minum

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu

- b) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
- e. Diagnosa : Defisit nutrisi berhubungan peningkatan kebutuhan metabolisme
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik. Dengan kriteria hasil:
 - a) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
 - b) Diare menurun
 - c) Berat badan membaik
 - d) Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik
 - e) Nafsu makan membaik
- 2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Monitor asupan makanan
- c) Monitor berat badan

Terapeutik

- a) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- b) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- c) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- d) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- e) Berikan makanan sesuai keinginan, jika memungkinkan

Edukasi

- a) Anjurkan orang tua atau keluarga membantu memberi makan kepada pasien

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
 - b) Kolaborasi pemberian antiemetik sebelum makan, jika perlu
- f. Diagnosa : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) meningkat. Dengan kriteria hasil :
- a) Frekuensi nadi meningkat
 - b) Keluhan lelah menurun
 - c) Dispnea saat aktivitas menurun
 - d) Dispnea setelah aktivitas menurun
 - e) Perasaan lemah menurun
- 2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

- a) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- b) Monitor saturasi oksigen
- c) Monitor tekanan darah, nadi dan pernapasan setelah melakukan aktivitas

Terapeutik

- a) Libatkan keluarga dalam aktivitas
- b) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- c) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring
 - b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 - c) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai
- g. Diagnosa : Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun. Dengan kriteria hasil :
 - a) Perilaku gelisah menurun
 - b) Perilaku tegang menurun
 - c) Diaforesis menurun
 - d) Konsentrasi membaik
 - e) Pola tidur membaik
 - f) Frekuensi pernapasan dan nadi membaik
 - g) Tekanan darah membaik
 - 2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

- a) Monitor tanda-tanda ansietas
- b) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi

- c) Monitor respons terhadap terapi relaksasi

Teraupetik

- a) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Pahami situasi yang membuat ansietas
- c) Dengarkan dengan penuh perhatian
- d) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- e) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan
- f) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama

Edukasi

- a) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
 - b) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- h. Diagnosa : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan tingkat pengetahuan (L.12111) meningkat. Dengan kriteria hasil :
- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
 - b) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
 - c) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
 - d) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
 - e) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
 - f) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

g) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Teraupetik

- a) Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan
- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan

i. Diagnosa : Resiko ketidakseimbangan elektrolit dibuktikan dengan diare

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan keseimbangan elektrolit (L.03021) meningkat. Dengan kriteria hasil :

- a) Serum natrium membaik
- b) Serum kalium membaik
- c) Serum klorida membaik

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi

- a) Identifikasi penyebab diare (mis. inflamasi gastrointestinal)
- b) Monitor mual, muntah, dan diare

- c) Monitor status hidrasi

Terapeutik

- a) Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam
- b) Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit)
- c) Berikan cairan intravena, jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)

- j. Diagnosa : Resiko gangguan tumbuh kembang dibuktikan dengan ketidakmampuan fisik

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status perkembangan membaik (L.10101) Kriteria hasil :

- a) Keterampilan/ perilaku sesuai dengan usia
- b) Respon social meningkat
- c) Kontak mata meningkat
- d) Afek Membaik

- 2) Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak

Terapeutik

- a) Minimalkan kebisingan ruangan

- b) Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal
- c) Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain
- d) Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya
- e) Mempertahankan kenyamanan anak
- f) Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai

Edukasi

- a) Jelaskan orang tua/pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan perilaku anak
- b) Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anak (PPNI, 2018, PPNI, 2019)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien- keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Yustiana & Ghofur, 2018).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Yustiana & Ghofur, 2018).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP menurut Suprajitno (2017), S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan. O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif. A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif. P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

2.4 Fisioterapi Dada (*Clapping*)

2.4.1 Definisi Fisioterapi Dada (*Clapping*)

Fisioterapi dada adalah sejumlah terapi yang digunakan dalam kombinasi. Berguna dalam kombinasi mobilisasi sekresi pulmonaria. Fisioterapi dada harus diikuti batuk efektif dan muscussion klien/pasien mengalami penurunan kemampuan untuk batuk. Fisioterapi dada

merupakan tindakan yang dilakukan pada klien yang mengalami retensi sekresi dan gangguan oksigenasi yang memerlukan bantuan untuk mengencerkan atau mengeluarkan sekresi (Prasetyawati, 2019).

2.4.2 Efektifitas Fisioterapi Dada (Clapping)

Efektifitas Fisioterapi Dada adalah tindakan terapi fisioterapi dada yang dilakukan dengan cara memberikan atau menempatkan posisi sesuai dengan posisi postural drainage untuk mengalirkan secret pada saluran pernapasan. Lalu setelah postural drainage, lakukan clapping. Clapping atau Chest Percussion adalah fisioterapi dada yang dilakukan dengan cara menepuk dengan pergelangan membentuk seperti cup pada bagian tulang dada anterior (depan) dan posterior (belakang) dengan tujuan mengeluarkan secret. Perkusi dada merupakan energi mekanik pada dada yang diteruskan pada saluran nafas paru. Perkusi dapat dilakukan dengan membentuk kedua tangan seperti mangkok. Setelah dilakukan clapping, lakukan vibrasi pada klien. Vibrasi adalah fisioterapi dada yang dilakukan dengan cara menggetarkan tangan pada bagian dada anterior (depan) yang bertujuan untuk melonggarkan jalan napas.

Vibrasi merupakan kompresi dan getaran manual pada dinding dada dengan tujuan menggerakkan secret ke jalan napas yang besar. Vibrasi dilakukan hanya pada waktu klien ekspirasi. Dengan cara meletakkan tangan, telapak tangan menghadap ke bawah di area yang didrainase, satu tangan di atas tangan yang lain lalu instruksikan klien untuk napas lambat dan dalam melalui hidung hembuskan melalui mulut dengan bibir

dimonyongkan selama proses vibrasi, tujuannya memperpanjang fase ekspirasi. Ketika klien menghembuskan napas getarkan telapak tangan, hentikan saat klien inspirasi. Lakukan vibrasi 5 kali ekspirasi. Setelah vibrasi, anjurkan klien untuk batuk efektif dan nafas dalam. Batuk efektif dan nafas dalam merupakan teknik batuk efektif menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari ekspirasi. Bertujuan untuk merangsang terbukanya system kolateral, meningkatkan distribusi ventilasi, meningkatkan volume paru dan memfasilitasi pembersihan saluran napas. Fisioterapi dada merupakan salah satu cara bagi penderita penyakit respirasi karena terapi ini merupakan upaya pengeluaran secret dan memperbaiki ventilasi pada pasien dengan fungsi paru yang terganggu dengan memelihara fungsi otot-otot pernafasan dan untuk mencegah penumpukan secret. (Prasetyawati, 2019).

Pembahasan diatas selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Amin, dkk (2018) hasil uji hipotesis dapat disimpulkan bahwa tindakan fisioterapi yang diberikan pada kasus *Bronchopneumonia* ini berupa *chest therapy* dan *infra red* mendapatkan hasil perubahan yang signifikan untuk penurunan frekuensi pernapasan per menit dan diikuti penurunan yang signifikan untuk nilai skala Borg sehingga dapat disimpulkan bahwa penggunaan *chest therapy* dan *infra red* dapat memperbaiki frekuensi pernapasan per menit dan mengurangi sesak napas. Juga penelitian yang dilakukan oleh Syafiati, dkk (2021) bahwa setelah dilakukan tindakan fisioterapi dada selama 3 x 24 jam pasien menunjukan

perubahan yang lebih baik dan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas bisa teratasi

2.4.3 Indikasi dan Kontraindikasi Fisioterapi Dada (Clapping)

Indikasi dan Kontraindikasi Indikasi fisioterapi dada terdapat penumpukan secret pada saluran nafas yang dibuktikan dengan pengkajian fisik dan data klinis, sulit mengeluarkan atau membatukkan sekresi yang terdapat pada saluran nafas. Fisioterapi dada ini dapat dilakukan pada semua orang, tanpa memandang umur, dari bayi hingga dewasa. Sedangkan kontraindikasi fisioterapi dada ada yang bersifat mutlak seperti gagal jantung, status asmatikus, renjantan dan perdarahan (Prasetyawati, 2019).

2.4.4 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar operasional prosedur pada tindakan fisioterapi dada yaitu, mencuci tangan, lakukan auskultasi dada, atur posisi drainage klien, melakukan perkusi/clapping pada dinding dada selama 1-2 menit, menganjurkan klien untuk tarik nafas dalam perlahan, lakukan vibrasi sambil klien menghembuskan nafas perlahan (lakukan 3-4 kali), menganjurkan pasien untuk batuk, auskultasi adanya perubahan suara nafas, mengulangi perkusi/clapping dan vibrasi sesuai kondisi klien selama 15-20 menit, cuci tangan (Prasetyawati, 2019). Berikut posisi postural draiange pada anak anak:

- a. Untuk paru kanan dan kiri bagian atas sisi depan



Gambar 2.3

Anak diposisikan tidur terlentang dan bersandar (45 derajat) pada bantal/ dengan posisi seperti pada gambar 2.3.

- b. Untuk paru paru kanan dan kiri bagian atas sisi belakang



Gambar 2.4

Anak diposisikan duduk dengan memeluk guling/ bantal membentuk sudut 45 derajat seperti pada contoh gambar

- c. Paru kanan dan kiri bagian tengah sisi depan



Gambar 2.5

Pada posisi ini anak cukup dengan tidur terlentang

- d. Paru bagian tengah sisi belakang



Gambar 2.6

Anak diposisikan tidur tengkurap beralaskan bantal atau guling seperti gambar diatas.

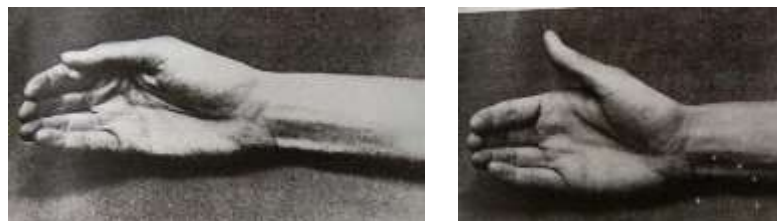
- e. Paru bagian atas sisi kanan belakang



Gambar 2.7

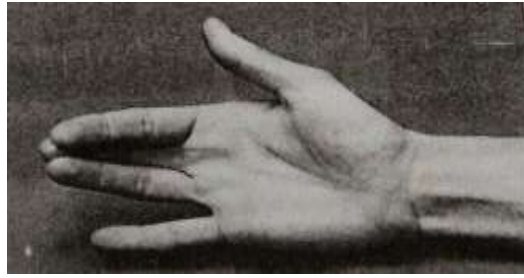
Anak diposisikan tidur tengkura dengan sedikit dimiringkan kerah kanan atau kiri dimana paru yang ada dahaknya diposisikan diatas.

Percussion/Vibrasi/Tapotemen



Gambar 2.8

Merupakan tepukan yang ritmis dan cepat pada area dada yang ditujukan untuk menggetarkan dahak yang ada didalam paru agar dahak lebih cepat mengalir ke saluran paru yang lebih besar.



Gambar 2.9

Dalam memberikan teknik ini tidak boleh terlalu keras, ritmik, lembut dan tidak menyakitkan bahkan anak bisa tertidur saat dilakukan tepukan ini, telapak tangan diposisikan seperti mangkuk agar tidak sakit/panas dikulit (seperti tampak pada gambar), jumlah tepukan yang disarankan adalah 25 kali tiap 10 detik. Dilakukan selama 3 sampai 5 menit perbagian paru yang akan dikeluarkan dahaknya. Tepukan diberikan pada punggung anak atau dada depan bersamaan dengan posisi postural drainage.

Setelah diberikan tepukan ditambahkan vibrasi/getaran pada rongga dada dengan, dimana vibrasi diberikan saat ekspirasi. Membantu mengeluarkan dahak pada anak bisa dilakukan sendiri oleh orang tua sehingga dapat dilakukan sehari dua kali pagi setelah bangun tidur dan sore hari menjelang tidur bahkan bisa dilakukan sewaktu waktu bila mana perl