

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Bronkopneumonia

2.1.1. Definisi

Menurut Kemenkes RI (2022), bronkopneumonia adalah jenis pneumonia yang peradangannya terjadi pada bronkus dan alveolus, yaitu bagian dari saluran pernapasan yang mengarah ke kantong-kantong udara di paru-paru.

Menurut Oktaviani & Nugroho (2022), bronkopneumonia merupakan inflamasi akut yang terjadi pada bronkiolus dan alveoli di paru-paru yang menyebabkan infiltrasi sel inflamasi dan konsolidasi di area paru tertentu.

Berdasarkan kedua pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa Bronkopneumonia adalah peradangan akut pada bronkus, bronkiolus, dan alveolus di paru-paru yang menyebabkan infiltrasi sel inflamasi dan konsolidasi pada area tertentu di paru-paru.

2.1.2. Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2016) secara umum bronkopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat memiliki mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernapasan 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 ke dalam paru
- e. Terjadi karena kongesti paru yang lama

Penyebab tersering pada bronkopneumonia yaitu pneumokokus, sedang penyebab lainnya antara lain *streptococcus pneumoniae*, *stafilokokus aureus*, *haemophilus 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. Terjadinya bronkopneumonia bermula dari adanya peradangan paru yang terjadi pada jaringan paru atau alveolus yang biasanya didahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas selama beberapa hari (Safitri & Suryani, 2022).

2.1.3. Patofisiologi

a. Proses Penyakit

Sebagian besar kasus bronkopneumonia disebabkan oleh mikroorganisme seperti jamur, bakteri, dan virus. Mikroorganisme ini masuk ke dalam tubuh melalui percikan ludah (droplet) dan menginfeksi saluran pernapasan atas, memicu respons imun tubuh. Reaksi imun ini menyebabkan peradangan, yang kemudian menimbulkan gejala seperti demam sebagai bentuk adaptasi tubuh terhadap infeksi.

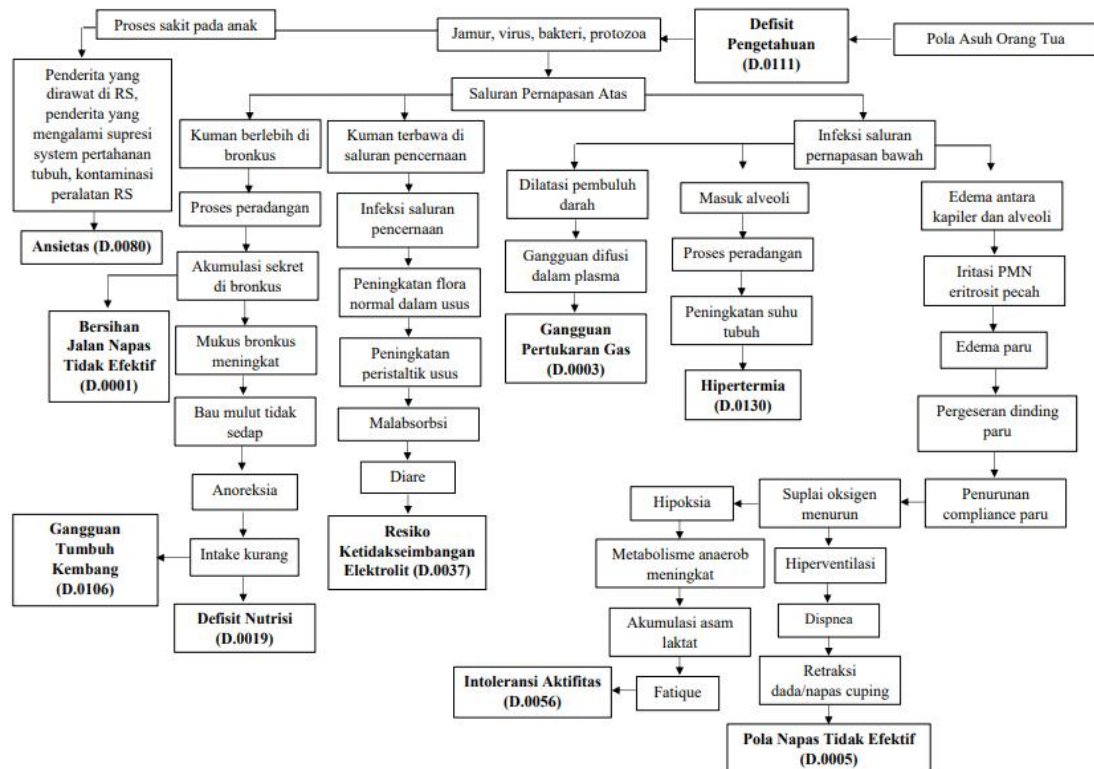
Peradangan yang terjadi juga dapat meningkatkan produksi sekret (lendir). Jika sekret terus menumpuk di bronkus, saluran udara menjadi

semakin sempit, sehingga pasien mengalami sesak napas. Selain itu, sekret yang menumpuk dapat mencapai alveolus dan paru-paru, sehingga mengganggu proses pertukaran gas.

Bakteri penyebab bronkopneumonia tidak hanya menyerang saluran pernapasan, tetapi juga dapat menyebar ke sistem pencernaan melalui aliran darah. Hal ini dapat menyebabkan gangguan keseimbangan flora normal dalam usus, sehingga memicu masalah pencernaan.

Pada kondisi tubuh yang sehat, paru-paru memiliki mekanisme pertahanan alami yang mencegah pertumbuhan mikroorganisme. Namun, jika daya tahan tubuh menurun, mikroorganisme dapat berkembang biak dan menyebabkan infeksi. Mikroorganisme ini dapat masuk ke dalam saluran pernapasan dan paru-paru melalui berbagai cara, seperti inhalasi langsung dari udara, aspirasi dari nasofaring dan orofaring, penyebaran dari infeksi di area lain, atau melalui aliran darah (hematogen) (Nurarif & Kusuma, 2016).

b. Pathway

Bagan 2. 1 Pathway Bronkopneumonia

(Nurarif & Kusuma, 2016; PPNI, 2017)

2.1.4. Tanda dan Gejala

Gejala bronkopneumonia pada anak dapat bervariasi, mulai dari ringan hingga berat. Selain itu, gejala penyakit ini sering menyerupai gangguan paru lainnya, seperti bronkitis atau bronkiolitis. Berikut beberapa gejala umum bronkopneumonia pada anak:

- Batuk disertai dahak
- Demam
- Sesak napas atau pernapasan cepat
- Menggigil

- e. Nyeri pada dada
- f. Rewel atau mengalami kesulitan tidur
- g. Penurunan nafsu makan
- h. Gelisah
- i. Muntah
- j. Wajah tampak pucat
- k. Bibir dan kuku membiru
- l. Napas berbunyi (Kevin, 2024).

2.1.5. Komplikasi

Menurut Kevin (2024), komplikasi bronkopneumonia lebih sering terjadi pada anak-anak yang tidak segera mendapatkan penanganan atau memiliki kondisi medis lain, seperti diabetes dan malnutrisi. Beberapa komplikasi bronkopneumonia yang dapat terjadi pada anak meliputi:

a. Infeksi Darah

Infeksi darah atau sepsis terjadi ketika bakteri masuk ke dalam aliran darah dan menyebar ke organ lain, berisiko menyebabkan kegagalan fungsi organ.

b. Abses Paru-paru

Abses paru-paru terjadi akibat penumpukan nanah di dalam rongga paru-paru. Kondisi ini biasanya dapat diatasi dengan pemberian antibiotik, namun dalam beberapa kasus, tindakan pembedahan diperlukan untuk mengeluarkan nanah.

c. Efusi Pleura

Efusi pleura merupakan kondisi di mana cairan menumpuk di ruang antara paru-paru dan rongga dada. Cairan ini dapat dikeluarkan menggunakan jarum (thoracentesis) atau kateter (chest tube).

d. Gagal Napas

Bronkopneumonia yang parah dapat menyebabkan kesulitan bernapas, sehingga suplai oksigen dalam tubuh tidak mencukupi dan berisiko menyebabkan gagal napas.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) untuk dapat menegakkan diagnosa medis 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 sensitivitas 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. Roentgenogram thorax

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

2. Laringoskopi/bronkoskopi

Untuk menentukan apakah jalan nafas tersumbat oleh benda padat.

2.1.7. Penatalaksanaan

Tindakan yang dapat dilakukan dalam menangani anak dengan bronkopneumonia meliputi:

- a. Pemberian obat antibiotik penisilin ditambah dengan kloramfenikol 50-70 mg/kg BB/hari atau diberikan antibiotik yang memiliki spektrum luas seperti ampicilin, pengobatan ini diberikan sampai bebas demam 4-5 hari. Antibiotik yang direkomendasikan adalah antibiotik spektrum luas seperti kombinasi beta laktam/klavulanat dengan aminoglikosida dan sefalosporin generasi ketiga (Ridha, 2014).
- b. 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 ditetesi (3 x 0,5 cc sehari) atau dengan per oral/ sirup. Indikasi pemberian paracetamol adalah

adanya peningkatan suhu mencapai 38°C serta untuk menjaga kenyamanan pasien dan mengontrol batuk (Ridha, 2014).

c. Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada sangat efektif bagi penderita penyakit respirasi. Dengan teknik postural drainage, perkusi dada dan vibrasi pada permukaan dinding dada akan mengirimkan gelombang amplitudo sehingga dapat mengubah konsistensi dan lokasi sekret. Fisioterapi dada dilakukan dengan teknik Tapping dan Clapping. Teknik ini adalah suatu bentuk terapi dengan menggunakan tangan, dalam posisi telungkup serta dengan gerakan fleksi dan ekstensi secara ritmis. Teknik ini sering digunakan dengan dua tangan. Pada anak-anak tapping dan clapping dapat dilakukan dengan dua atau tiga jari (Hidayatin, 2019).

d. Terapi Inhalasi

Terapi inhalasi efektif diberikan pada anak dengan bronkopneumonia karena dapat melebarkan lumen bronkus, mengencerkan dahak, mempermudah pengeluaran dahak, menurunkan hiperaktivitas bronkus serta mencegah infeksi. Alat nebulizer sangat tepat digunakan bagi semua kalangan usia mulai anak-anak hingga lansia yang mengalami gangguan pernapasan terutama dikarenakan oleh adanya mukus berlebih, batuk ataupun sesak napas. Pengobatan nebulizer lebih efektif dari obat-obatan yang diminum secara langsung karena di hirup langsung ke paru-paru (Astuti, Marhamah, & Diniyah, 2019).

2.2. Konsep Anak

2.2.1. Pengertian Anak Usia Sekolah

Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2022 tentang “Perlindungan Anak” pasal 1 ayat 1 mengatur bahwa anak adalah seseorang yang belum mencapai usia 18 tahun. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 menyebutkan bahwa anak adalah setiap orang yang batas usianya 18 tahun, termasuk bayi yang masih di dalam kandungan. Anak adalah setiap orang yang masih tumbuh dan berkembang serta memerlukan kebutuhan khusus seperti kebutuhan psikis, fisik, sosial dan spiritual (Ramadani, 2022).

Anak-anak yang berumur antara enam hingga dua belas tahun dikenal sebagai anak usia sekolah. Seorang anak dianggap memasuki usia sekolah apabila anak tersebut sudah mulai memasuki lingkungan sekolah. Hal ini berkaitan dengan hubungan/interaksi anak dengan teman sebayanya, sehingga anak lebih mandiri dalam beraktivitas pada masa ini (Tusaniah & Khasanah, 2019).

2.2.2. Karakteristik Anak Usia Sekolah

Karakteristik anak usia sekolah (6-12 tahun) menurut Gunarsa (2004) dalam Ani (2019) yaitu;

a. Umur

Pada rentang usia sekolah 6-12 tahun, anak-anak mengalami masa pembelajaran yang melibatkan lingkungan sekolah dan juga di luar sekolah. Mereka menghadapi serangkaian tugas perkembangan yang meliputi pengembangan keterampilan fisik, pembentukan sikap positif, interaksi sosial dengan teman sebaya, eksplorasi kebebasan individu, penguasaan

keterampilan dasar, pemahaman konsep-konsep dalam kehidupan sehari-hari, serta pembentukan moral dan nilai-nilai sosial.

b. Jenis kelamin

Faktor jenis kelamin memainkan peran penting dalam perkembangan individu selama hidupnya. Setiap tahun, anak-anak menghadapi berbagai tekanan budaya dari berbagai pihak seperti orang tua, teman sebaya, guru, dan masyarakat secara umum. Tekanan-tekanan ini dapat memengaruhi bagaimana pola sikap dan perilaku individu berkembang sesuai dengan norma-norma yang terkait dengan jenis kelamin mereka.

c. Urutan anak

Urutan dalam keluarga merupakan faktor yang memengaruhi sifat-sifat khas anak, yang pada gilirannya mempengaruhi bagaimana mereka berinteraksi dalam kelompok dan dengan saudara-saudara mereka. Anak-anak usia sekolah memiliki berbagai karakteristik yang membedakan satu sama lain. Mereka bisa sangat aktif dan suka bermain, sulit untuk diam, atau lebih suka bekerja dalam kelompok. Mereka juga bisa sangat responsif terhadap pengalaman langsung dan suka melakukan hal-hal dengan langsung merasakannya.

2.2.3. Pembagian Perkembangan Anak Usia Sekolah Dasar

a. Anak Usia Sekolah Dasar Kelas Rendah

Pertumbuhan fisik sebagai salah satu karakteristik perkembangan siswa kelas rendah biasanya telah mencapai kematangan. Anak telah mampu mengontrol tubuh dan keseimbangannya. Untuk perkembangan emosi, anak

usia 6-8 tahun biasanya telah dapat mengekspresikan reaksi terhadap orang lain, mengontrol emosi, mau dan mampu berpisah dengan orang tua, serta mulai belajar tentang benar dan salah (Kawuryan, 2018).

b. Anak Usia Sekolah Dasar Kelas Tinggi

Ciri-ciri siswa kelas atas sekolah dasar adalah sebagai berikut:

1. Memiliki minat terhadap aktivitas praktis sehari-hari yang nyata.
2. Bersifat realistis, memiliki dorongan ingin tahu dan motivasi belajar.
3. Pada tahap ini, siswa menganggap nilai (seperti yang tercantum dalam rapor) sebagai indikator yang penting dalam menilai prestasi sekolah.
4. Siswa-siswa pada periode ini senang berinteraksi dalam kelompok sebaya, terutama untuk bermain bersama (Hurlock, 2013) dalam (Kurniawati, 2018).

2.2.4. Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah

Gunarsa (2008) dalam Ani (2019) menyatakan, pada tahap perkembangan anak usia sekolah, mereka mengalami proses belajar baik di dalam maupun di luar lingkungan sekolah. Di sekolah, mereka menerima pelajaran langsung, namun di rumah mereka melakukan pekerjaan rumah yang bertujuan meningkatkan pemahaman mereka. Pola perilaku mereka banyak dipengaruhi oleh penguatan verbal, identifikasi, dan contoh dari orang dewasa di sekitar mereka. Anak-anak pada tahap ini juga dihadapkan pada tugas-tugas perkembangan yang memainkan peran penting dalam pembentukan kepribadian mereka, meliputi:

- a. Mempelajari keterampilan fisik yang dibutuhkan dalam permainan

- b. Membentuk sikap sehat terhadap dirinya sendiri.
- c. Belajar dalam bergaul dan menyesuaikan diri dengan teman-teman sebaya dan seusianya.
- d. Mulai mengembangkan peran sosial antara perempuan dan laki-laki yang sesuai.
- e. Mengembangkan keterampilan dasar, seperti membaca, menulis dan berhitung.
- f. Mengembangkan definisi atau konsep yang dibutuhkan untuk menjalani kehidupan sehari-hari.
- g. Mengembangkan hati nurani, nilai moral dan tingkatan nilai sosial.

2.2.5. Masalah Anak Usia Sekolah

Menurut Ani (2019) anak usia sekolah sering menghadapi berbagai masalah kesehatan yang dapat timbul akibat berbagai faktor, termasuk kebersihan dan pola hidup sehat yang kurang terjaga. Contohnya, kelebihan konsumsi karbohidrat bisa menyebabkan obesitas, sementara masalah nutrisi dan status ekonomi dapat memperburuk kondisi kesehatan. Selain itu, mereka rentan terhadap berbagai penyakit, baik menular maupun kronis seperti diabetes dan asma.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia kasus Bronkopneumonia pada anak di Indonesia pada tahun 2018 sebanyak 1.013.425 jiwa dengan realisasi penemuan penderita Bronkopneumonia dalam umur <1 tahun sebanyak 158.970 jiwa anak dan dalam umur 1-4 tahun sebanyak 319.108 jiwa anak (Kemenkes RI, 2019).

Meskipun informasi spesifik mengenai kasus bronkopneumonia pada anak usia sekolah (6-12 tahun) masih terbatas, diketahui bahwa penyakit ini lebih sering terjadi pada anak-anak yang lebih kecil. Namun, anak usia sekolah tetap berpotensi terkena bronkopneumonia, terutama jika mereka memiliki kondisi yang meningkatkan risiko, seperti sistem kekebalan tubuh yang lemah, kekurangan gizi, atau terpapar polusi udara dan asap rokok.

Untuk mencegah dan menangani bronkopneumonia pada anak usia sekolah, diperlukan imunisasi yang lengkap, asupan gizi yang seimbang, menjaga kebersihan lingkungan, serta deteksi dan pengobatan dini saat muncul gejala seperti batuk, demam, dan kesulitan bernapas.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronkopneumonia

2.3.1. Pengkajian

Menurut Melati, Nurul, dan Tia Yawan (2013), proses pengkajian pada pasien anak dengan bronkopneumonia meliputi beberapa langkah sebagai berikut:

a. Identitas

Identitas pasien adalah informasi dasar yang mencakup nama, usia (bronkopneumonia biasanya sering terjadi pada bayi dan anak-anak), tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, status pernikahan, suku bangsa, alamat, serta waktu masuk rumah sakit. Selain itu, identitas juga mencakup waktu pengkajian, nomor rekam medis, dan diagnosis medis.

b. Keluhan Utama

Saat dikaji, biasanya penderita bronkopneumonia mengeluh sesak napas.

c. Riwayat Penyakit

Penderita bronkopneumonia umumnya mengalami kesulitan bernapas disertai batuk berdahak, tampak penggunaan otot bantu pernapasan, terdengar suara napas tambahan (seperti ronkhi atau wheezing), lemas, tidak nafsu makan, dan kadang disertai diare.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Anak sering menderita infeksi saluran pernapasan atas, memiliki riwayat penyakit campak atau pertusis, serta memiliki faktor risiko bronkopneumonia seperti paparan asap rokok, debu, atau polusi dalam jangka panjang.

e. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. Riwayat kehamilan: Mencakup penyakit infeksi yang dialami ibu selama kehamilan, perawatan antenatal (ANC), serta imunisasi tetanus (TT).
2. Riwayat persalinan: Meliputi usia kehamilan saat persalinan, apakah bayi lahir prematur atau kembar, komplikasi persalinan, serta skor Apgar bayi saat lahir.

f. Riwayat Sosial

Riwayat sosial meliputi siapa yang menjadi pengasuh utama pasien, pola interaksi sosial, lingkungan bermain, peran ibu dalam kehidupan pasien, serta keyakinan agama dan budaya yang dianut.

g. Kebutuhan Dasar

1. Makan dan minum: Penurunan asupan makanan dan cairan, diare, penurunan berat badan, mual, dan muntah.

2. Aktivitas dan istirahat: Kelelahan, lesu, berkurangnya aktivitas, dan lebih sering berbaring.
 3. Buang Air Kecil (BAK): Tidak mengalami gangguan yang signifikan.
Kenyamanan: Mengalami nyeri otot (myalgia) dan sakit kepala.
 4. Kebersihan diri: Penampilan terlihat kusut dan kurang bertenaga.
- h. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan
1. Motorik kasar: Setiap anak memiliki perkembangan yang berbeda, biasanya dapat diamati dari gerakan tubuhnya.
 2. Motorik halus: Kemampuan menggunakan tangan dan jari untuk mengambil benda, menggenggam, menggambar, dan menulis sesuai dengan usia.
- i. Pemeriksaan Tanda - tanda Vital
1. Status kesehatan secara umum: Pasien tampak lemah.
 2. Kesadaran: Bisa bervariasi dari normal, letargi, stupor, koma, hingga apatis, tergantung tingkat penyakit.
 3. Tanda-tanda vital

Frekuensi nadi dan tekanan darah: Takikardi dan hipotensi.

Frekuensi pernapasan: Takipnea, dispnea progresif, pernapasan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan, serta pelebaran lubang hidung saat bernapas.

Suhu tubuh: Hipertermi akibat infeksi mikroorganisme yang memicu respons hipotalamus.
 4. Berat badan dan tinggi badan

Anak cenderung mengalami penurunan berat badan.

j. Pemeriksaan Fisik Head To Toe (Riyadi, 2013)

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 bronkopneumonia akan ditemukan rambut tampak kotor karena kekurangan nutrisi, rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu (Riyadi, 2013).

2. Mata

Perhatikan Perhatikan apakah jarak mata lebar atau kecil, amati kelopak mata terhadap penepatan 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 peradangan atau tidak. Pada klien dengan bronkopneumonia akan ditemukan kondisi konjungtiva tampak pucat akibat intake nutrisi yang tidak adekuat (Riyadi, 2013).

3. Hidung

Amati ukuran dan bentuk hidung, lakukan uji indra penciuman dengan menyuruh anak menutup mata dan minta anak untuk mengidentifikasi setiap bau dengan benar, tampak adanya 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 sekret, adanya sianosis (Riyadi, 2013).

4. Mulut

Periksa bibir terhadap warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi, periksa gusi lidah dan palatum terhadap kelembaban dan pendarahan, amati adanya bau, periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk, periksa gigi terhadap jumlah, jenis keadaan infeksi faring menggunakan spatel lidah dan amati kualitas suara, reflek sucking dan rooting ada. Pada klien Bronkopneumonia, sianosis di sekeliling mulut, terdapat sputum yang sulit dikeluarkan (Riyadi, 2013).

5. Telinga

Periksa penempatan dan posisi telinga, amati penonjolan atau pendutan 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 Bronkopneumonia terjadi otitis media bersamaan dengan pneumonia atau setelahnya karena tidak diobati (Riyadi, 2013).

6. Leher

Kaji apakah ada pembesaran kelenjar getah bening dan peningkatan vena jugularis.

7. Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikandinding dada kendala, amati jenis pernapasan, amati gerakan pernapasan dan lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi di atas sela iga, bergerak secara simetris atau tidak dan lakukan auskultasi lapangan paru, amati apakah ada nyeri disekitar dada, suara nafas terdengar ronchi, kalau ada pleuritis terdengar suara gesekan pleura pada tempat lesi, kalau ada efusi pleura suara nafas melemah. Pada klien Bronkopneumonia akan ditemukan ronchi atau wheezing dan kemungkinan terdapat retraksi dinding dada (Riyadi, 2013).

8. Abdomen

Periksa kontur 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 Bronkopneumonia akan ditemukan ekspansi kuman melalui pembuluh darah yang masuk kedalam saluran pencernaan dan mengakibatkan infeksi sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus (Riyadi, 2013).

9. Genetalia dan Anus

Periksa terhadap kemerahan dan ruam, kaji kebersihan sekitar genetalia, periksa tanda – tanda hemoroid.

10. Punggung

Periksa kelainan punggung apakah terdapat skoliosis, lordosis, kifosis, pada klien Bronkopneumonia akan di temukan ronchi saat dilakukan auskultasi pada paru bagian dan ketidak simetrisan pergerakan thoraks saat di palpasi (Riyadi, 2013).

11. Ekstremitas

Kaji bentuk kesimetrisan bawah dan atas, kelengkapan jari, apakah terdapat sianosis pada ujung jari. Adanya atrofi dan hipertrofi otot, massa otot tidak simetris, tonus otot meningkat, rentang gerak terbatas, kelemahan otot, gerakan abnormal seperti tremor, distonia, edema, tanda kering positif (nyeri bila kaki diangkat dan di lipat), turgor kulit tidak cepat kembali setelah di cubit kulit kering dan pucat, amati apakah ada clubbing finger. Pada klien dengan Bronkopneumonia akan ditemukan sianosis pada ujung jari, biasanya CRT kembali lebih dari 2 detik (Riyadi, 2013).

k. Data Psikologis

1. Anak

Mengalami stres akibat hospitalisasi dan memiliki mekanisme koping yang terbatas, dipengaruhi oleh usia, pengalaman sakit, pemisahan dari keluarga, dukungan yang diterima, serta tingkat keparahan penyakit.

2. Orang Tua

Respons terhadap kondisi anak dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain:

- a) Seberapa serius penyakit yang dialami anak.
- b) Pengalaman sebelumnya dalam merawat anak yang sakit.
- c) Jenis prosedur medis yang harus dijalani anak.
- d) Dukungan yang diberikan oleh keluarga dan lingkungan sekitar.
- e) Keyakinan agama, adat, serta kepercayaan keluarga.
- f) Pola komunikasi yang terjalin dalam keluarga.

1. Penegakan Diagnosis

1. Pemeriksaan laboratorium

Peningkatan jumlah leukosit dan laju endap darah (LED).

2. Foto rontgen dada

Menunjukkan adanya bercak infiltrat yang tersebar (bronkopneumonia) atau melibatkan sebagian besar lobus paru-paru.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nur Arif dan Kusuma (2016), beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin timbul meliputi:

- 1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi yang tertahan (D.0001).
- 2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005).
- 3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003).
- 4. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).

5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019).
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
7. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080).
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).
9. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan terpisah dari orang tua/atau orang terdekat (D.0106).
10. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah (D.0037).

Menurut Carpenito (2014) dalam Handbook of Nursing Diagnosia keperawatan lain yang mungkin muncul adalah:

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengankurang kontrol tidur (D.0055).

2.3.3. Perencanaan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Bronkopneumonia

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi yang tertahan (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Bersihan Jalan Napas L.01001 Meningkat dengan hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. <i>Wheezing</i> menurun 5. Mekonium (pada neonatus) menurun 6. Dispnea menurun 7. Ortopnea menurun 8. Sulit bicara menurun 9. Sianosis menurun	Manajemen I.01011 Tindakan: <i>Observasi</i> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis, <i>gurgling</i> , mengi, <i>wheezing</i> , ronki kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <i>Terapeutik</i> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt dan chin lift (jaw-thrust jika</i>	Jalan Napas

		10. Gelisah menurun 11. Frekuensi napas membaik 12. Pola napas membaik	5. Curiga trauma servikal) Posisikan semi-Fowler atau Fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal 10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill 11. Berikan oksigen, jika perlu <i>Edukasi</i> 12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 13. Ajarkan teknik batuk efektif <i>Kolaborasi</i> 14. Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas(D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Napas L.01004 Membaik, dengan kriteria hasil :	1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Ortopnea menurun 5. Pernapasan pursed-lip menurun 6. Pernapasan cuping hidung menurun 7. Frekuensi napas membaik 8. Kedalaman napas membaik 9. Ekskultasi dada membaik 10. Ventilasi semenit membaik 11. Kapasitas vital membaik 12. Diameter toraks anterior-posterior membaik 13. Tekanan ekspirasi membaik 14. Tekanan inspirasi membaik	Manajemen Jalan Napas I.01011 Tindakan: <i>Observasi</i> 15. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 16. Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 17. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <i>Terapeutik</i> 18. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 19. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 20. Berikan minum hangat 21. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 22. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 23. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 24. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill 25. Berikan oksigen, jika perlu <i>Edukasi</i> 26. Anjurkan asupan cairan

		2000 ml/hari	
		27. Ajarkan teknik batuk efektif	
		<i>Kolaborasi</i>	
		28. Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu	
3.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pertukaran Gas L.01003 , dengan kriteria : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Takikardia menurun 5. Pusing menurun 6. Penglihatan kabur menurun, 7. Diaforesis menurun 8. Gelisah menurun 9. Napas cuping hidung menurun 10. PCO2 membaik 11. PO2 membaik 12. pH arteri membaik 13. Sianosis membaik 14. Pola napas membaik 15. Warna kulit membaik	Pemantauan Respirasi L.01014 Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stok Biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks <i>Terapeutik</i> 11. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 12. Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi</i> 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 14. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4.	Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Termogulasi (L.14134) Membaik dengan kriteria hasil : 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Akrosianosis menurun 5. Konsumsi oksigen menurun 6. Piloereksi menurun 7. Vasokonstriksi perifer menurun 8. Kutis mamorata	Manajemen Hipertermia I.15506 Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <i>Terapeutik</i> 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan

		menurun 9. Pucat menurun 10. Takikardi menurun 11. Takipnea menurun 12. Bradikardi menurun 13. Dasar kuku sianotik menurun 14. Hipoksia menurun 15. Suhu tubuh membaik 16. Suhu kulit membaik 17. Kadar glukosa darah membaik 18. Pengisian kapiler membaik 19. Ventilasi membaik 20. Tekanan darah membaik	pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (mis, selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) - 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 13. Berikan oksigen, jika perlu <i>Edukasi</i> 14. Anjurkan tirah baring <i>Kolaborasi</i> 15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
5.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.001 9)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi (L.03030) Membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 10. Penyiapan dan	Pemberian Makanan I.03125 Tindakan: <i>Observasi</i> 1. Identifikasi makanan yang diprogramkan 2. Identifikasi kemampuan menelan 3. Periksa mulut untuk residu pada akhir makan <i>Terapeutik</i> 4. Lakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan 5. Sediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan (mis. simpan urinal, pispot, agar tidak terlihat) 6. Berikan posisi duduk atau semi Fowler saat makan 7. Berikan makanan hangat, (jika memungkinkan) 8. Sediakan sedotan, sesuai kebutuhan 9. Berikan makanan sesuai keinginan, jika memungkinkan 10. Tawarkan mencium aroma makanan untuk merangsang nafsu makan 11. Cuci muka dan tangan setelah makan <i>Edukasi</i> 12. Anjurkan orang tua atau

	penyimpanan minuman yang aman meningkat	keluarga membantu memberi makan kepada pasien
	11. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat	<i>Kolaborasi</i>
	12. Perasaan cepat kenyang menurun	13. Kolaborasi pemberian analgesik yang adekuat sebelum makan, <i>jika perlu</i>
	13. Nyeri abdomen menurun	14. Kolaborasi pemberian antiemetik sebelum makan, <i>jika perlu</i>
	14. Sariawan menurun	
	15. Rambut rontok menurun	
	16. Diare menurun	
	17. Berat badan Indeks membaik	
	18. Massa Tubuh (IMT) membaik	
	19. Frekuensi makan membaik	
	20. Nafsu makan membaik	
	21. Bising usus membaik	
	22. Tebal lipatan kulit trisep membaik	
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) Meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kecepatan berjalan meningkat 3. Jarak berjalan meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 6. Toleransi menaiki tangga meningkat 7. Keluhan lelah menurun 8. Dispnea saat aktivitas menurun 9. Dispnea setelah aktivitas menurun 10. Aritmia saat aktivitas	Dukungan Ambulasi I.06171 Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 4. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <i>Terapeutik</i> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <i>Edukasi</i> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur)

	menurun	ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
	11. Aritmia setelah aktivitas menurun	
	12. Sianosis menurun	
	13. Perasaan lemah EKG iskemia menurun	
	14. Frekuensi nadi membaik	
	15. Warna kulit membaik	
	16. Tekanan darah membaik	
	17. Saturasi oksigen membaik	
	18. Frekuensi napas membaik	
7. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat Ansietas (L.09093) Menurun, dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Diaforesis menurun 9. Tremor menurun 10. Pucat menurun 11. Konsentrasi membaik 12. Pola tidur membaik 13. Frekuensi pernapasan membaik 14. Frekuensi nadi membaik 15. Tekanan darah membaik 16. Kontak mata membaik 17. Pola berkemih membaik 18. Orientasi membaik	Reduksi Ansietas I.09314 Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <i>Terapeutik</i> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <i>Edukasi</i> 12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

			14. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 16. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 17. Latih teknik relaksasi <i>Kolaborasi</i> 18. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
8.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Pengetahuan (L.12111) Meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9. Perilaku membaik	Edukasi Kesehatan I.09189 Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <i>Terapeutik</i> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
9.	Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status	Perawatan I.10339 Perkembangan Tindakan :

terpisah dari orang tua (D.0106)	Perkembangan L.10101	<i>Observasi</i>
	Membaik, dengan kriteria hasil :	1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak 2. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi (mis, lapar, tidak nyaman)
	1. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat	<i>Terapeutik</i>
	2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat	3. Pertahankan sentuhan semaksimal mungkin pada bayi prematur
	3. Respon sosial meningkat	4. Berikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu
	4. Kontak mata meningkat	5. Minimalkan nyeri
	5. Kemarahan menurun	6. Minimalkan kebisingan ruangan
	6. Regresi menurun	7. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal
	7. Afek membaik	8. Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain
	8. Pola tidur membaik	9. Sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya
		10. Fasilitasi anak berbagi dan bergantian/bergilir
		11. Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya
		12. Pertahankan kenyamanan anak
		13. Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (mis. makan sikat gigi, cuci tangan, memakai baju)
		14. Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai
		15. Bacakan cerita atau dongeng
		16. Dukung partisipasi anak di sekolah, ekstrakurikuler dan aktivitas komunitas anak
		<i>Edukasi</i>
		17. Jelaskan orang tua dan/atau pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan penialu
		18. Anjurkan orang tua menyentuh dan menggendong bayinya

			19. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya 20. Ajarkan anak keterampilan berinteraksi 21. Ajarkan anak teknik asertif <i>Kolaborasi</i> 22. Rujuk untuk konseling, jika perlu
10.	Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah (D.0037)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Keseimbangan Elektrolit L.03021 Meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Serum natrium membaik 2. Serum kalium membaik 3. Serum klorida membaik 4. Serum kalsium membaik 5. Serum magnesium membaik 6. Serum fosfor membaik	Pemantauan Elektrolit L.0830 Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor kadar elektrolit serum 3. Monitor mual, muntah dan diare 4. Monitor kehilangan cairan, <i>jika perlu</i> 5. Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis. kelemahan otot, interval QT memanjang gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, peristes, penurunan refleks, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan) 6. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. peka rangsang, gelisah, mual, muntah, takikardi mengarah ke bradikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah asistol) 7. Monitor tanda dan gejala hiponatremia (mis. disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering, hipotensi postural, kejang, letargi, penurunan kesadaran) Monitor tanda dan gejala hipernatremia (mis, haus, demam, mual, muntah 8. Rangsang, membran mula hipokalemia (misia,

			hipotensi, letargi, konfusi, keja lis Motor tanda dan gau (spasme karpal), kranarangsang, tanda Chvostek spasme to wajah), tanda Trousseau hi perkara), kram otot, interval QT memanjang, gelisah, peka. 9. Monitor tanda della gelontanyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, Monitahan otot, segmen QT memendek, gelombang T lebar, kompleks QRS lesia, letargi, PR memanjang) 10. Monitor tanda dan gejala hipomagne semia (mis. depresi pernapasan, apatis, tanda Chvostek, tanda Trousseau, konfusi, disritmia). 11. Monitor tanda dan gejala hipermagne semia (mis. kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma, depresi). <i>Terapeutik</i> 12. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi</i> 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan . Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
11.	Gangguan Pola Tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Tidur L.05045 Membaik dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur L.05174 Tindakan: <i>Observasi</i> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <i>Terapeutik</i> 5. Modifikasi lingkungan (mis.

	pencahayaannya, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
6.	Batasi waktu tidur siang
7.	Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
8.	Tetapkan jadwal tidur rutin
9.	Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
10.	Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan menunjang siklus tidur-terjaga
<i>Edukasi</i>	
11.	Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
12.	Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
13.	Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
14.	Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
15.	Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
16.	Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

2.3.4. Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang menghadapi masalah kesehatan, dengan tujuan mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan ini mencakup pemberian dukungan, pengobatan, intervensi untuk memperbaiki kondisi pasien, edukasi bagi pasien dan keluarganya, serta upaya pencegahan terhadap kemungkinan munculnya masalah kesehatan di masa depan (Dewi & Ulfah, 2021).

2.3.5. Evaluasi

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 (Olfah & Ghofur, 2016).

2.4. Konsep Bersihan Jalan Napas Pada Pasien Bronkopneumonia

2.4.1. Pengertian Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif (Carpenito, 2013). Ketidakefektifan Pembersihan Jalan Napas adalah obstruksi jalan napas secara anatomis atau psikologis pada jalan napas mengganggu ventilasi normal (Taylor & Ralph, 2010).

Bronkopneumonia adalah radang paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru-paru yang ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrat, bronkopneumonia termasuk jenis infeksi sekunder yang disebabkan oleh virus, bakteri, jamur dan benda asing yang masuk ke saluran pernapasan dan

menimbulkan peradangan bronkus, alveolus, dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai dengan penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif serta mual (Wijayaningsih, 2013).

Menurut kedua pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa bersihan jalan napas tidak efektif pada bronkopneumonia merupakan suatu masalah keperawatan yang ditandai dengan ketidakmampuan batuk secara efektif atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten pada pasien yang mengalami peradangan parenkim paru.

2.4.2. Penyebab Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Penyebab bersihan jalan napas tidak efektif dikategorikan menjadi fisiologis dan situasional. Penyebab fisiologis meliputi: spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, respon alergi, dan efek agen farmakologis (misalnya anastesi). Sedangkan penyebab situasionalnya meliputi meroko aktif, merokok pasif, dan terpajan polutan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2.4.3. Tanda dan Gejala Bersihan Jalan Napas

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) tanda dan gejala bersihan jalan napas tidak efektif dikategorikan menjadi gejala dan tanda mayor, gejala dan tanda minor.

a. Gejala dan, tanda mayor:

1. Data Subjektif; *tidak tersedia*.
2. Data Objektif;

- a) Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk.
- b) Sputum berlebih/ obstruksi di jalan napas/ mekonium di jalan napas (pada neonatus)
- c) Mengi, *wheezing* dan/atau ronki kering.

b. Gejala dan tanda minor

1. Data Subjektif

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

2. Data Objektif

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi napas menurun
- d) Frekuensi napas berubah
- e) Pola napas berubah

2.4.4. Penatalaksanaan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Penatalaksanaan bersihan jalan napas meliputi tindakan farmakologis, dan nonfarmakologis. Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tindakan yang dapat diberikan oleh perawat adalah tindakan terapeutik dan kolaborasi :

Terapeutik:

- a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)
- b. Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- c. Berikan minum hangat
- d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- h. Berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Selain kedua terapi tersebut, upaya tambahan yang dapat dilakukan adalah terapi komplementer, seperti pemberian madu untuk membantu menurunkan frekuensi batuk pada anak dengan bronkopneumonia.

Madu sebagai produk alami dengan rasa manis yang disukai anak-anak dihasilkan dari lebah madu nektar bunga dan dikonsumsi memiliki nilai gizi yang tinggi dan memiliki pengaruh bagi kesehatan diantaranya antiinflamasi dan antimikroba karena mengandung flavonoid yang berperan sebagai anti inflamasi dengan menghambat asam arakidonat dan sekresi enzim lisosom saat ada bakteri yang masuk ke dalam tubuh anak sehingga madu juga memiliki sifat antibakteri. Hal ini terjadi melalui mekanisme kerja madu terhadap batuk dengan melapisi selaput lendir yang meradang dan menenangkan bagian belakang tenggorokan,

serta rasa manisnya yang dapat mengurangi dahak sehingga batuk pun berkurang (Meo et al., 2017).

Pemberian suplementasi madu ini diberikan dengan dosis 10cc/hari dilarutkan dalam 50cc air mineral hangat pada waktu 30 menit sebelum tidur. Sebelum pemberian madu terlebih dahulu menanyakan kondisi klien bagaimana frekuensi batuknya kemudian lakukan pemberian suplementasi madu sebelum tidur, setelah 1 hari lakukan perlakuan selanjutnya menanyakan kondisi klien bagaimana frekuensi batuk setelah diberikan madu (Rokhaidah, Nurhaeni, & Agustini, 2015).

2.3.4. Edukasi Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), edukasi mengenai bersihan jalan napas yang tidak efektif dalam intervensi manajemen jalan napas meliputi:

- a. Anjurkan asupan cairan sebanyak 2000 ml per hari, jika tidak terdapat kontraindikasi.
- b. Mengajarkan teknik batuk efektif

Batuk efektif adalah teknik batuk yang dilakukan dengan benar sehingga pasien mampu mengeluarkan dahak secara maksimal. Batuk berfungsi untuk membersihkan lendir yang tertahan di saluran pernapasan. Batuk yang dalam dan produktif lebih bermanfaat dibandingkan hanya membersihkan tenggorokan. Tujuan utama dari batuk efektif adalah membantu mengeluarkan sekret dari saluran napas bagian bawah.