

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 5 DAN 9 BULAN
(INFANT) DENGAN BRONKHOPNEUMONIA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN
NAFAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG
NUSA INDAH ATAS
RSUD dr. SLAMET
GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

TRI YUNIARTI NINGSIH

AKX.15.094



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

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Tri Yuniarti Ningsih
NPM : AKX.15.094
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 5 dan 9 Bulan (Infant) Dengan Bronkhopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif di Ruang Nusa Indah Atas RSUD dr.Slamet Garut

Menyatakan :

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

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

Bandung 1 April 2018



Membuat Pernyataan

Tri Yuniarti Ningsih

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 5 DAN 9 BULAN (INFANT)
DENGAN BRONKHOPNEUMONIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK
EFEKTIF DI RUANG NUSA INDAH ATAS
RSUD dr. SLAMET GARUT

TRI YUNIARTI NINGSIH
AKX.15.094

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 23 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Hj. Djubaedah, S.Pd.,MM

NIK : 9904004196

Pembimbing Pendamping



Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes

NIK : 10105036

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 5 DAN 9 BULAN (INFANT)
DENGAN BRONKHOPNEUMONIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK
EFEKTIF DI RUANG NUSA INDAH ATAS
RSUD dr. SLAMET GARUT

Oleh

Tri Yuniarti Ningsih
AKX.15.094

Telah diuji

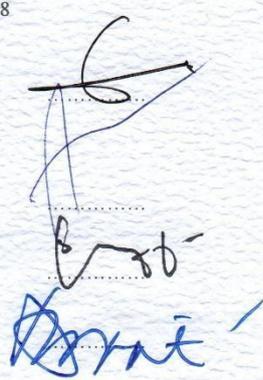
Pada Tanggal 30 April 2018

Panitia Penguji

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

Anggota :

1. Angga SP, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji I)
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kep.,M.Kep
(Penguji II)
3. Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN BRONKHOPNEUMONIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF DI RSUD DR.SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,Mkep, selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj. Tuti Suprapti,S,Kp.,Mkep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Hj. Djubaedah, S.Pd.,MM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Rina S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Nusa Indah Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr Slamet Garut.
7. H. Maskut Farid, dr.MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Untuk mama tercinta Enni Sarti terima kasih atas segala do'a dan motivasinya yang selalu diberikan dengan tulus kepada penulis, kakak-kakak ku tersayang Riza Afnita dan Yunika Fitria yang telah memberikan dorongan semangat serta mendoakan untuk keberhasilan penulis. Untuk abang-abang iparku Wendi Akbar dan Yofi Edrison yang selalu memberikan dorongan semangat serta kedua ponakan tersayang Qianisa Anandara Adrison dan Rafardan Atala Akbar yang menjadi mood booster bagi penulis.
9. Untuk anak-anak kosan ikhrul astri riana, resti, anna, seli, devita, riva, alma, edel, diyan, selvi yang telah memberikan semangat dan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
10. Seluruh teman seperjuangan angkatan XI yang telah memberi motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan penyusunan karya tulis ini.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat pahala dari Allah SWT. Demikian karya tulis ini penulis buat, semoga bermanfaat bagi dunia keperawatan.

Bandung, 23 April 2018

Penulis

ABSTRACT

Latar Belakang: Karya tulis ini dilatar belakangi oleh banyaknya pasien *bronchopneomonia* yang dirawat di RSUD dr. Slamet Garut, pada periode Januari 2017 sampai Desember 2017 berjumlah 1.317 orang (10,1%) menempati peringkat ke-4 dalam 10 besar penyakit. **Tujuan** penulisan ini adalah mampu mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Pada An. A dan An. R Yang Mengalami *bronchopneomonia* Di Ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut secara komprehensif. *bronchopneomonia* adalah radang pada paru-paru yang mempunyai penyebaran bercak, teratur dalam satu area atau lebih yang berlokasi di dalam bronki dan meluas ke parenkim paru, yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing. Hal ini menyebabkan bersihan jalan nafas yang tidak efektif. **Metode** : studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien *bronchopneomonia* dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif. **Hasil** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan: auskultasi bunyi nafas, pantau frekuensi nafas, lakukan postural drainase, kolaborasi pemberian nebulazer menggunakan obat combivent, pemberian terapi cefotaxin. Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi pada hari ke 3. Didalam pembahasan terdapat kesenjangan teori dan praktik yaitu pengkajian, diagnose, dan intervensi. **Diskusi** : tindakan postural drainase mempunyai efek dalam membantu bersihan jalan nafas tidak efektif, ditandai dengan pengeluaran sputum sehingga menjadi hilang.

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

Daftar Pustaka : 9 buku (2006-2016), 2 Jurnal (2010-2014)

ABSTRACT

Background: This research is have background by the amount of *bronchopneumonia* patients that nursed at RSUD dr. Slamet Garut, in periode Januari 2017 to December 2017 number 1.317 people (10,1%) have the fourth rank in ten major diseases. **The purpose** of this research is to aplicate the ability of nursing care in An. A and An. R that experience *bronchopneumonia* at Nusa Indah Atas room RSUD dr. Slamet Garut comprehensive. *Bronchopneumonia* is inflammation of the lungs that has splinting, regular in one area or more that located in bronchi and sread to parenkim lung, which caused by baecteria, viruses, mashroom or the strange thing. This matter is caused of clearance of breath way that does not efective. **The Method:** of this case is to explore the fenomenan problem of detailed limit by taking the data with interviean way obseve the physical checkup and documentation study. This case study is done for two *bronchopneumonia* patients that have a clearance nursing problem the way of breath that does not efective. **The result** after doing the nursing care by giving nursing intervention: auscultation of braeth sound, monitoring the frequency of breath, doing the postural drainage collaboration, giving nebulazer by using the combivent drug, giving the therapy cefotaxin. The problem of nursing clearance of the breath way that does not efective to client 1 and client 2 can be resolved at the third day. In the study there was found of the difference between theory and practice namely investigation, diagnosis, and intervention. **The Discussion:** of postural drainage action has the efect for helping the clearance of breath way that does not efective labeled with the excretion of sputum so that it becomes lose.

Keyword : *Bronchopneumonia, Nursing Care, the Breathing way not Effective.*

Bibliography : 9 books (2006-2016), 2 Journals (2010-2014)

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Bagan	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah	xv
BAB I PENDAHULUAN	1 A.
Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat	5
1. Teoritis	5
2. Praktis	5
6 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Penyakit	7
1. Definisi <i>Bronchopneomonia</i>	7
2. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan	7
3. Klasifikasi <i>Bronchopneomonia</i>	16 4.
Etiologi <i>Bronchopneomonia</i>	17 5.
Manifestasi Klinik <i>Bronchopneomonia</i>	18 6.
Patofisiologi <i>Bronchopneomonia</i>	18
7. Penatalaksanaan <i>Bronchopneomonia</i>	20
8. Pemeriksaan Penunjang	21
B. Konsep Tumbuh Kembang Anak	21
1. Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan	21
2. Fase-fase Perkembangan Keterampilan Anak	22
3. Hospitalisasi Pada Anak	24
C. Konsep Asuhan Keperawatan	26
1. Pengkajian	26

2. Diagnosa Keperawatan.....	34
3. Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan	35
D. Efektifitas Fisioterapi Dada (Postural Drainase) Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Anak	40
BAB III METODE PENELITIAN	42
A. Desain	42
B. Batasan Istilah	42
C. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian	43
D. Lokasi dan Waktu	43
E. Pengumpulan Data	43
F. Uji Keabsahan Data.....	44
G. Analisa Data	45
H. Etik Penulisan KTI	46
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	48
A. Hasil	48
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	48
2. Pengkajian	49
3. Analisa Data	58
4. Diagnosa Keperawatan.....	60
5. Perencanaan.....	60
6. Implementasi	62
7. Evaluasi	64
B. Pembahasan	64
1. Pengkajian	64
2. Diagnosa Keperawatan.....	66
3. Intervensi Keperawatan	69
4. Implementasi Keperawatan	70
5. Evaluasi Keperawatan	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Nilai Suhu Normal	34
Tabel 2.2	Nilai Tekanan Darah Normal	34
Tabel 2.3	Nilai Respirasi Normal Halaman	35
Tabel 2.4	Nilai Nadi Normal	35
Tabel 2.5	Rencana dan Rasional 1 tindakan keperawatan pada pasien <i>bronchopneomonia</i>	40
Tabel 2.6	Rencana dan Rasional 2 tindakan keperawatan pada pasien <i>bronchopneomonia</i>	41
Tabel 2.7	Rencana dan Rasional 3 tindakan keperawatan pada pasien <i>bronchopneomonia</i>	42
Tabel 2.8	Rencana dan Rasional 4 tindakan keperawatan pada pasien <i>bronchopneomonia</i>	43
Tabel 2.9	Rencana dan Rasional 5 tindakan keperawatan pada pasien <i>bronchopneomonia</i>	43
Tabel 2.10	Rencana dan Rasional 6 tindakan keperawatan pada pasien <i>bronchopneomonia</i>	44
4.1	Identitas klien dan Penanggung Jawab	54
Tabel 4.2	Riwayat penyakit.....	54
Tabel 4.3	Riwayat kehamilan dan kelahiran	56
Tabel 4.4	Pola aktivitas	57
Tabel 4.5	Riwayat Imunisasi	58
Tabel 4.6	Pertumbuhan dan Perkembangan	58
Tabel 4.7	Pemeriksaan fisik	59
Tabel 4.8	Data dan psikologi	62

Tabel 4.9	Pemeriksaan Diagnostik	63
Tabel 4.10	Pengobatan	63
Tabel 4.11	Analisa Data	63
Tabel 4.12	Diagnosa Keperawatan	65
Tabel 4.13	Perencanaan	66
Tabel 4.14	Implementai	68
Tabel 4.15	Evaluasi	70

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi	22
-----------	---------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Komponen Sitem Pernapasan	9
Gambar 2.2	Struktur Anatomi Saluran Pernapasan Bawah	12
Gambar 2.3	Struktur Alveoli	13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadadi Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran V	Jurnal
Lampran VI	Satuan Acara Penyuluhan <i>Bronchopneomonia</i>
Lampiran VII	Leaflet
Lampiran VIII	Standar Operasional Prosedur
Lampiran IX	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
LA	: Lingkar Abdomen
Kg	: Kilogram
Gr	: Gram
WHO	: World Health Organization
CM	: Compos Mentis
RR	: Respiration Rate

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak usia balita merupakan golongan usia yang paling rawan terhadap penyakit, hal ini berkaitan dengan fungsi protektif atau immunitas anak, salah satu penyakit yang sering diderita oleh anak adalah gangguan pernafasan atau infeksi pernafasan. Salah satu penyakit yang sering menyerang anak adalah *bronchopneomonia* (Wong, 2008). Faktor resiko yang meningkatkan insiden *bronchopneomonia* yaitu: usia ≤ 5 tahun, gizi buruk atau kurang, berat badan lebih rendah (BBLR), tidak mendapatkan ASI yang memadai, imunisasi tidak lengkap, polusi udara, kepadatan tempat tinggal, aspirasi, dan radiasi (Kartika, 2013).

Bronkopneumonia adalah radang pada paru-paru yang mempunyai penyebaran bercak, teratur dalam satu area atau lebih yang berlokasi di dalam bronki dan meluas ke parenkim paru. Disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing yang ditandai dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, dispnea, nafas cepat dan dangkal, muntah, diare, serta batuk kering, dan produktif (Meira Erawati, 2016)

Dilaporkan hampir enam juta anak balita meninggal dunia, 16% dari jumlah tersebut disebabkan oleh *bronkopneumonia* sebagai pembunuh balita nomor satu di dunia. Berdasarkan data badan PBB untuk anak-anak (UNICEF),

pada tahun 2015 terdapat kurang lebih 14% dari 147.000 anak usia dibawah lima tahun meninggal karena *bronkopneumonia* (WHO, 2015).

Di indonesia berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 *bronkopneumonia* merupakan penyebab kematian kedua tertinggi setelah diare yaitu 15,5% dari seluruh penyebab kematian. Angka kesakitan (morbiditas) *bronkopneumonia* pada bayi 2,2%, balita 3%, angka kematian (mortalitas) pada bayi 23,8% dan balita 15,5% (Badan Pusat Statistik (BPS), 2015).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat persentase penemuan dan penanganan jumlah penderita *bronchopneomonia* di Jawa Barat pada tahun 2012 sebesar 44,2% dengan jumlah 189.688 jiwa (Anonym, 2012).

Berdasarkan data Rekam Medik RSUD dr Slamet Garut periode Januari 2017 sampai Desember 2017 didapatkan 10 besar penyakit di ruang rawat inap RSUD dr Slamet Garut, *Thalasemia* dengan jumlah pasien sebanyak 1.828 orang (14%), *Congestive Heart Failure* dengan jumlah pasien sebanyak 1.772 orang (13,6%), *Aspiksia* dengan jumlah pasien sebanyak 1.691 orang (12,9%), *bronchopneomonia* (BHP) dengan jumlah pasien sebanyak 1.317 orang (10,1%), *Diare* dengan jumlah pasien sebanyak 1.313 orang (10%), *Stroke Infark* dengan jumlah pasien sebanyak 1.128 orang (8,6%), *TB paru* 1.114 orang (8,5%), *Thypoid* dengan jumlah pasien sebanyak 996 orang (7,6%), *BBLR* dengan jumlah pasien sebanyak 937 orang (7,2%), *anemia* dengan jumlah pasien sebanyak 929 orang (7,1%). Berdasarkan data rekam medik diatas, penyakit *bronchopneomonia* di RSUD dr Slamet Garut menempati peringkat ke 4 dalam waktu 1 tahun terakhir ini dengan jumlah kasus sebanyak 1.317 orang (10,1%).

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

Salah satu cara mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat melalui tindakan pemberian terapi obat bronchodilator saja. Sedangkan untuk penatalaksanaan suportif lain seperti fisioterapi dada yaitu postural drainase. Fisioterapi dada dalam hal ini merupakan teknik untuk mengeluarkan *secret* yang berlebihan yang melekat pada dinding bronkus dan mempertahankan fungsi otototot pernafasan (Potter dan Perry, 2006). Serangkaian tindakan postural drainase membantu menghilangkan kelebihan mukus kental dari paru ke dalam trakea yang dapat dibatukan keluar (Lubis, 2005).

Selain fisioterapi dada terdapat terapi lain yang idak kalah pentingnya untuk mengatasi penyakit infeksi pernafasan, meliputi: pemberian antibiotika, terapi O₂, humidifikasi dengan nebulazer untuk pengenceran dahak yang kental, dan dapat disertai obat bronkodilator untk mencegah penyempitan saluran nafas

(bronkospasme) (Wong, 2003). Oleh sebab itu, fisioterapi sangat perlu dikombinasikan dengan terapi suportif lain sehingga dapat mempercepat proses perbaikan gangguan bersihan jalan nafas.

Berdasarkan permasalahan di atas, apabila tidak di tangani dengan cepat dan tepat oleh seorang perawat profesional akan memperburuk kondisi klien.

Berhubungan dengan hal tersebut di atas, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Bronchopneomonia* Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di Ruang Nusa Indah RSUD dr Slamet Garut**”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan **Asuhan Keperawatan pada An. A dan An. R Yang Mengalami *Bronchopneomonia* Dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di Ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut Tahun 2018.**

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif baik bio, psiko, sosio dan spiritual dengan proses keperawatan kepada An. A dan An. R yang mengalami *bronchopneomonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2018

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi :

- a. Melakukan pengkajian terhadap An. A dan An. R yang mengalami *bronchopneomonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada An. A dan An. R yang mengalami *bronchopneomonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.
- c. Membuat perencanaan yang ingin dicapai dan menyusun langkahlangkah pemecahan masalah yang dihadapi pada An. A dan An. R yang mengalami *bronchopneomonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada An. A dan An. R yang mengalami *bronchopneomonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.
- e. Mengevaluasi hasil Asuhan Keperawatan pada An. A dan An. R yang mengalami *bronchopneomonia* bersihan jalan nafas tidak efektif.
- f. Mendokumentasikan hasil Asuhan Keperawatan yang telah dilaksanakan pada An. A dan An. R yang mengalami *bronchopneomonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

D. Manfaat

1. Manfaat ilmiah

Karya tulis ini dapat menjadi sumber informasi dan menambah ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan masalah keperawatan pada anak yang mengalami *bronchopneomonia* dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

2. Manfaat bagi penulis

Mengaplikasikan ilmu yang didapat selama menempuh pendidikan di D III Keperawatan dan sebagai tambahan pengalaman berharga bagi penulis untuk memperluas dan menambah wawasan dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada kasus *bronchopneomonia* secara tepat

3. Manfaat bagi perawat

Sebagai panduan perawat dalam pengelolaan kasus *bronchopneomonia*.

Selain itu juga menjadi informasi bagi tenaga kesehatan lain terutama dalam pengelolaan kasus yang bersangkutan.

4. Manfaat bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan atau motivasi bagi tenaga kesehatan di RSUD dr Slamet Garut dalam pelayanannya

5. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan atau acuan bagi rekan mahasiswa untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah berikutnya.

6. Manfaat bagi klien dan keluarga

Dapat meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang perawatan, pencegahan dan penanganan penyakit *bonchopneomonia*.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

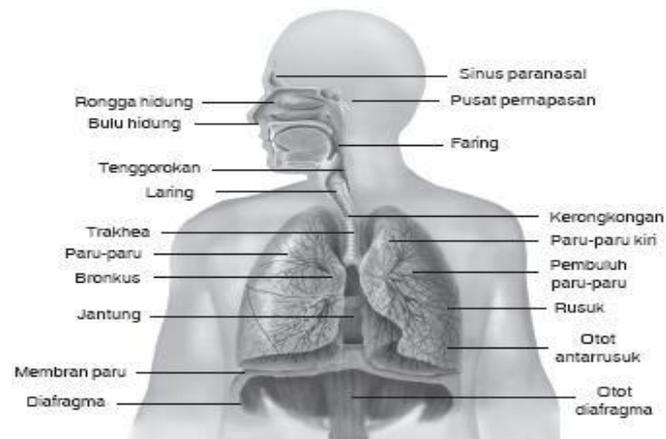
1. Definisi

Bronchopneomonia adalah radang pada paru-paru yang mempunyai penyebaran bercak, teratur dalam satu area atau lebih yang berlokasi di dalam bronki dan meluas ke parenkim paru, yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing. Yang ditandai dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, dispnea, nafas cepat dan dangkal, muntah, diare, serta batuk kering, dan produktif (Wulandari dan Erawati, 2016).

2. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan

a. Anatomi Sistem Pernapasan

Pernapasan adalah proses ganda yaitu terjadinya pertukaran gas di dalam jaringan (pernapasan dalam), yang terjadi di dalam paru-paru disebut pernapasan luar. Pada pernapasan melalui paru-paru atau respirasi eksternal, oksigen (O₂) dihisap melalui hidung dan mulut. Pada waktu bernapas, oksigen masuk melalui batang tenggorok atau trakea dan pipa bronkhial ke alveoli, dan erat hubungannya dengan arah di dalam kapiler pulmonaris (Irianto, 2012).



Gambar 2.1. Komponen sistem pernapasan (Sumber: <http://www.aktifbelajar.com> diakses pada tanggal 14 April 2018 pukul 14.16 WIB).

1) Saluran Pernapasan Bagian Atas

a) Lubang hidung (cavum nasalis)

Hidung dibentuk oleh tulang sejati (os) dan tulang rawan (kartilago). Hidung dibentuk oleh sebagian kecil tulang sejati, sisanya terdiri atas kartilago dan jaringan ikat (connective tissue). Lubang kiri dan kanan dipisahkan oleh sputum. Rongga hidung mengandung rambut (fimbriae) yang berfungsi sebagai filter/penyaring kasar terhadap benda asing yang masuk. Pada mukosa hidung terdapat epitel bersilia yang mengandung sel goblet dimana sel tersebut mengeluarkan lendir sehingga dapat menangkap benda asing yang masuk ke saluran pernapasan. Resptor bau terdapat pada *cribriform plate*, didalamnya terdapat ujung dari saraf kranial I (Nervous Olfactorius) (Somantri, 2012).

b) Sinus Paranasalis

Sinus paranasalis merupakan daerah yang terbuka pada tulang kepala. Dinamakan sesuai dengan tulang tempat dia berada yaitu *sinus frontalis*, *sinus edmoidalis*, *sinus sphenoidal*, dan *sinus maksilaris*. Sinus berfungsi untuk :

- (1) Membantu menghangatkan dan humidifikasi
- (2) Meringankan berat tulang tengkorak
- (3) Mengatur bunyi suara manusia dengan ruang resonansi

(Somantri, 2012).

c) Faring

Faring merupakan pipa berotot berbentuk cerobong ± 13 cm yang letaknya bermula dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esofagus pada ketinggian tulang rawan (kartilago) krikoid. Faring digunakan pada saat „*digestion*’ (menelan) seperti pada saat bernapas (Somantri, 2012).

d) Laring

Laring terletak diantara faring dan trakea. Laring terletak di anterior tulang belakang (vertebrae) ke-4 dan ke-6 (Somantri, 2012).

2) Saluran pernapasan bagian bawah

Saluran Udara Konduktif

a) Trakhea

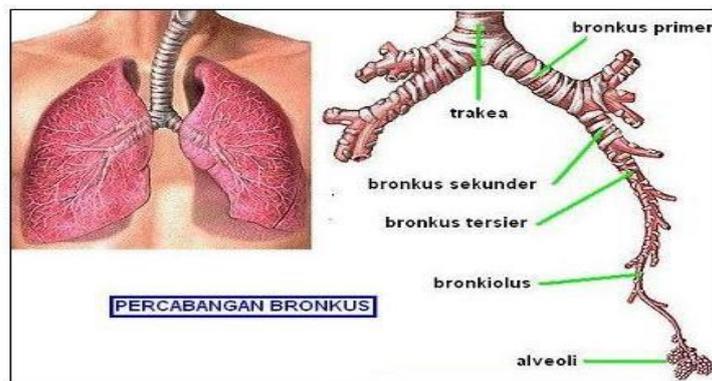
Trakhea merupakan perpanjangan dari laring pada ketinggian tulang vertebrae torakal ke-7 yang bercabang menjadi dua bronkhus. Ujung cabang trakhea disebut *carina*. Trakhea bersifat sangat fleksibel, berotot, dan memiliki panjang 12 cm berdiameter 2,5 cm dan tersusun atas 16-20 kartilago dengan cincin kartilago berbentuk huruf C. Pada cincin tersebut terdapat epitel bersilia tegak (*pseudostratified ciliated columnar*

epithelium) yang mengandung banyak sel goblet yang mensekresikan lendir (*mucus*) (Somantri, 2012).

b) Bronkhus dan Bronkiolus

Cabang bronkhus kanan lebih pendek, lebih lebar, dan cenderung lebih vertikal daripada cabang yang kiri. Hal tersebut menyebabkan benda asing lebih mudah masuk kedalam cabang sebelah kanan dari pada cabang bronkhus sebelah kiri.

Saluran pernapasan mulai dari trakhea sampai bronkhus terminalis tidak mengalami pertukaran gas dan merupakan area yang dinamakan *Anatomical Dead Space*. Banyak udara yang berada dalam area tersebut adalah sebesar 150 ml. Awal dari proses pertukaran gas terjadi di bronkiolus respiratorius (Somantri, 2012).



umber :

<https://www.dictio.id> diakses pada tanggal 16 April 2018 pukul 19.30 WIB)

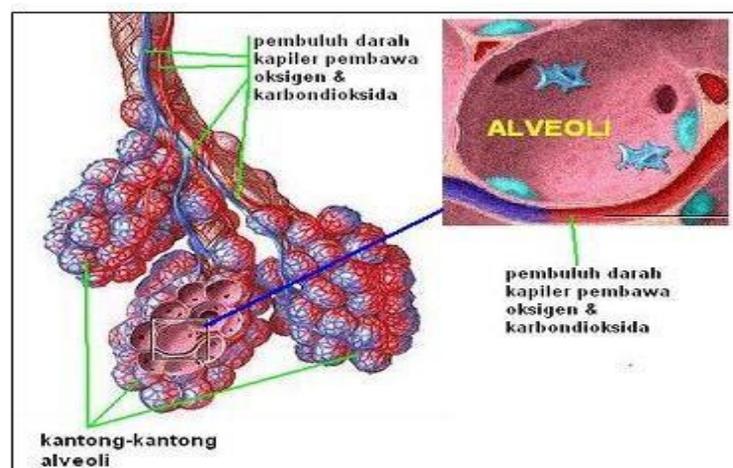
Saluran Respiratorius Terminal

a) Alveoli

Parenkim paru-paru merupakan area yang aktif bekerja dari jaringan paru-paru. Parenkim tersebut mengandung berjuta-juta unit alveolus.

Alveoli merupakan kantong udara yang berukuran sangat kecil, dan merupakan akhir dari bronkiolus respiratorius sehingga memungkinkan pertukaran O₂ dan CO₂. Seluruh dari unit alveoli (zona respirasi) terdiri atas bronkiolus respiratorius, duktus alveolus, dan alveolar sacs (kantong alveolus). Fungsi utama dari unit alveolus adalah pertukaran O₂ dan CO₂ diantara kapiler pulmoner dan alveoli.

Diperkirakan terdapat 24 juta alveoli pada bayi yang baru lahir. Setiap unit alveoli menyuplai 9-11 prepulmonari dan pulmonari kapiler (Somantri, 2012).



Gambar 2.3. Struktur alveoli (Sumber: <https://www.dictio.id> diakses pada tanggal 16 April 2018 pukul 19.45 WIB).

b) Paru-paru

Paru-paru terletak pada rongga dada, berbentuk kerucut yang ujungnya berada diatas tulang iga pertama dan dasarnya berada pada diafragma. Paru-paru kanan mempunyai tiga lobus sedangkan paru-paru kiri mempunyai dua lobus. Kelima lobus tersebut dapat terlihat dengan

jelas. Setiap paru-paru terbagi lagi menjadi beberapa sub bagian menjadi sekitar sepuluh unit terkecil yang disebut *bronchopulmonary segments*.

Paru-paru kanan dan kiri dipisahkan oleh ruang yang disebut mediastium. Jantung, aorta, vena cava, pembuluh paru-paru, esofagus, bagian dari trakhea dan bronkhus, serta kelenjar timus terdapat pada mediastinum (Somantri, 2012).

c) Dada

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

d) Diafragma

Diafragma terletak dibawah rongga dada. Diafragma berbentuk seperti kubah pada keadaan relaksasi. Pengatur saraf diafragma (Nervus Pharenicus) terdapat pada susunan saraf spinal pada tingkat C3, sehingga

jika terjadi kecelakaan pada saraf C3 akan menyebabkan gangguan ventilasi (Somantri, 2012).

e) Pleura

Pleura merupakan membran serosa yang menyelimuti paru-paru. Pleura ada dua macam yaitu pleura parietal yang bersinggungan dengan rongga dada (lapisan luar paru-paru) dan pleura visceral yang menutupi setiap paru-paru (lapisan dalam paru-paru). Diantara kedua pleura terdapat cairan pleura seperti selaput tipis yang memungkinkan kedua permukaan tersebut bergesekan satu sama lain selama respirasi, dan mencegah pelekatan dada dengan paru-paru (Somantri, 2012).

f) Sirkulasi Pulmoner

Paru-paru mempunyai dua sumber suplai darah yaitu arteri bronkhialis dan arteri pulmonalis. Sirkulasi bronkhial menyediakan darah teroksigenasi dari sirkulasi sistemik dan berfungsi memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan paru-paru. Vena bronkhialis akan mengalirkan darah menuju vena pulmonalis. Arteri pulmonalis berasal dari ventrikel kanan yang mengalirkan darah vena ke paru-paru dimana darah tersebut mengambil bagian dalam pertukaran gas (Somantri, 2012).

b. Fisiologi Sistem Pernapasan

Proses fisiologis respirasi dibagi menjadi tiga stadium yaitu :

- 1) **Difusi gas-gas antara alveolus** dengan kapiler paru-paru (respirasi eksterna) dan darah sistemik dengan sel-sel jaringan

- 2) **Distribusi darah** dalam sirkulasi pulmoner dan penyesuaiannya dengan distribusi udara dalam alveolus-alveolus
- 3) **Reaksi kimia dan fisik** O₂ dan CO₂ dengan darah (Somantri, 2012).

Proses respirasi eksternal terdiri atas beberapa jenis yaitu : 1)

Ventilasi

Yaitu keluar masuknya udara antara atmosfer dan alveoli paru. Mekanisme ventilasi adalah dimulai dari proses inspirasi. Selama inspirasi, udara bergerak dari luar ke dalam trakhea, bronkhus, bronkiolus, dan alveoli. Faktor fisik yang memengaruhi keluar masuknya udara dari dan ke paru-paru merupakan gabungan dari ventilasi mekanik yang terdiri atas :

- a) Perbedaan tekanan udara

Selama inspirasi, pergerakan diafragma dan otot bantu pernapasan lainnya memperluas rongga dada, sehingga menurunkan tekanan dalam rongga dada sampai dibawah tekanan atmosfer. Hal ini menyebabkan udara tertarik melalui trakhea dan bronkhus lalu masuk hingga ke dalam alveoli.

Pada saat ekspirasi normal, diafragma relaksasi dan paru-paru mengempis. Tekanan alveoli kemudian melebihi tekanan di atmosfer, sehingga udara terdesak keluar dari paru-paru menuju atmosfer.

- b) Resistensi jalan udara

Peningkatan tekanan dari cabang bronkhus dan adanya benda asing dalam saluran nafas akan mengakibatkan udara terhambat masuk kedalam alveolus

- c) Komplian paru-paru

Komplian paru-paru adalah kemampuan paru-paru untuk mengembang dan mengempis.

2) Difusi

Proses pertukaran O₂ dan CO₂ antara alveoli dan darah. Faktor-faktor yang menentukan kecepatan difusi gas melalui membran paru-paru adalah :

- a) Semakin besar perbedaan **tekanan pada membran** maka semakin cepat kecepatan difusi
- b) Semakin besar **area membran paru-paru** maka semakin besar kuantitas gas yang dapat berdifusi melewati membran dalam waktu tertentu
- c) Semakin **tipis membran** maka semakin cepat difusi gas melalui membran tersebut kebagian yang berlawanan
- d) **Koefisien difusi** secara langsung berbanding lurus terhadap kemampuan terlarut suatu gas dalam cairan membran paru-paru dan berbanding terbalik terhadap ukuran molekul. Molekul kecil berdifusi lebih tinggi atau cepat dari pada ukuran gas besar yang kurang dapat larut.

3) Transportasi

Proses beredarnya gas (O₂ dan CO₂) dalam darah dari cairan tubuh ke dan dari sel. Transpor CO₂ dari jaringan ke paru-paru yang selanjutnya untuk dibuang dilakukan dengan tiga cara yaitu:

- a) 10% secara fisik larut dalam plasma
- b) 20% berikatan dengan gugus amino pada hemoglobin dalam sel darah merah. Hemoglobin yang berikatan dengan CO₂ disebut dengan karbaminohemoglobin

- c) 70% ditranspor sebagai bikarbonat plasma

Transportasi gas dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu curah jantung (*cardiac output*), kondisi pembuluh darah, latihan (*exercise*), eritrosit dan Hb (Somantri, 2012).

3. Klasifikasi *Bronchopneumonia*

Pneumonia diklasifikasikan berdasarkan ciri radiologis dan gejala klinis sebagai berikut:

- a. Pneumonia tipikal, bercirikan tanda-tanda pneumonia lobaris dengan opasitas lobus atau lobularis.
- b. Pneumonia atipikal, ditandai dengan respirasi yang meningkat lambat dengan gambaran infiltrat paru bilateral yang difus.
- c. Pneumonia aspirasi, sering pada bayi dan anak.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan kuman penyebab adalah sebagai berikut:

- a. Pneumonia bakterialis / topikal, dapat terjadi pada semua usia, beberapa kuman tendensi menyerang semua orang yang peka, misal:
 - 1) *Klebsiela* pada orang alkoholik.
 - 2) *Stapilokokus* pada influenza.
- b. Pneumonia atipikal, sering mengenai anak dan dewasa muda dan disebabkan oleh *Mycoplasma* dan *Clamidia*.
- c. Pneumonia karena virus, sering pada bayi dan anak .
- d. Pneumonia karena jamur, sering disertai infeksi sekunder terutama pada orang dengan daya tahan lemah dan pengobatannya lebih sulit.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan prediksi infeksi adalah sebagai berikut:

- a. Pneumonia lobaris mengenal satu lobus atau lebih, disebabkan karena obstruksi bronkus, misalnya aspirasi benda asing, proses keganasan.
- b. *Bronchopneomonia*, adanya bercak-bercak infiltrat pada paru dan disebabkan oleh virus atau bakteri (Wulandari, 2016).

4. Etiologi

Penyebab tersering *bronchopneomonia* pada anak adalah *pneumokokus* sedang penyebab lainnya antara lain : *streptococcus pneumoniae*, *stafilokokus aureus*, *haemophilus influenza*, jamur (seperti *candida albicans*), dan virus. Pada bayi dan anak kecil ditemukan *staphylococcus aureus* sebagai penyebab yang erat, serius dan progresif dengan mortalitas tinggi.

5. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala *bronchopneomonia* adalah sebagai berikut :

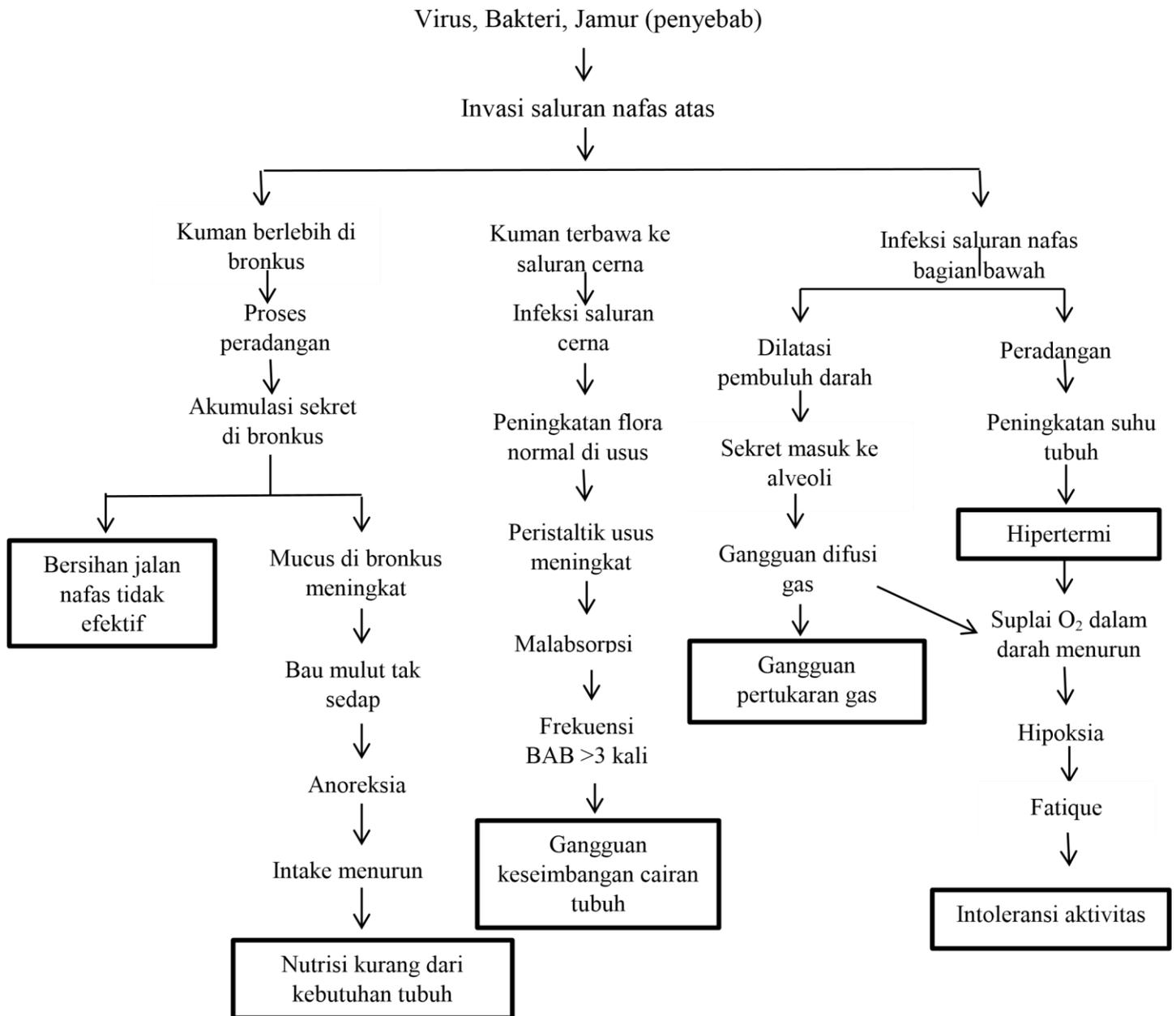
- a. Biasanya didahului infeksi traktus respiratorius atas
- b. Demam (39^oC-40^oC) kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi
- c. Anak sangat gelisah dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk
- d. Pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis disekitar hidung dan mulut
- e. Kadang-kadang disertai muntah dan diare
- f. Adanya bunyi tambahan pernapasan seperti *ronchi* dan *wheezing*
- g. Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan *hipoksia* apabila infeksi serius
- h. Ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mukus yang

menyebabkan atelektasis absorpsi (Wulandari & Erawati, 2016).

6. Patofisiologi

Bronchopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab *bronchopneumonia* yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai dengan adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, *ronchi* positif dan mual (Wulandari dan Erawati, 2016).

Bagan 2.1 Patofisiologi



(Sumber : Wijyaningsih, 2013)

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *bronchopneumonia* adalah sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan Keperawatan

Seringkali pasien pneumonia yang dirawat di rumah sakit datang sudah dalam keadaan payah, sangat *dispnea*, pernapasan cuping hidung, sianosis dan gelisah. Masalah pasien yang perlu diperhatikan ialah :

- 1) Menjaga kelancaran pernapasan
- 2) Kebutuhan istirahat
- 3) Kebutuhan nutrisi/cairan
- 4) Mengontrol suhu tubuh
- 5) Mencegah komplikasi
- 6) Kurangnya pengetahuan orangtua mengenai penyakit

b. Penatalaksanaan Medis

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

- 1) Umur 3 bulan-5 tahun, bila toksis disebabkan oleh streptokokus. Pada umumnya tidak diketahui penyebabnya, maka secara praktis dipakai : kombinasi pensilin prokain 50.000-100.000kl/kg/24 jam IM.
- 2) Terapi oksigen jika pasien mengalami pertukran gas yang tidak adekuat. Ventilasi mekanik mungkin diperlukan jika nilai normal GDA tidak dapat dipertahankan (Wulandari dan Erawati, 2016).

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada *bronchopneomonia* adalah sebagai berikut:

- a. Foto thoraks

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

b. Laboratorium

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

c. GDA

Tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.

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

e. LED meningkat

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

g. Elektrolit : natrium dan klorida mungkin rendah

h. Bilirubin mungkin meningkat

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

B. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Infant (0-9 bulan)

1. Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan penambahan jumlah dan ukuran sel secara kuantitatif, dimana sel-sel tersebut mensintesis protein baru yang nantinya akan menunjukkan pertumbuhan seperti umur, tinggi badan, berat badan

dan pertumbuhan gigi (Dewi Wulandari & Meira Erawati, 2016).

Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan keahlian (kualitas) dan merupakan aspek tingkah laku pertumbuhan. Contohnya: kemampuan

berjalan, berbicara, dan berlari (Wulandari & Erawati, 2016).

2. Fase-fase Perkembangan Keterampilan Anak

a. Usia 0-3 Bulan

1) Motorik Kasar

Belajar mengangkat kepala

2) Motorik Halus

Menahan benda yang dipegang

3) Penglihatan

a) Mengikuti objek dengan mata

b) Melihat ke wajah orang dengan spontan

4) Bicara

a) Mengoceh spontan

b) Bereaksi dengan mengoceh

5) Sosialisasi

Mengenal ibu melalui penglihatan, pendengaran, penciuman

b. Usia 3-6 Bulan

1) Motorik Kasar

a) Mengangkat kepala tegak lurus

b) Bertumpu dengan dua lengan yang berusaha mengangkat kepala

c) Mengangkat dada dengan bertumpu pada lengan

2) Motorik Halus

a) Mampu bermain-main dengan kedua tangannya

b) Mulai meraih benda dan menaruhnya di dalam mulut

3) Penglihatan

- a) Mampu mengamati mainan
 - b) Berusaha memperluas jangkauan pandang
- 4) Bicara
- a) Mampu mendengar suara kertas diremas di dekatnya
 - b) Bermain bibir sambil mengeluarkan air liur
 - c) Bereaksi bila di panggil
- 5) Sosialisasi
- a) Tersenyum pada orang-orang di lingkungannya
 - b) Tertawa dan mengerti bila diajak bermain
- c. Usia 6-9 Bulan
- 1) Motorik Kasar
- Mampu duduk sendiri
- 2) Motorik Halus
- Menggenggam mainan dengan seluruh permukaan tangan
- 3) Penglihatan
- Memperhatikan dan mencari mainan yang jatuh
- 4) Bicara
- a) Mengeluarkan suara yang diulang seperti “dada...”, “tata...”
 - b) Mengucapkan suara-suara tanpa arti
- 5) Sosialisasi
- a) Mulai mempelajari cilup bad dan tepuk tangan
 - b) Gembira bermain dengan benda-benda (Wulandari & Erawati,

3. Hospitalisasi Pada Anak

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

Reaksi hospitalisasi pada usia 0-9 bulan :

a. Reaksi anak usia bayi terhadap hospitalisasi

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

b. Reaksi orangtua terhadap hospitalisasi anak

- 1) Perasaan cemas dan takut: perasaan tersebut muncul pada saat orangtua melihat anak menjalani prosedur yang menyakitkan, seperti pengambilan darah, infus, injeksi dan prosedur invasif lainnya.

- 2) Perasaan sedih: perasaan ini muncul terutama pada saat anak dalam kondisi terminal dan orangtua mengetahui bahwa tidak ada lagi harapan anaknya untuk sembuh.
- 3) Perasaan frustrasi: pada kondisi anak yang telah dirawat cukup lama dan dirasakan tidak mengalami perubahan serta tidak kuatnya dukungan psikologis yang diterima orangtua baik dari keluarga maupun kerabat lainnya.

Pendekatan yang digunakan dalam hospitalisasi anak :

a. Pendekatan Empirik

Metode pendekatan empirik menggunakan strategi, yaitu:

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

b. Pendekatan melalui metode permainan

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

Prinsip bermain di rumah sakit adalah sebagai berikut :

- 1) Tidak membutuhkan banyak energi
- 2) Waktunya singkat
- 3) Mudah dilakukan

- 4) Aman
- 5) Kelompok umur
- 6) Tidak bertentangan dengan terapi
- 7) Melibatkan keluarga (Wulandari & Erawati, 2016).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Nikmatur, 2012).

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

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

1) Identitas klien

a) Identitas Anak

Pada klien dengan perlu dikaji : nama, Umur, Agama, Pendidikan, Suku bangsa, Alamat, Diagnosa medis, No.Rekam medik, Tanggal masuk, tanggal dan jam pengkajian.

b) Identitas keluarga terdiri dari ayah, ibu, wali

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

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Pada anak dengan Bronkopneumonia adalah sesak, demam, batuk

berdahak, dan diare (Riyadi, 2013).

b) Keluhan Utama

Pada anak dengan Bronkopneumonia adalah sesak nafas dan batuk (Riyadi,2013).

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

d) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Riwayat kesehatan menjelaskan tentang penyakit yang pernah diderita klien yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang seperti riwayat panas, batuk pilek, atau penyakit serupa pengobatan yang dilakukan.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

3) Riwayat kehamilan dan persalinan

a) Riwayat kehamilan

Ibu perlu ditanyakan apakah ada tanda-tanda risiko tinggi saat hamil seperti berat badan tidak bertambah saat hamil, pre-eklamsi, dan lainlain. Demikian juga dengan pemeriksaan kehamilannya, Kehamilan resiko tinggi yang tidak ditangani dengan benar atau tidak terdeteksi.

b) Riwayat persalinan

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

4) Riwayat Imunisasi

Catat imunisasi yang telah diberikan yaitu imunisasi BCG, DPT 1, DPT 2, DPT 3, Polio 1, Polio 2, Polio 3, Polio 4, Hepatitis B 3x, Campak bahkan Hib apabila sudah pernah mendapatkannya. 5) Riwayat Tumbuh Kembang

a) Pertumbuhan

Pertumbuhan yaitu tinggi badan, berat badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan, pertumbuhan gigi dan lain-lain.

b) Perkembangan

Aspek pengkajian mencakup : sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar.

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Asupan nutrisi paling utama bayi adalah ASI selama 6 bulan pertama, sampai bayi diperbolehkan memperoleh makanan pendamping ASI mulai usia 4 bulan. Rata-rata 113 gram enam kali per hari dalam 1 bulan sampai 119 gram kali per hari selama 6 bulan saat makanan dapat diperkenalkan.

b) Pola eliminasi

Pada klien dengan Bronkopneumonia penderita sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam.

c) Pola istirahat dan tidur

Pada anak yang menderita Bronkopneumonia yaitu anak mengalami kesulitan tidur karena sesak napas, penampilan anak terlihat lemah, sering menguap, mata merah, anak juga sering menangis pada malam hari karena ketidaknyamanan tersebut.

d) Pola Aktivitas dan Bermain

Pada anak yang menderita Bronkopneumonia anak tampak menurun aktivitas dan latihannya sebagai dampak kelemahan fisik. Anak tampak lebih banyak minta digendong orang tuanya atau bedrest.

e) Pola Personal Hygiene

Menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, keramas, menggunting kuku sebelum sakit.

7) Pemeriksaan Fisik

a) Tingkat Kesadaran

Klien dengan Bronkopneumonia dapat mengalami penurunan kesadaran sering ditemukan yaitu dimulai dari apatis, somnolen, sopor sampai koma dinilai dengan menggunakan GCS. Gangguan sistem persarafan terutama saraf cranial (Riyadi, 2013).

b) Tanda-tanda Vital

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

(1) Suhu normal

Tabel 2.1 Suhu Normal

Umur	Suhu (°C)
3 bulan	37,5
1 tahun	37,7
3 tahun	37,2
5 tahun	37,0
7 tahun	36,8
9 tahun	36,7
13 tahun	36,6

Sumber:Sukanti,2009 (2)

Tekanan darah normal

Tabel 2.2 Tekanan Darah

Umur	Sistolik/diastolik (mmHg)
1 bulan	86/54
6 bulan	90/60
1 tahun	96/65
2 tahun	99/65
6 tahun	100/60
8 tahun	105/60
10 tahun	110/60
12 tahun	115/60

(3) Respirasi normal

Tabel 2.3 Respirasi

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

Sumber: Sukanti, 2009

(4) Nadi normal

Tabel 2.4 Nadi

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

Sumber: Sukanti, 2009

c) Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

(1) Kepala

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

(2) Mata

Pada klien dengan bronkopneumonia akan ditemukan kondisi konjungtiva tampak pucat akibat intake nutrisi yang tidak adekuat (Riyadi, 2013).

(3) Hidung

Pada klien bronkopneumonia ditemukan pernapasan cuping hidung dan produksi secret, adanya sianosis (Riyadi,2013).

(4) Mulut

Pada klien bronkopneumonia, sianosis di sekeliling mulut, terdapat sputum yang sulit dikeluarkan (Riyadi, 2013).

(5) Telinga

Pada klien bronkopneumonia terjadi otitis media bersamaan dengan pneumonia atau setelahnya karena tidak diobati (Riyadi,2013).

(6) Leher

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

(7) Dada

Pada klien bronkopneumonia akan ditemukan ronchi atau wheezing dan kemungkinan terdapat retraksi dinding dada (Riyadi,2013).

(8) Abdomen

Pada klien bronkopneumonia akan ditemukan ekspansi kuman melalui pembuluh darah yang masuk kedalam saluran pencernaan dan mengakibatkan infeksi sehingga terjadi peningkatan peristaltic usus (Riyadi,2013).

(9) Genetalia dan Anus

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

penmbengkakan, periksa anus terhadap tanda-tanda fisura, hemoroid dan polip.

(10) Punggung dan Bokong

Pada klien bronkopneumonia akan ditemukan bayi ronchi saat dilakukan auskultasi pada paru bagian belakang dan ketidaksimetrisan pergerakan thoraks saat di palpasi (Riyadi,2013).

(11) Ekstermitas

Pada klien dengan bronkopneumonia akan ditemukan sianosis pada ujung jari, biasanya CRT kembali lebih dari 2 detik (Riyadi,2013).

8) Data Psikososial

a) Data Psikologi Klien

Pada saat dilakukan pengkajian, klien merasakan gelisah dan menangis.

b) Data Psikologi Keluarga

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

c) Data Sosial

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

d) Data Spiritual

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

e) Data Hospitalisasi

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

b. Analisa Data

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

2. Diagnosa Keperawatan

Pada *bronkopneumonia* dapat ditemuka diagnosa keperawatan menurut (Riyadi & Sukarmin, 2013) :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum
- b. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan kapiler alveolus.
- c. Nyeri dada berhubungan dengan kerusakan parenkim paru
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan: ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen atau kelelahan yang berhubungan dengan gangguan pola tidur
- e. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi
- f. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan toksemia.

3. Intervensi

Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan criteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan.

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum

1) Tujuan

Bersihan jalan nafas menjadi efektif

2) Kriteria hasil

Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi napas bersih/jelas, menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan napas. Misalnya: batuk efektif dan mengeluarkan sekret.

3) Rencana tindakan

Tabel 2.5. Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Kaji intervensi atau kedalaman pernapasan dan gerakan dada	4. Lakukan fisioterapi dada
2. Auskultasi area paru, catat area penurunan atau tak ada aliran udara	5. Kolaborasi pemberian antibiotik Merangsang gerakan mekanik lewat vibrasi dinding dada supaya sputum mudah bergerak keluar
3. Terapi obat-obatan bronkodilator	
1. Takipnea pernapasan dangkal dan gerakan dada tak simetris terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru dan penyempitan bronkus	
2. Suara mengi mengindikasikan terdapatnya penyempitan bronkus oleh sputum	
3. Memudahkan pengenceran, dan pembuangan sekret dengan cepat dan mukolitik melalui inhalasi (nebulizer)	

Meningkatkan hidrasi sputum. air hangat
mengurangi tingkat kekentalan dahak
sehingga mudah dikeluarkan

Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan kapiler alveoli

1) Tujuan

Perbaiki ventilasi dan oksigenasi jaringan GDA dalam rentang normal
tidak ada distress pernapasan

2) Kriteria hasil

Menunjukkan adanya perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan

3) Rencana tindakan

Tabel 2.6. Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Kaji frekuensi, kedalaman dan kemudahan bernapas	1. Distres pernapasan yang dibuktikan dengan dispnea dan takipnea sebagai indikasi penurunan kemampuan menyediakan oksigen bagi jaringan
2. Observasi warna kulit, catat adanya sianosis pada kulit, kuku dan jaringan sentral	2. Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi
3. Kaji status mental dan penurunan kesadaran	3. Gelisah, mudah terangsang, bingung dan somnolen sebagai petunjuk hipoksemia atau penurunan oksigenasi serebral
4. Awasi frekuensi jantung dan irama	4. Takikardi biasanya ada sebagai akibat demam atau dehidrasi tetapi dapat sebagai respon terhadap hipoksemia
5. Awasi suhu tubuh	5. Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler
6. Kaji tingkat ansietas sediakan berdiskusi dengan psikologi sesuai dengan respon pasien atau susun bersama fisiologi terhadap hipoksia jadwal pertemuan	6. Ansietas adalah manifestasi masalah waktu untuk susun bersama fisiologi terhadap hipoksia jadwal pertemuan

c. Nyeri dada berhubungan dengan kerusakan parenkim paru

1) Tujuan

Pola napas efektif dengan frekuensi dan kedalaman dalam rentang normal

2) Kriteria hasil

Pasien tidak mengeluh sakit pada dada lagi, gerakan dada tidak terbatas saat bernapas

3) Rencana tindakan

Tabel 2.7. Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Tentukan karakteristik nyeri, misalnya: tajam, konstan, ditusuk, selidiki perubahan karakter atau lokasi atau intensitas nyeri	1. Nyeri dapat dirasakan pada bagian apeks atau tengah dada, kalau pada dada bagian bawah nyeri kemungkinan timbul komplikasi perikarditis
2. Pantau tanda vital	2. Nyeri akan meningkatkan mediator kimia serabut persarafan yang dapat merangsang vasokonstriksi pembuluh darah sistemik, meningkatkan denyut jantung, meningkatkan kebutuhan oksigen jaringan (meningkatkan RR) Mengurangi fokus terhadap nyeri dad sehingga dapat mengurangi ketegangan karena nyeri
3. Berikan tindakan distraksi, misalnya mendengarkan musik, menonton film tentang anak-anak	3. Tindakan non-analgesik diberikan dengan sentuhan lembut dapat menghilangkan ketidaknyamanan dan memperbesar efek terapi analgesik
4. Berikan tindakan nyaman, misalnya pijat punggung, perubahan posisi, musik tenang, relaksasi atau latihan napas	4.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen atau kelelahan yang berhubungan dengan gangguan pola tidur

1) Tujuan

Pola tidur pasien kembali normal

2) Kriteria hasil

Pasien tidak tampak lemah lagi, nadi normal dan pola tidur kembali normal

3) Rencana tindakan

Tabel 2.8. Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Evaluasi respon klien terhadap Catatan laporan dispnea, peningkatan kelemahan atau kelelahan dan perubahan tanda se	1. Menetapkan kemampuan atau aktivitas. kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi vital
2. lama dan setelah aktivitas	2. Menurunkan stres dan rangsangan
3. Berikan lingkungan tenang dan pengunjung selama fase akut sesuai indikasi	berlebihan, meningkatkan istirahat batasi
4. Jelaskan pentingnya istirahat pengobatan dan kebutuhan aktivitas dan istirahat	3. Tirah baring dipertahankan selama fase akut ntuk menurunkan dalam rencana pengobatn, menghemat perlunya keseimbangan energi untuk penyembuhan
5. Bantu pasien memilih posisi kepala istirahat dan atau menunduk kedepan meja atau bantal tidur	4. Psien mungkin nyaman dengan
6. Bantu aktivitas perawatan diri diperlukan. Berikan kemajuan peningkatan aktivitas selama fasepenyembuhan	5. Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan yang dibutuhkan oksigen

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

1) Tujuan

Kebutuhan nutrisi terpenuhi

2) Kriteria hasil

Pasien menunjukkan peningkatan nafsu makan dan mempertahankan berat badan

3) Rencana tindakan

Tabel 2.9. Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Identifikasi faktor yang menimbulkan mual atau muntah, misalnya: sputum banyak, pengobatan aerosol, dispnea berat, nyeri	6. Evaluasi status nutrisi umum. Ukur berat badan dasar
2. Berikan atau bantu kebersihan mulut setelah muntah. Setelah tindakan aerosol dan drainase postural, dan sebelum makan	1. Sputum akan merangsang nervus vagus sehingga berakibat mual, dispnea dapat merangsang pusat pengaturan maan di medula oblongata 2. Menghilangkan tanda bahaya, rasa, bau dari lingkungan pasien dan dapat menurunkan mual
3. Jadwalkan pengobatan pernapasan sedikitnya 1 jam sebelum makan	3. Menurunkan efek mual yang berhubungan dengan pengobatan ini
4. Auskultasi bunyi usus. Observasi atau palpasi distensi abdomen	4. Bunyi usus mungkin menurun/tak ada bila proses infeksi berat atau memanjang. Distensi abdomen terjadi sebagai akibat menelan udara atau menunjukkan pengaruh toksin bakteri pada saluran GI 5. Tindakan ini dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk kembali
5. Berikan makan porsi kecil dan sering termasuk makanan kering (roti panggang, krekers) dan atau makanan yang menarik untuk pasien	6. Adanya kondisi kronis (seperti PPOM atau alkoholisme) atau keterbatasan keuangan dapat menimbulkan malnutrisi, rendahnya tahanan terhadap infeksi dan atau lambatnya respons terhadap terapi

f. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan toksemia

1) Tujuan

Suhu tubuh pasien kurang dari 38C⁰

2) Kriteria hasil

Pasien tidak memperlihatkan tanda peningkatan suhu tubuh

3) Rencana tindakan

Tabel 2.10. Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Kaji suhu tubuh dan nadi setiap 4 tingkat jam	1. Untuk mengetahui perkembangan pasien
2. Pantau warna kulit dan suhu respon tubuh terhadap demam	2. Sianosis menunjukkan vasokonstriksi atau
3. Berikan dorongan untuk minum pesanan menimbulkan peningkatan IWL, sehingga banyak cairan tubuh yang keluar dan harus diimbangi pemasukan cairan	3. Peningkatan suhu tubuh sesuai sehingga banyak cairan pemasukan cairan
4. Lakukan untuk untuk dan kebutuhan oksigen	4. Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan mengganggu oksigenasi seluler

D. Efektifitas Fisioterapi Dada (Postural Drainase) Terhadap Bersihan**Jalan Nafas Pada Anak**

Bersihan jalan nafas adalah suatu keadaan dimana paru atau trachea terbebas dari penumpukan secret baik sepenuhnya atau sebagian dimana frekuensi nafas dalam batas normal <40 x/menit, pernapasan cuping hidung (-), retraksi intercostals (-). Masalah yang umum ditemukan pada *bronchopneomonia* adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, untuk mengatasi masalah tersebut salah satu cara adalah fisioterapi dada (postural drainase) (Maidarwati, 2014).

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas merupakan keadaan dimana individu tidak mampu mengeluarkan sekret dari saluran nafas untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas (Ginting, 2010). Karakteristik dari ketidakefektifan jalan nafas adalah batuk, sesak, suara nafas abnormal (*ronchi*), penggunaan otot bantu nafas, pernapasan cuping hidung (Potter dan Perry, 2006). Pada anak yang mengalami gangguan bersihan jalan nafas terjadi penumpukan sekret, dengan adanya teknik postural drainase, vibrasi dan perkusi mempermudah pengeluaran sekret, sekret menjadi lepas dari saluran pernapasan dan akhirnya dapat keluar melalui mulut dengan adanya proses batuk pada saat dilakukan fisioterapi dada.

Berdasarkan jurnal ilmu kesehatan dengan judul “Pengaruh Fisioterapi Dada Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Anak Usia 1-5 Tahun Yang Mengalami Gangguan Bersihan Jalan Nafas Di Puskesmas Moch.Ramdhan Bandung” oleh Maidartati terdapat perbedaan sebelum dilakukan fisioterapi dada postural drainase mengalami bersihan jalan nafas 17 orang dengan indikator respirasi rate >40 kali/menit, PCH (+) dan RIC (+). Sedangkan setelah dilakukan fisioterapi dada postural drainase didapat hasilnya 11 orang anak frekuensi nafas menjadi menurun dan perbaikan bersihan jalan nafas.

Dan “Efektifitas Fisioterapi Dada Untuk Mengatasi Masalah Bersihan Jalan Napas Pada Anak Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Anak RSUD dr Moh. Soewandhi Surabaya” oleh Gita Marini setelah dilakukan fisioterapi dada potural drainase kemampuan untuk mengeluarkan secret meningkat menjadi 80%, kemampuan batuk 70%, frekuensi nafas permenit 60%, hal ini berarti bahwa postural drainase dapat membantu dalam bersihan jalan nafas yaitu kemampuan untuk mengeluarkan secret.