

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA INFANT (47-48 HARI)  
DENGAN BRONKOPNEUMONIA DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN  
JALAN NAFAS NAFAS DI RUANG NUSA  
INDAH ATAS RSUD dr SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

Oleh

**YANUWAR ARDIANSYAH**

**AKX.15.101**



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

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Yanuwar Ardiansyah

NPM : AKX.15.101

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Infan (47-48 hari)  
Dengan Bronkopneumonian Dengan Masalah Keperawatan  
Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas 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/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali 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 diperguruan tinggi.

Bandung, 24 April 2018

Yang Membuat Pernyataan



Yanuwar Ardiansyah

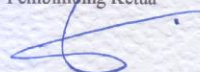
**LEMBAR PERSETUJUAN**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA INFANT (47-48 HARI)  
DENGAN BRONKOPNEUMONIA DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN  
JALAN NAFAS NAFAS DI RUANG NUSA  
INDAH ATAS RSUD dr SLAMET GARUT

YANUWAR ARDIANSYAH  
AKX.15.101

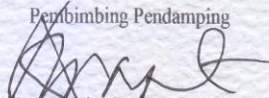
KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI TANGGAL  
TANGGAL, 24 APRIL 2018

Oleh  
Pembimbing Ketua



Hj. Djubaedah, Amk., S.Pd., MM  
NIK : 9904005196

Pembimbing Pendamping



Agus Miraj Darajat, 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 INFANT (47-48 HARI)  
DENGAN BRONKOPNEUMONIA DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN  
JALAN NAFAS NAFAS DI RUANG NUSA  
INDAH ATAS RSUD dr SLAMET GARUT

Oleh  
YANUWAR ARDIANSYAH  
AKX.15.101

Telah diuji  
Pada tanggal, 26 April 2018  
Panitia Penguji

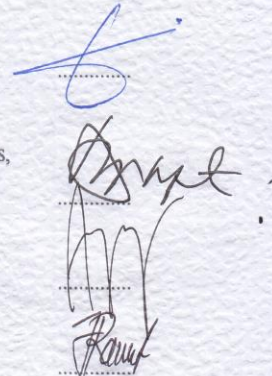
Ketua : Hj. Djubaedah, Amk.,S.Pd.,MM  
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Agus Mi'raj Darajat, S. Pd., S.Kep., Ners.,M.Kes,  
(Pembimbing Pendamping)

2. Angga Satria Pratama,S.Kep.,Ners, M.Kep  
(Penguji I)

3. Irfan Safarudin A, S.Kep.,Ners  
(Penguji II)



Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,

Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep

NIP : 10107064

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang maha esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Infant Usia(47-48 hari) Dengan Bronkopneumonian Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Nusa Indah Atas 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. Tuti,Suprapti, S.Kp.,M.Kep Selaku Ketua program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan Selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Hj. Djubaedah, Amk.,S.Pd.,MM selaku pembimbing satu yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Agus Mi'raj Darajat, S. Pd., S.Kep., Ners., M.Kes selaku pembimbing kedua yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Rina.,S.kep.,Ners selaku pembimbing praktik lapangan yang telah memberikan bimbingan,arahan, dan motivasi sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ini dengan baik selama praktek lapangan.
7. Seluruh Dosen dan Staff Program studi Diploma III Keperawatan Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan,arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Orang tua Tercinta H.Syamsul Hadi,S.Pd dan Hj.Sumarni, ketiga adik-adikku ( Yulfi Ardianti, Yulfa Ardianti, dan Sri Hadi Yanti ) yang telah memberikan semangat,motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materil,pengorbanan,kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Seluruh keluarga besar eyang Anwar, eyang Sa'adah yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materil serta do'a sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
10. Seluruh senior, teman-teman seperjuangan angkatan XI dan adik-adik tingkat yang telah memberikan motivasi dan do'a.

Semoga amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan Karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya tulis yang lebih baik.

Bandung,7 April 2018

Yanuwar Ardiansyah

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Bronkopneumonia merupakan salah satu penyakit yang menyerang saluran pernafasan dimana manifestasi ini bervariasi mulai dari batuk, pilek, disertai dengan panas. Pada anak dengan bronkopneumonia berat akan muncul manifestasi klinik sesak nafas yang hebat. Hal ini menyebabkan adanya ketidakefektifan bersihan jalan nafas. **Tujuan:** Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara Komprehensif dengan pendekatan proses keperawatan kepada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut. **Metode:** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan. **Hasil:** Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan pada masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan memberikan intervensi keperawatan fisioterapi dada *clupping*, masalah keperawatan pada klien 1 teratasi sebagian dan klien 2 teratasi. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien Bronkopneumonia, hal ini di pengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan secara komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien. **Saran:** Diharapkan bagi institusi pendidikan sebagai referensi dan bahan bacaan serta sebagai pembanding untuk melakukan penelitian khususnya pada kasus Bronkopneumonia. **Kata Kunci:** Bronkopneumonia, Asuhan Keperawatan, Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas, Clupping. **Daftar Pustaka:** 7 buku (2007-2016), 3 web, dan 2 jurnal (2011-2014).

## ABSTRACT

**Background:** *Bronchopneumonia is a disease that attacks the respiratory tract where these manifestations vary from coughs, colds, to heat. In children with severe bronchopneumonia there will be a great manifestation of shortness of breath. This causes the ineffectiveness of cleaning the airway.* **Objective:** *Able to carry out Comprehensive Nursing Care by approaching the nursing process to clients who experience Bronchopneumonia with nursing problems ineffectiveness of cleaning the airway in the room of Nusa Indah Atas Hospital Dr. Slamet Garut.* **Method:** *a case study that is to explore a problem / phenomenon with a detailed boundary, has in-depth data retrieval and includes various sources of information. This case study was conducted on two Bronchopneumonia clients with nursing problems.* **Results:** *After nursing care for nursing problems is ineffective in cleaning the airway by providing clupping chest physiotherapy nursing intervention, nursing problems in client 1 are partially resolved and client 2 resolved.* **Discussion:** *clients with nursing problems ineffectiveness of airway cleaning do not always have the same response in every Bronchopneumonia client, this is influenced by the condition or health status of the previous client. So*



*that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client. **Suggestion:** It is expected for educational institutions as references and reading material as well as a comparison for conducting research, especially in the case of Bronchopneumonia.*

**Keywords:** *Bronkhopneumonia, Nursing Care, Ineffectiveness of Airway Passage, Clupping.*

**Bibliography:** *7 books (2007-2016), 3 webs, and 2 journals (2011-2014).*

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan Karya Tulis.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Bagan .....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat .....	6
1. Manfaat Teoritis .....	6
2. Manfaat Praktis.....	6

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit .....	7
1. Anatomi dan Fisiologi Saluran Pernafasan .....	7
2. Definisi Penyakit .....	12
3. Manifestai Klinik .....	12
4. Etiologi .....	13
5. Patofisiologi .....	13
6. Pathway .....	15
7. Klasifikasi Bronkopneumonia .....	16
8. Pemeriksaan Diagnostik .....	17
9. Penatalaksanaan Medik .....	17
B. Konsep Tumbuh Kembang .....	18
1. Pertumbuhan .....	18
2. Perkembangan .....	18
3. Hospitalisasi pada Anak .....	20
C. Konsep Asuhan Keperawatan .....	21
1. Pengkajian .....	21
2. Analisa Data .....	30
3. Diagnosa Keperawatan .....	30
4. Intervensi Keperawatan dan Rasional .....	30
5. Penatalaksanaan .....	35
6. Evaluasi .....	35
D. Masalah Cluping .....	35

## BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian .....	37
B. Batasan Istilah .....	37
C. Partisipan .....	38
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	38
E. Pengumpulan Data .....	38
F. Uji Keabsahan Data .....	39
G. Analisa Data .....	39

H. Etik Penelitian .....	40
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil .....	42
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	42
2. Pengkajian .....	42
3. Analisa Data .....	49
4. Diagnosa Keperawatan .....	50
5. Perencanaan .....	51
6. Implementasi .....	53
7. Evaluasi .....	55
B. Pembahasan.....	55
1. Pengkajian .....	55
2. Diagnosa .....	56
3. Intervensi .....	57
4. Implementasi .....	59
5. Evaluasi .....	60
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	61
B. Saran.....	62

#### DAFTAR PUSTAKA

#### LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

### GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernafasan .....	7
--	---

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perkembangan Anak .....	19
Tabel 2.2 Riwayat Imunisasi.....	24
Tabel 2.3 Perencanaan 1 .....	31
Tabel 2.4 Perencanaan 2 .....	32
Tabel 2.5 Perencanaan 3 .....	33
Tabel 2.6 Perencanaan 4 .....	33
Tabel 2.7 Perencanaan 5 .....	34
Tabel 2.8 Perencanaan 6 .....	34
Tabel 4.1 Identitas .....	42
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	43
Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan dan Kelahiran .....	44
Tabel 4.4 Pola Aktivitas .....	44
Tabel 4.5 Riwayat Imunisasi.....	45
Tabel 4.6 Pertumbuhan dan Perkembangan.....	45
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik .....	46
Tabel 4.8 Data Psikologi.....	48
Tabel 4.9 Pemeriksaan Diagnostik.....	48
Tabel 4.10 Pengobatan.....	48
Tabel 4.11 Analisa Data.....	49
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan .....	50
Tabel 4.13 Perencanaan .....	51
Tabel 4.14 Implementasi.....	53
Tabel 4.15 Evaluasi.....	55

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perkembangan Anak .....	19
Tabel 2.2 Riwayat Imunisasi.....	24
Tabel 2.3 Perencanaan 1 .....	31
Tabel 2.4 Perencanaan 2 .....	32
Tabel 2.5 Perencanaan 3 .....	33
Tabel 2.6 Perencanaan 4 .....	33
Tabel 2.7 Perencanaan 5 .....	34
Tabel 2.8 Perencanaan 6 .....	34
Tabel 4.1 Identitas .....	42
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	43
Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan dan Kelahiran .....	44
Tabel 4.4 Pola Aktivitas .....	44
Tabel 4.5 Riwayat Imunisasi.....	45
Tabel 4.6 Pertumbuhan dan Perkembangan.....	45
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik .....	46
Tabel 4.8 Data Psikologi.....	48
Tabel 4.9 Pemeriksaan Diagnostik.....	48
Tabel 4.10 Pengobatan.....	48
Tabel 4.11 Analisa Data.....	49
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan .....	50
Tabel 4.13 Perencanaan .....	51
Tabel 4.14 Implementasi.....	53
Tabel 4.15 Evaluasi.....	55

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Patofisiologi Bronkopneumonia



## DAFTAR SINGKATAN

NGT	: Nasogatric Tube
ROM	: Range Of Motion
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
IV	: Intravena
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
LK	: Lingkar Kepala
LD	: Lingkar Dada
LA	: Lingkar Abdomen
LILA	: Lingkar Lengan Atas

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Anak merupakan masa dimana organ-organ tubuhnya belum berfungsi belum berfungsi secara optimal sehingga anak lebih rentan terhadap penyakit. Salah satu penyakit yang sering menyerang anak adalah bronkopneumonia. Bronkopneumonia merupakan salah satu penyakit yang menyerang saluran pernafasan dimana manifestasi ini bervariasi mulai dari batuk, pilek, disertai dengan panas. Pada anak dengan bronkopneumonia berat akan muncul manifestasi klinik sesak nafas yang hebat.

World Health Organisation ( WHO ) pada tahun 2016 menyatakan Brokopneumonia adalah penyebab kematian terbesar pada anak-anak di seluruh dunia. Pneumonia menewaskan 920136 anak-anak di bawah usia 5 tahun pada tahun 2015. Di Asia Selatan dan Afrika sub Sahara terjadi 16% kasus bronkopneumonia.

Di Indonesia, Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) selalu menempati urutan pertama penyebab kematian pada kelompok bayi dan balita. Berdasarkan prevalensi ISPA tahun 2016 di Indonesia telah mencapai 25% dengan rentang kejadian yaitu sekitar 17,5 % - 41,4 % dengan 16 provinsi diantaranya mempunyai prevalensi di atas angka nasional. Selain itu ISPA juga sering berada pada daftar 10 penyakit terbanyak di rumah sakit. Survei mortalitas yang dilakukan oleh Subdit ISPA tahun 2016 menempatkan ISPA sebagai penyebab

kematian bayi terbesar di Indonesia dengan persentase 32,10% dari seluruh kematian balita (WHO, 2016).

Hasil survey mortalitas sub bidang ISPA tahun 2006 menunjukkan bahwa salah satu penyakit ISPA yaitu pneumonia adalah penyebab terbesar kasus kematian pada anak. Menurut WHO terdapat sekitar 156 juta pertahun kasus baru pneumonia anak diseluruh dunia, 61 juta kasus yang terjadi di region Asia Tenggara, dan diperkirakan sekitar 3,1 juta pertahun kasus kematian anak dibawah umur 5 tahun dalam populasi region negara – negara Asia Tenggara , 19% diantaranya diakibatkan oleh pneumonia (WHO, 2016).

Pneumonia diklasifikasikan berdasarkan pediksi infeksi dibagi menjadi : pertama, Pneumonia Lobaris mengenal satu lobus atau lebih, disebabkan karena obstruksi bronkus, misalnya aspirasi benda asing, proses keganasan, kedua, Bronkopneumonia, adanya bercak – bercak infiltrat pada paru disebabkan oleh virus atau bakteri. Adapun Bronkopneumonia adalah suatu peradangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui saluran pernafasan atau melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus. (Riyadi, 2013).

Tanda dan gejala Bronkopneumonia pada anak adalah sebagai berikut : biasanya didahului infeksi traktus respiratoris atas, demam (39-40oC) kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi, anak sangat gelisah dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk, pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut, kadang-kadang disertai muntah dan diare, adanya bunyi

tambahan pernapasan seperti ronchi dan wheezing, rasa lelah akibat reaksi peradangan hipoksia apabila infeksiya serius, ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mukus yang menyebabkan atelektasis absorpsi (Wijayaningsih,2013)

Berdasarkan data dari Riskesdas 2013 penyebab bronkopneumonia sulit ditemukan dan memerlukan waktu beberapa hari untuk mendapatkan hasilnya, sedangkan Bronkopneumonia dapat menyebabkan kematian bila tidak segera diobati. Di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskedas) tahun 2013, Bronkopneumonia merupakan penyebab kematian kedua tertinggi setelah diare, yaitu penyebab kematian diare sebanyak 25,2% sedangkan Bronkopneumonia sebanyak 15,5%. Adapun angka kesakitan (Morbiditas) Bronkopneumonia pada bayi: 2,2%, balita: 3%, angka kematian (Mortalitas) pada bayi 23,8% dan balita 15,5%. Secara teoritis diperkirakan bahwa 10% dari penderita bronkopneumonia akan meninggal bila tidak diberi pengobatan. Bila hal ini benar maka diperkirakan tanpa pemberian pengobatan akan didapat 250.000 kematian anak akibat Bronkopneumonia setiap tahunnya.

Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016), persentase dan penanganan jumlah penderita Pneumonia atau Bronkopneumonia di Jawa Barat pada balita tahun 2016 berada pada peringkat pertama seIndonesia sebesar 103,32% dengan jumlah 169,791 jiwa, Jumlah angka kejadian tersebut melebihi dari jumlah target penemuan yaitu sebesar 164,343 jiwa.

Data yang diperoleh dari bagian rekam medik RSUD dr Slamet Garut periode Januari –Desember 2017. Thalasemia dengan jumlah pasien sebanyak 1.828 orang (14%), Congestive Heart Failure dengan jumlah pasien sebanyak 1772

orang (13,6%), Aspiksia dengan jumlah pasien sebanyak 1.691 orang (12,9%), bronkopneumonia (BHP) dengan jumlah pasien sebanyak 1.317 orang (10,1%), Diare dengan jumlah pasien 1.313 orang (10%), Stroke Infar dengan jumlah pasien sebanyak 1.128 orang (8,6%), TB paru dengan jumlah pasien sebanyak 1.114 orang (8,5%), Typoid 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%).

Dengan data-data rekam medik diatas, penyakit Bronkopneumonia di RSUD dr Slamet Garut menempati peringkat ke-4 dalam waktu 1 tahun terakhir dengan jumlah kasus 1.317 orang (10,1%).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil Karya Tulis Ilmiah berupa studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Infant (47-48 Hari) dengan Bronkopneumonia dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Diruang Nusa Indah Atas RSU dr Slamet Garut”**.

## **B. Rumusan Masalah**

“Bagaimana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut ” ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara Komprehensif dengan pendekatan proses keperawatan kepada klien yang mengalami

Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut.

## **2. Tujuan Khusus**

Penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi:

- a) Melakukan Pengkajian Keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut.
- b) Menetapkan Diagnosa Keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut.
- c) Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut.
- d) Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut.
- e) Melaksanakan evaluasi hasil Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan

ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut.

#### **D. Manfaat**

Dari hasil laporan kasus ini penulis berharap dapat memberikan manfaat :

##### 1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola Nafas.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a) Bagi Profesi Perawat

Sebagai panduan perawat dalam pengelolaan kasus Bronchopneumoni secara tepat.

###### b) Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi bagi perawat yang ada di RSUD dr Slamet Garut dalam upaya meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD dr Slamet Garut.

###### c) Bagi Institusi Pendidikan

Untuk STIKes Bhakti Kencana, studi kasus ini dapat sebagai sumber literatur bagi yang akan menyusun karya ilmiah.

###### d) Bagi Klien

Mendapat pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan keperawatan.

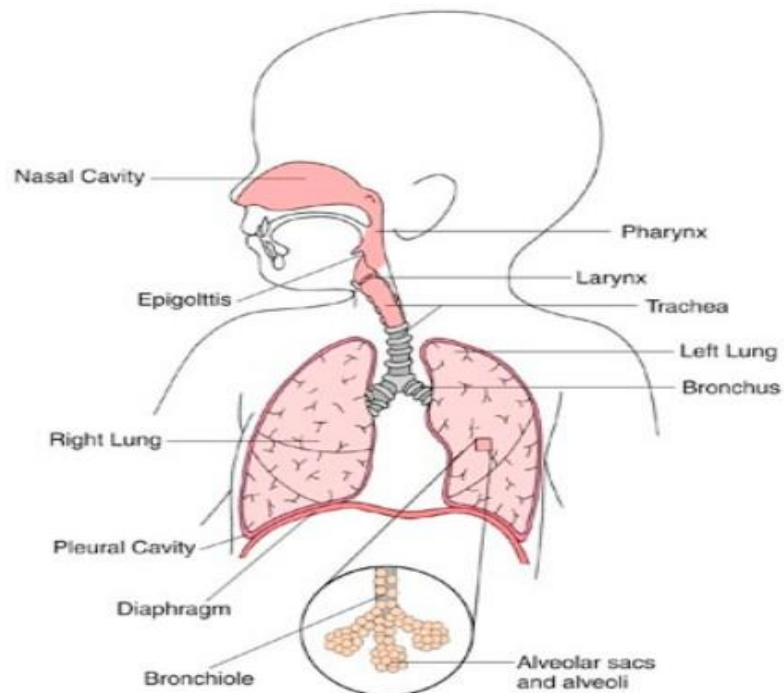
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Penyakit

##### 1. Anatomi dan Fisiologi Saluran Pernafasan

##### a) Anatomi Saluran Pernafasan



Gambar 2.1

Anatomi sistem pernafasan (Setiadi,2007)

##### (1) Rongga Hidung

Nares Interior adalah saluran-saluran didalam lubang hidung. Saluran-saluran ini bermuara kedalam bagian yang dikenal sebagai vestibulum hidup. Rongga hidung dilapisi selaput lendir yang sangat kaya akan pembuluh darah, dan bersambung dengan lapisan farink dan selaput lendir.



Rongga hidung sendiri berfungsi sebagai :

- i. Bekerja sebagai saluran udara pernafasan
  - ii. Sebagai penyaring udara pernafasan yang dilakukan oleh bulu-bulu hidung
  - iii. Dapat menghangatkan udara pernafasan oleh mukosa
  - iv. Membunuh kuman-kuman yang masuk, bersama-sama udara pernafasan oleh leukosit yang terdapat dalam selaput lendir atau hidung
- (Setiadi, 2007)

## (2) Faring

Faring adalah pipa berotot yang berjalan dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan oesofagus pada ketinggian tulang rawan krikoid. Bila terjadi radang disebut pharyngitis. Faring terdiri dari 3 bagian, yaitu

### (a) Nasofaring

Adalah bagian posterior rongga nasal yang membuka ke arah rongga nasal melalui dua naris internal (koana) yaitu

- i. Dua tuba eustachius (auditorik) yang menghubungkan nasofaring dengan telinga tengah. Tuba ini berfungsi untuk menyamakan tekanan udara pada kedua sisi kendang telinga
- ii. Amandel (adenoid) faring adalah penumpukan jaringan limfatik yang terletak didekat naris internal. Pembesaran pada Adenoid dapat menghambat aliran darah

## (b) Orofaring

Dipisahkan dari nasoparing oleh palatum lunak mucular, suatu perpanjangan palatum kertas tulang

- i. Uvula (anggur kecil) adalah prosesus kerucut (conical) kecil yang menjulur ke bawah dari bagian tengah tepi bawah palatum lunak.
- ii. Amandel palatinum terletak pada kedua sisi orofaring posterior

## (c) Laringofaring

Mengelilingi mulut esophagus dan laring, yang merupakan gerbang untuk sistem respiratorik selanjutnya.

## (3) Laring

Laring berperan untuk pembentukan suara dan untuk melindungi jalan nafas terhadap masuknya makanan dan cairan. Di bagian laring terdapat beberapa organ yaitu :

- (a) Epiglotis merupakan katup tulang rawan untuk menutup laring sewaktu orang menelan. Bila waktu makan kita berbicara (epiglotis terbuka), makanan bisa masuk ke laring (keselek) dan terbatuk-batuk. Jika masuk ke laring maka akan batuk dan dibantu bulu-bulu getar silia untuk menyaring debu, kotoran-kotoran.
- (b) Pita Suara, terdapat dua pita suara yang dapat ditegangkan dan dikendurkan, sehingga lebar sela-sela antara pita-pita tersebut berubah-ubah sewaktu bernafas pita suara sedikit terpisah sehingga udara dapat keluar masuk.

#### (4) Trakea

Trakea merupakan lanjutan laring yang dibentuk oleh 16-20 cincin kartilago yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti C. Trakea dilapisi oleh selaput lendir yang terdiri atas epitelium bersilia dan sel cangkir.

#### (5) Percabangan Bronkus

Bronkus, merupakan percabangan trakea. Setiap bronkus primer bercabang 9-12 kali untuk membentuk bronki primer dan tersier dengan diameter yang semakin kecil. Struktur mendasari dari paru-paru adalah bronki, bronkiolus, bronkiolus terminalis, bronkiolus respiratorik, duktus alveolar, dan alveoli. Dibagian bronkus masih disebut pernafasan extrapulmonar dan sampai memasuki paru-paru disebut intrapulmonar.

#### (6) Paru-Paru (bronkiolus, alveolus)

Paru-paru berada dalam rongga torak, yang terkandung dalam susunan tulang-tulang iga dan letaknya disisi kiri dan kanan mediastinum yaitu struktur blok padat yang berada dibelakang tulang dada. Paru-paru menutupi jantung, arteri dan vena besar, esofagus dan trakea. Paru-paru berbentuk seperti spons dan berisi udara dengan pembagian ruang yaitu paru kanan, memiliki tiga lobus dan paru kiri dua lobus.

**b) Fisiologi Saluran Pernafasan**

Bentuk dari pernafasan secara garis besar dibagi 2 bagian yaitu

- (1) Proses pernafasan pulmonal atau paru-paru (internal)
  - (a) Ventilasi pulmonar atau gerak pernafasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar, apabila ventilasi kurang baik maka pernafasan tidak baik atau terganggu.
  - (b) Jumlah udara yang mencapai alveoli pada volume pernafasan semenit 6 liter adalah 500 minus 150 ml kali 12 pernafasan/menit.
  - (c) Pernafasan yang cepat dan dangkal mengakibatkan ventilasi yang lebih sedikit dari pada pernafasan lambat dan dalam pada volume pernafasan semenit yang sama. Semua proses ini diatur sehingga darah dari paru-paru menerima jumlah tepat CO
- (2) Pernafasan jaringan (internal)
  - (a) Ikatan O<sub>2</sub>+Hb dari jantung di pompa keseluruh tubuh. Tiap sel mengambil O<sub>2</sub> untuk proses metabolisme dan darah menerima hasil buangan CO<sub>2</sub> dari jantung dan paru keluar.
  - (b) Darah merah (Hemoglobin) yang banyak mengandung oksigen dari seluruh tubuh masuk kedalam jaringan akhirnya mencapai kapiler, darah mengeluarkan O<sub>2</sub> kedalam jaringan akhirnya mencapai kapiler, darah mengeluarkan O<sub>2</sub> kedalam jaringan, mengambil CO<sub>2</sub> untuk dibawa ke paru-paru dan di paru-paru terjadi pernafasan eksterna (Kertika Sari, 2013).

## 2. Definisi Penyakit

Bronchopneumonia adalah radang pada paru-paru yang mempunyai penyebaran berbercak, teratur dalam satu area atau lebih yang berlokasi di dalam bronkus dan meluas ke parenkim paru. Bronchopneumonia disebut juga pneumoni lobularis, yaitu radang paru-paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing (Wijayaningsih, 2013)

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan, bronchopneumonia adalah radang paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru-paru yang ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrat yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan jamur.

## 3. Manifestasi klinik

- a) Demam ( $39^{\circ}$ - $40^{\circ}$ ) kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi
- b) Anak sangat gelisah, dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernafas dan batuk
- c) Pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut.
- d) Kadang-kadang disertai muntah dan diare
- e) Adanya bunyi tambahan pernafasan seperti ronchi, wheezing
- f) Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia apabila infeksiya serius
- g) Ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mokus yang menyebabkan atelektasis absorpsi (Kartika Sari, 2013)

#### 4. Etiologi

Pada umumnya tubuh terserang bronchopneumonia karena disebabkan oleh penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen (Wijayaningsih, 2013). Penyebab bronchopneumonia yang biasa ditemukan adalah :

##### a) Bakteri

Diplococcus pneumonia, Pneumococcus, Stretococcus Hemoliticus Aureus, Haemophilus influenza, Basilus Friendlander (Klebsin Pneumoni), Mycobacterium tuberculosis.

##### b) Virus

Respiratory syntical virus, virus influenza, virus sitomegalik

##### c) Jamur

Infeksi yang disebabkan jamur seperti Ciptococcus Nepromas, Blastomices Dermatides, Aspergillus Sp, Candinda Albnicans, Mycoplasma Pneumonia.

#### 5. Patofisiologi

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab Bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi deama, batuk prduktif, ronchi positif dan mual (Kartika Sari, 2013).

Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatau peradangan yang meliputi 4 staidum, yaitu :

a) Stadium I (4-12 jam pertama/kongesti)

Disebut hiperemia, mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan aliran dan permeabilitas kapiler ditempat infeksi. Hiperemia ini terjadi akibat pelepasan mediator-mediator peradangan dari sel-sel mast setelah pengaktifan sel imun dan cedera jaringan. Mediator-mediator tersebut mencakup histamin dan prostaglandin. Degranulasi sel mast juga mengaktifkan jalur komplemen. Komplemen bekerja sama dengan histamin dan prostaglandin untuk melepaskan otot polos vaskuler paru dan peningkatan permeabilitas kapiler paru.

b) Stadium II/hepatisasi (48 jam berikutnya)

Disebut hepatisasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu sebagai bagian dari reaksi peradangan.

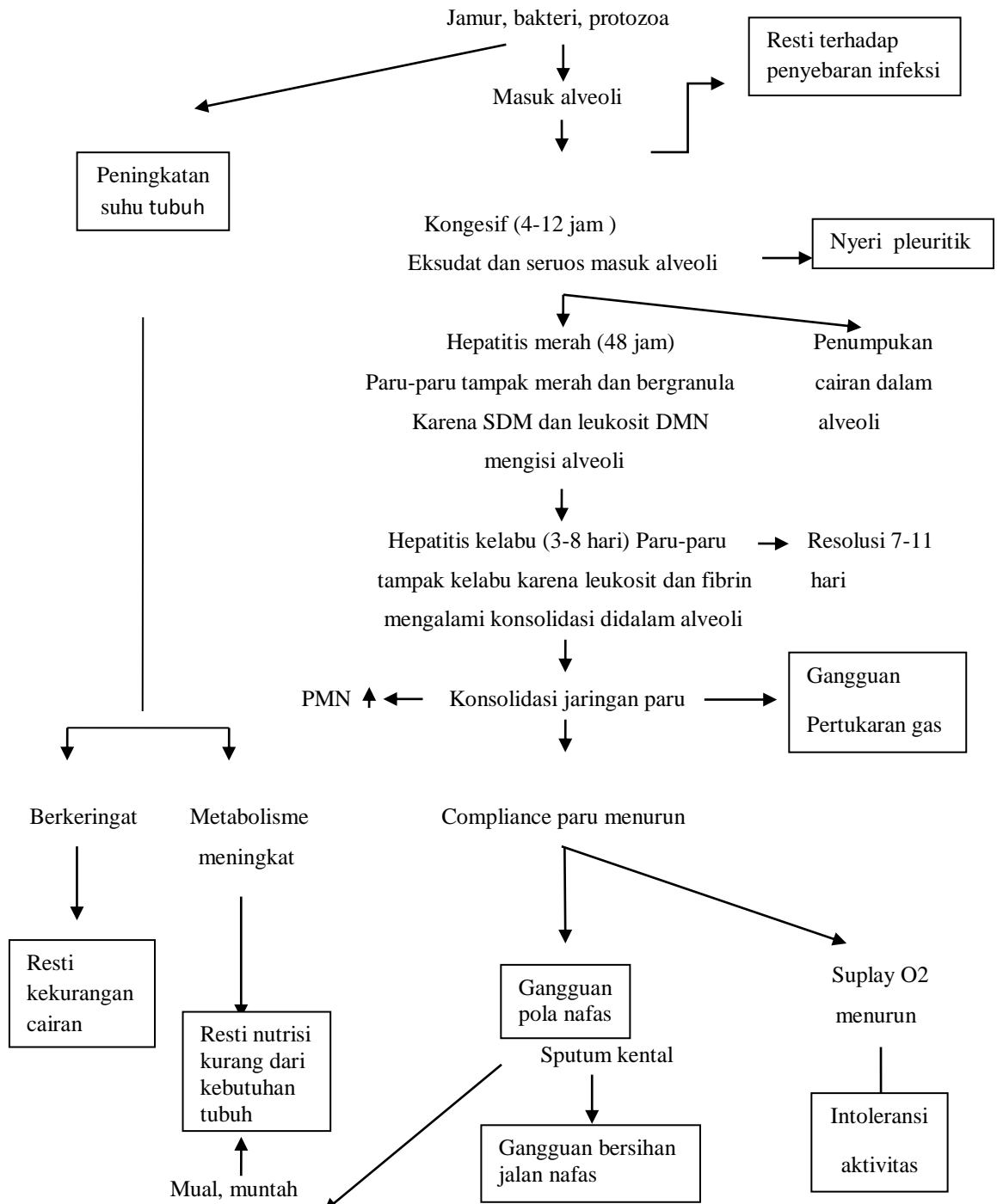
c) Stadium III/hepatisasi kelabu (3-8 hari)

Disebut hipatisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada stadium ini eritrosit dialveoli mulai diresorpsi, lobus masih tetap padat karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti

d) Stadium IV/resolusi (7-11 hari)

Disebut juga stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda.

6. Pathway



Bagan 2.1

Patofisiologi Bronchopneumonia

Sumber : Padila 2013



## 7. Klasifikasi Bronkopneumonia

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 gangguan respirasi yang meningkat lambat dengan gambaran infiltrat paru bilateral yang difus.
- c) Pneumonia aspirai, sering pada bayi dan anak.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan kuman penyebab adalah sebagai berikut :

- a) Pneumonia bakterialis/topikal, dapat terjadi pada semua usia
- b) Pneumonia atipikal, sering mengenai anak dan dewasa muda dan disebabkan oleh mycoplasma dan Clamidia.
- c) Pneumonia karena virus, sering pada bayidan anak.
- d) Pneumonia karena jamur, sering disertai infeksi sekunder terutama pada orang dengan daya tahan lemah dan pengobatan lebih sulit. (Riyadi, 2013)

Klasifikasi pneumonia berdasarkan prediksi infeksi sebagai berikut :

- a) Pneumonia lobaris mengenal salah satu lobus atau lebih, disebabkan karena obstruksi bronkus, misalnya aspirasi benda asing, proses keganasan.
- b) Bronkopneumonia, adanya bercak-bercak infiltrat pada paru dan disebabkan oleh virus atau bakteri (Riyadi, 2013).

## 8. Pemeriksaan diagnostik

- a) Pemeriksaan radiologi yaitu foto thoraks.
- b) Pemeriksaan laboratorium didapati lekositosit antara 15000 sampai 40000/mm<sup>3</sup>
- c) Pemeriksaan AGD (Analisa Gas Darah) untuk mengetahui status kardiopulmoner yang berhubungan dengan oksigen.
- d) Pemeriksaan gram/kultur sputum dan darah, diambildengan biopsi jarum, untuk mengetahui mikroorgnisme penyebab dan obat cocok untuk menanganinya (Wijayaningsih, 2013).

## 9. Penatalaksanaan Medik

- a) Bronkopneumonia ringan
  - (1) Rawat jalan
  - (2) Pemberian antibiotik sulfametoksazol (4mg/kg BB), amoksilin 25mg/kgBB,
- b) Pnemonia berat
  - (1) Oksigen untuk mempertahankan saturasi >92%, dipantau setiap 4 jam. Pada anak yang stabil dapat dilakukan uji coba tanpa menggunakan oksigen setiap hari. Bila saturasi teteap stabil. Pemberian oksigen dapat dihentikan.
  - (2) Bila asupan peroral peroral berkurangm, dapat diberikan cairan intravena dan dilakukan balance cairan
  - (3) Pada stress pernafasan berat pemberian makanan peroral harus dihindari, dapat diganti dengan NGT.

## **B. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Anak**

### **1. Pertumbuhan**

Perubahan dalam pertumbuhan diawali dengan perubahan berat badan pada usia ini, bila gizi anak baik maka perkiraan berat badan akan mencapai 700-1000 gram/bulan sedangkan pertumbuhan tinggi badan agak stabil tidak mengalami kecepatan dalam pertumbuhan tinggi badan (Wulandari, 2015).

Pertumbuhan pada masa anak mengalami perbedaan yang bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia. Kematangan pertumbuhan tubuh pada bagian kepala berlangsung lebih dahulu, berangsur-angsur diikuti tumbuh bagian bawah. Pada masa kehamilan dua bulan, pertumbuhan kepala lebih cepat daripada masa setelah lahir yaitu mencapai 50% dari total panjang badan. Selanjutnya pertumbuhan bagian bawah akan bertambah secara teratur (Wijayaningsih, 2013).

### **2. Perkembangan**

Aspek perkembangan ini sifatnya kualitatif, yaitu penambahan kematangan fungsi dari masing-masing tubuh, yang diawali dengan jantung bisa berdenyut memompa darah, kemampuan bernafas sampai anak mempunyai kemampuan tengkurap, duduk, berjalan, bicara, memungut benda-benda disekelilingnya, serta kematangan emosi dan sosial anak (Wijayaningsih, 2013).

Menilai perkembangan anak dapat menggunakan DDST ( *Denver Development Screening Test*).

Tabel 2.1

## Perkembangan anak menggunakan DDST

Usia	Gerakan kasar	Gerakan halus	Pengamatan	Bicara	Sosialisasi
1	2	3	4	5	6
0-4 bulan	Mampu menumpu dengan kedua lengan dan berusaha mengangkat kepala	Mampu bermain dengan kedua tangan dan kaki	Anak mampu mengamati mainan	Mampu mendengar suara kertas diremas dan bermain bibir sambil mengeluarkan air liur	Mampu tersenyum pada ibunya
8 bulan	Mampu duduk sendiri dan mengambil posisi onggong-ongkong	Mampu menggenggam balok mainan dengan seluruh permukaan tangan	Mampu memperhatikan dan mencari mainan yang jatuh	Mampu mengeluarkan suara Ma...ma... ta... ta... da...da...	Mampu bermain ciluk... baaaa
12 bulan	Mampu berdiri sendiri dan berjalan dengan berpegangan	Mampu mengambil benda kecil dengan ujung ibu jari dan telunjuk	Dapat menunjukkan roda mobil-mobilan (anak laki-laki) dan menunjukkan boneka (anak perempuan)	Mampu mengucap satu kata atau lebih dan tahu artinya	Mampu memberikan mainan pada ibu atau bapak
18 bulan	Mampu berlari tanpa jatuh	Mampu menyusun tiga balok mainan	Mampu menutup gelas	Mampu mengucapkan 10 kata atau lebih dan tahu artinya	Mampu menyebutkan namanya bila ditanya
24 bulan	Mampu melompat dengan dua kaki sekaligus	Mampu membuka botol dengan memutar tutupnya	Dapat menyebutkan 6 bagian tubuh	Mampu menjawab dengan kalimat dua kata	Mampu meniru kegiatan orang dewasa
36 bulan	Mampu turun tangga dengan kaki bergantian tanpa berpegangan	Mampu meniru garis tegak, garis datar dan lingkaran	Mampu memberi nama warna	Mampu bertanya dengan menggunakan kata apa, siapa, dimana?	Mampu bermain bersama teman
48 bulan	Mampu melompat dengan satu kaki di tempat	Mampu memegang pensil dengan ujung jari	Mampu menghitung balok mainan dengan cara menunjuk	Mampu menggunakan kalimat lengkap	Mampu bermain dengan teman satu permainan
60 bulan	Mampu melompat dengan satu kaki kea rah depan	Mampu meniru tanda titik dan kotak	Mampu menggambar orang	Mampu bercerita dan bermakna	Mampu bermain bersama teman dan mengikuti urutan permainan

### 3. Hospitalisasi Pada Anak

Anak membutuhkan perawatan yang kompeten untuk meminimalisasi efek negatif dari hospitalisasi dan mengembangkan efek yang positif. Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal dirumah 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. Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasanya aman. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak prasekolah adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis walaupun perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan (Wijayaningsih, 2013).

#### a) Stresor Umum pada Hospitalisasi

- (1) Rasa takut, berusaha memahami tentang penyebab penyakit, rasa takut ditunjukkan dengan ekspresi verbal dan non verbal.
- (2) Ansietas, paham alasan dipisahkan tetapi masih butuh keberadaan orangtua dan lebih peduli terhadap rutinitas sekolah dan teman-teman.
- (3) Tidak berdaya, anak marah dan frustrasi, lama imobilisasi dihubungkan dengan menarik diri, bosan, perasaan antipati. Anak

sensitif terhadap kehilangan kontrol emosi dengan menunjukkan sikap menangis karena malu yang berlebihan akibat pengobatan.

(4) Gangguan citra diri, anak sensitif terhadap perubahan tubuh, dapat mengalihkan rasa nyeri dengan mengalihkan perhatian.

b) Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Hospitalisasi pada Anak

(1) Berpisah dengan orangtua dan sparing

(2) Fantasi – fantasi, tentang kegelapan, monster, pembunuhan, dan binatang buas diawali dengan yang asing

(3) Gangguan kontak sosial jika pengunjung tidak diizinkan

(4) Nyeri dan komplikasi akibat pembedahan atau penyakit

(5) Prosedur yang menyakitkan dan takut akan cacat dan kematian.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

a) Identitas diri

Identitas klien yang meliputi : nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, alamat, suku bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, nomor medical record, diagnosa medis, nama ayah, nama ibu, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pekerjaan ayah, dan pekerjaan ibu.

b) Riwayat Kesehatan

- (1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit
- (2) Kronologis yang menggambarkan perilaku klien atau keluarga dalam mencari pertolongan.
- (3) Keluhan utama
- (4) Keluhan yang paling dirasakan oleh klien berkenaan dengan bronchopneumonia.
- (5) Riwayat kesehatan sekarang
- (6) Riwayat kesehatan sekarang merupakan penjabaran dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST yang meliputi :

P : Provokatif atau paliatif atau penyebab keluhan utama.

Q : Kualitas atau kuantitas. Bagaimana yang dirasakan pada klien.

R : Regional/area radiasi. Dimana keluhan yang dirasakan, apakah menyebar atau tidak.

S : Severity/skala keparahan, yaitu bagaimana intensitasnya jika menggunakan skala 1-10 dan bagaimana pengaruh terhadap aktivitas.

T : Time ( waktu ), yaitu kapan keluhan mulai terjadi, berapa lama terjadinya, bertahap atau tiba-tiba.

- (1) Riwayat kesehatan dahulu

Menceritakan tentang penyakit yang pernah diderita klien dan pernah dirawat sebelumnya dan obat-obatan yang pernah klien gunakan, ada tidaknya alergi terhadap makanan, udara atau obat.

(2) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan pada keluarga ada tidaknya anggota keluarga yang pernah sakit seperti yang pernah diderita oleh klien. Selain itu perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit menular atau penyakit keturunan seperti Hipertensi, DM, dan Asma.

(3) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Riwayat kehamilan diisi hanya untuk klien hamil, bersalin, nifas. Meliputi data urutan kehamilan, pemeriksaan kehamilan dan imunisasi, keluhan selama kehamilan, proses persalinan, keluhan masa nifas, keadaan bayi, dan berat badan bayi.

Riwayat persalinan atau kelahiran meliputi prenatal, natal dan postnatal untuk menggali keadaan balita sewaktu ia berada dalam kandungan ibunya, proses persalinan, dan keadaan selama periode postnatal.

(4) Pola Aktivitas

1) Pola nutrisi

Pola nutrisi yang dikaji yaitu frekuensi makan, BB klien pada waktu dikaji, frekuensi minum setiap hari, jumlah dan jenis minuman.

2) Pola eliminasi

Pola eliminasi yang dikaji frekuensi BAB dan BAK, konsistensi dan warna serta keluhan yang dirasakan saat BAB dan BAK.



### 3) Pola istirahat dan tidur

Pola istirahat tidur yang dikaji yaitu, waktu tidur, lamanya tidur dalam sehari, dan kebiasaan perilaku anak sebelum tidur.

### 4) Pola aktivitas dan bermain

Aktivitas bermain anak dengan bronchopneumonia akan terganggu yaitu aktivitas anak hanya terbatas ditempat tidurnya. Hal ini disebabkan karena sesak dan nyeri dada yang dirasakan serta karena program terapi.

### 5) Pola personal hygiene

Pola personal hygiene yang dikaji adalah frekuensi mandi, menggosok gigi dalam sehari, keramas serta menggunting kuku selama seminggu.

### 6) Riwayat Imunisasi

Tabel 2.2

#### Riwayat Imunisasi

No	Vaksin	Keterangan pemberian
1	Hepatitis B	Hepatitis B diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 3-6 bulan
2	Polio	Polio diberikan pada saat kunjungan pertama. Untuk bayi baru lahir di rumah bersalin atau di rumah sakit diberikan pada saat bayi pulang untuk menghindari transmisi virus kepada bayi lain
3	BCG (Bacilus Calmet Guirtnet)	Diberikan sejak lahir.
4	DPT (difteri pertusis tetanus)	Diberikan pada umur > 6 minggu, dan diberikan kembali pada umur 18 bulan, 5 tahun dan 12 tahun

Sumber : [bidanku.com/jadwal-pemberian-imunisasi-bayi](http://bidanku.com/jadwal-pemberian-imunisasi-bayi)

## 7) Pemeriksaan fisik

### (1) Status kesehatan umum

Perlu dikaji tentang kesadaran klien, kecemasan, gelisah, kelemahan yang nampak pada klien.

Pada klien dengan bronchopneumonia ditemukan klien tampak keletihan, malaise.

### (2) Antropometri

Dikaji BB sebelum dan sesudah sakit, tinggi badan. Pada bayi dan anak dikaji, BB sebelum dan sesudah sakit, panjang badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas, lingkar dada.

Pada klien dengan bronchopneumonia ditemukan terdapat penurunan berat badan.

### (3) Kepala

Dikaji ukuran lingkar kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut. Dikaji adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut. Pada bayi dikaji sutura kepala.

Pada klien dengan bronchopneumonia tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan di bagian kepala

### (4) Wajah

Dikaji warna kulit, pigmentasi, bentuk, dan kesimetrisan.

Dikaji adakah nyeri tekan dahi, dan edema, pipi, dan rahang

Pada klien dengan bronchopneumonia tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan di bagian wajah

(5) Mata

Dikaji bentuk, kesimetrisan, alis mata, bulu mata, kelopak mata, kesimetrisan, bola mata, warna konjunktiva dan sclera (anemis/ikterik), penggunaan kacamata / lensa kontak, dan respon terhadap cahaya. Pada anak dan bayi dikaji adakah kelainan seperti doll eyes.

Pada klien dengan bronchopneumonia terdapat konjunktiva anemis.

(6) Telinga

Dikaji bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen/tanda-tanda infeksi), pemakaian alat bantu dengar. Dikaji adakah nyeri tekan pada aurikuler, mastoid, dan tragus. Pada bayi dikaji reflek moro dengan diberikan rangsang suara/ gerakan yang mengejutkan.

Pada klien dengan bronchopneumonia tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan di bagian telinga

(7) Hidung dan Sinus

Dikaji hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung (lesi, sekret, sumbatan, pendarahan). Dikaji adakah nafas cuping hidung. dikaji hidung internal

(kemerahan, lesi, tanda2 infeksi). Dikaji pada bagian frontalis dan, maksilaris adakah bengkak dan nyeri tekan.

Pada klien dengan bronchopneumonia didapat adanya nafas cuping hidung dan adanya sianosis disekitar hidung dan mulut.

#### (8) Mulut dan Bibir

Dikaji warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi, dan stomatitis. Dikaji kelengkapan gigi, penggunaan gigi palsu, perdarahan/ radang gusi, kesimetrisan, warna, posisi lidah, dan keadaan langit langit.

Pada klien dengan bronchopneumonia didapat adanya sianosis disekitar hidung dan mulut adanya sianosis disekitar hidung dan mulut. Pada bayi dikaji reflek rooting, sucking, dan swallowing. Dikaji adakah kelainan Labio/palatoschichis

#### (9) Leher

Dikaji warna, bentuk leher. dikaji bagian kelenjer tiroid (nodus/difus, pembesaran, batas, konsistensi, nyeri, gerakan/perlengketan pada kulit), kelenjer limfe (letak, konsistensi, nyeri, pembesaran), kelenjer parotis (letak, terlihat/ teraba). Pada bayi dikaji adakah reflek tonic neck. Pada klien dengan bronchopneumonia tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan di bagian leher.

#### (10) Dada

Dikaji kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan

upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/ penonjolan. Dikaji pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractive fremitus. Dikaji suara nafas, trachea, bronchus, dan paru menggunakan stethoscope. Dikaji bunyi jantung, adakah bunyi tambahan.

Pada klien dengan bronchopneumonia ditemukan adanya nafas dangkal dan cepat serta terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan. Pada saat diauskultasi mungkin hanya terdengar ronchi basah nyaring halus dan sedang.

#### (11) Abdomen

Dikaji kesimetrisan, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut.

Dikaji suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaca (bagian bell).

Dikaji dengan teknik perkusi pada semua kuadran : mulai dari kuadran kanan atas bergerak searah jarum jam, perhatikan jika klien merasa nyeri dan bagaiman kualitas bunyinya.

Dipalpasi semua kuadran (hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): massa, karakteristik organ, adanya asistes, nyeri irregular, lokasi, dan nyeri.dengan cara perawat menghangatkan tangan terlebih dahul. Pada bayi dikaji kebersihan tali pusat.

Pada klien dengan bronchopneumonia ditemukan adanya diare yang membuat peristaltik usus meningkat.

#### (12) Ekstermitas

##### Ekstermitas Atas

Dikaji kesimetrisan dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot. Dikaji denyutan a.brachialis dan a. radialis

Dikaji reflex : tendon trisep, bisep, dan brachioradialis.

Pada bayi/anak dikaji adakah kelainan pada jari seperti polidaktili. Pada bayi dikaji reflek palmar(menggenggam)

Pada klien dengan bronchopneumonia tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan di bagian ekstremitas atas

##### Ekstremitas Bawah

Dikaji kesimetrisan dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot.

Dikaji reflex : tendon patella dan archilles

Pada bayi dikaji reflek babinski.

Pada klien dengan bronchopneumonia tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan di bagian ekstremitas bawah

#### (13) Genitalia

Dikaji mukosa kulit, integritas kulit, contour simetris, edema, pengeluaran, nyeri tekan dan pembengkakan.

Pada bayi/anak dikaji adakah kelainan pada bagian genitalia seperti hidrokul.Pada klien dengan bronchopneumonia tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan di bagian genitalia

## 2. Analisa Data

Analisa data adalah menghubungkan data yang diperoleh dengan konsep teori, prinsip asuhan keperawatan yang relevan dengan kondisi klien. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, membandingkan data menentukan kesimpangan atau kesenjangan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta membuat kesimpulan tentang kesenjangan atau masalah yang ada.

## 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang dapat diangkat adalah :

- a) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret di jalan nafas, inflamasi trakeobroncial, nyeri pleuritik, penurunan energi dan kelemahan.
- b) Ganggaun pertukaran gas berhubungan obstruksi saluran pernafasan.
- c) Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
- d) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, mual dan muntah.
- e) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antarasuplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, batuk berlebih dan dispnea.

## 4. Intervensi Keperawatan dan rasional

- a) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret di jalan nafas, inflamasi trakeobroncial, nyeri pleuritik, penurunan energi dan kelemahan.

Kriteria hasil :

- (1) Pasien menunjukkan perilaku mencapai bersihan jalan nafas.
- (2) Pasien menunjukkan jalan nafas dengan bunyi nafas bersih, tidak ada dispnea dan sianosis.

Tabel 2.3

Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Kaji atau pantau pernafasan klien.	1. Mengetahui frekuensi pernafasan klien sebagai indikasi dasar gangguan pernafasan
2. Auskultasi bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing)	2. Adanya bunyi nafas tambahan yang menandakan gangguan pernafasan.
3. Berikan posisi yang nyaman misalnya posisi semi fowler	3. Posisi semi fowler memungkinkan ekspansi paru lebih maksimal.
4. Terapi inhalasi dan latihan nafas dalam dan batuk efektif	4. Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru/ jalan nafas lebih kecil. Batuk adalah mekanisme membersihkan jalan nafas alami, membantu silia mempertahankan jalan nafas paten
5. Memberikan cairan per oral/IV sesuai usia anak, tawarkan air hangat daripada air dingin.	5. Cairan khususnya yang hangat memobilisasi serta mengeluarkan lendir
6. Kolaborasi dengan dokter dalam pengisapan lendir sesuai indikasi	6. Merangsang batuk serta membersihkan jalan nafas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan pernafasan karena batuk tidak efektif atau penurunan kesadaran



- b) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi saluran pernafasan.

Kriteria hasil :

Pasien akan menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenisasi jaringan dengan GDA dalam rentang normal dan tidak ada gejala distress pernafasan.

Tabel 2.4

Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Monitor/kaji tanda-tanda vital, kesulitan bernafas, retraksi stomal.	1. Data dasar untuk pengkajian lebih lanjut
2. Obsevasi warna kulit, membran mukosa dan kuku, catat adanya sianosis	2. Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam/menggigil namun sianosis daun telinga, membran mukosa, dan kulit sekitar mulut menunjukkan hipoksemia sistemik.
3. Kaji status mental	3. Gelisah, mudah terangsang, bingung dan somnolen dapat menunjukkan hipoksemia/penurunan oksigenisasi serebral
4. Tinggikan kepala dan dorong sering mengubah posisi, nafas dalam dan batuk efektif	4. Tindakan ini meningkatkan inspirasi maksimal, meningkatkan pengeluaran sekret untuk memperbaiki ventilasi
5. Pertahankan istirahat tidur	5. Mencegah kelelahan dan menurunkan kebutuhan oksigen untuk kemudahan perbaikan infeksi

- c) Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi.

Kriteria hasil :

Pasien tidak memperlihatkan tanda peningkatan suhu tubuh.

Tabel 2.5  
Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Pantau suhu pasien (perhatikan menggigil/diaphoresis)	1. Suhu 38,9° C- 41,1°C menunjukkan proses penyakit, infeksius akut. Pola demam dapat membantu diagnosis
2. Pantau suhu lingkungan, batasi aktivitas	2. Suhu ruangan di ubah untuk mempertahankan suhu mendekati normal
3. Berikan kompres hangat	
4. Berikan antipiretik misalnya parasetamol	3. Dapat membantu mengurangi demam. Penggunaan air dingin/es kemungkinan menyebabkan peningkatan suhu tubuh secara aktual. 4. Mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus, parasetamol baik untuk anak karena parasetamol memiliki efek yang minimal terutama bagi anak.

- d) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, mual dan muntah.

Kriteria hasil :

Pasien menunjukkan peningkatan nafsu makan dan mempertahankan berat badan.

Tabel 2.6  
Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Identifikasi faktor yang menyebabkan kesulitan menelan (nyeri)	1. Pilihan intervensi tergantung pada penyebaran masalah
2. Auskultasi bunyi usus, observasi/palpasi distensi abdomen	2. Bunyi usus mungkin menurun/tak ada bila proses infeksi berat/memanjang
3. Berikan makan porsi kecil tapi sering	3. Tindakan ini dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan

4. Timbang berat badan setiap hari	mungkin lambat untuk kembali
	4. Peningkatan berat badan secara bertahap menandakan adanya perbaikan status nutrisi pasien

- e) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, batuk berlebihan dan dispnea.

Kriteia hasil :

Pasien menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas yang dapat diukur dengan tidak adanya dispnea, kelemahan berlebihan dan tanda vital normal.

Tabel 2.7

Perencanaan

Intervensi	Rasional
1. Monitor keterbatasan aktivitas, kelemahan saat beraktivitas	1. Merencanakan intervensi yang tepat
2. Bantu pasien dalam melakukan aktivitas	2. ADL dapat terpenuhi
3. Bantu pasien perawatan diri yang diperlukan	3. Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
4. Lakukan istirahat yang adekuat setelah beraktivitas	4. Membantu mengembalikan energi
5. Berikan diet yang adekuat dengan kolaborasi ahli diet	5. Metabolisme membutuhkan energi
6. Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan	6. Tirah baring dipertahankan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, menghemat energi untuk penyembuhan

## 5. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan, dan menilai data yang baru. Dalam pelaksanaan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, psikomotor. (Rohmah Nikmatur, Walid Saiful, 2010).

## 6. Evaluasi

Merupakan evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, serta merupakan rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP atau SOAPIE atau SOAPIER.

### **D. Masalah Clupping**

Proses peradangan dari proses penyakit bronkopneumonia mengakibatkan produksi sekret meningkat sampai menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul masalah salah satu masalah tersebut adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas. 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 bersihan jalan nafas adalah batuk, sesak, suara nafas abnormal (Ronchi), penggunaan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung (Potter dan Perry, 2006).

Apabila masalah bersihan jalan nafas ini tidak ditangani secara cepat maka bisa menimbulkan masalah yang lebih berat seperti pasien akan mengalami sesak yang hebat bahkan bisa menimbulkan kematian. Salah satu cara mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat melalui tindakan kolaboratif perawatan dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat diantaranya adalah fisioterapi dada yaitu Clapping.

Clapping merupakan penepukan ringan pada dinding dada dengan tangan dimana tangan membentuk seperti mangkuk (Kusyati, 2006). Dimana tujuan dari terapi clapping ini adalah jalan nafas bersih, secara mekanik dapat melepaskan sekret yang melekat pada dinding bronkus dan mempertahankan fungsi otak-otak pernafasan (Potter dan Perry, 2006).