

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG NUSA INDAH
ATAS RSUD DR.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
UNIVERSITAS Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

Rindy Nafa Claudia

NIM: AKX. 17. 116



**PRODI D III KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANABANDUNG**

2020

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rindy Nafa Claudia
NPM : AKX 17. 116
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D III Keperawatan Umum

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG NUSA INDAH ATAS RSUD DR.SLAMET GARUT”**

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

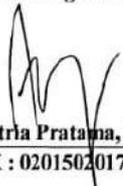
Bandung, 24 September 2020

Yang Membuat Pernyataan



Rindy nafa Claudia
AKX 17.116

Pembimbing Utama


Angga Satria Pratama, M.Kep
NIK : 02015020175

Pembimbing Pendamping


Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK : 02014020168

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG NUSA INDAH ATAS
RSUD DR.SLAMET GARUT**

OLEH

**RINDY NAFA CLAUDIA
AKX 17.116**

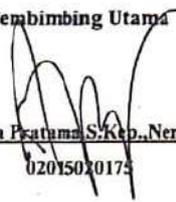
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada

Bandung, 04 September 2020

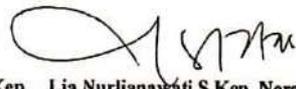
Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep

02015020173


Lia Nurlianawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

02014020168

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan


Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep

02001020009

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG NUSA INDAH
ATAS RSUD DR.SLAMET GARUT**

OLEH

RINDY NAFA CLAUDIA

AKX. 17. 116

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal 04 September 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua: Angga Satria P, S. Kep., Ners., M. Kep
(Pembimbing Utama)


(.....)

Anggota:

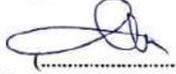
1. Penguji I :

A. Aep Indarma S.Kep.,Ners.,M.Pd


(.....)

2. Penguji II :

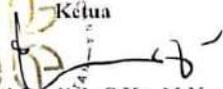
H. Manaf, B.Sc., S.Pd., MM


(.....)

3. Pembimbing Pendamping :

Lia Nurlianawati,S.Kep.,Ners.,M.Kep


(.....)

Mengetahui,
Fakultas Keperawatan
Ketua

Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIK: 2007020132

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuahn Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan proposal ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG NUSA INDAH ATAS RSUD DR.SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, S,H M.Pd., MH.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd. Siti Jundiah. S.Kep.,.Mkep selaku Dekan Fakultas Keperawatan.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Angga Satria P, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan banyak pengarahan, bimbingan, dukungan selama menyelesaikan proposal penelitian.

6. Lia Nurlianawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan banyak pengarahan, bimbingan, dukungan selama menyelesaikan proposal penelitian.
7. Dr H. Husodo Dewo Adi Sp.OT.Spine selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. H. Jajang Nurhanudin S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Nusa Indah Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama peraktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Alm. Riyadi Martono dan Hj. Darmawati. Kakak-kakak ku tersayang Ryan Andika, AKBP Hans Rachmatullah Irawan dan Rizky Dwi Octa Mulya, Gusti P Yoga Sr S.Sos dan Rina Anggreini Octa Vianty, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat, dukungan dan do'a nya.
10. Untuk sahabatku Nurlia Subryana, Army Nella Kresna, Novitasari Agustina, Winda Widiawati, Anisa Fitri Amelia, Miranti, Nining Maeda, Nita Nur Khoerunnisa, Silvia Basri, Ikke Yuliasari, Erika Fitriana , Putri Ayu, Cindy Rizky, Revikacn, Devi Yulia, Anindita Syafira, Della Franchisca yang slalu memberikan support dan semangat.
11. Untuk teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan Angkatan 2017 yang telah memberikan dukungan.

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

Bandung, 02 Juni 2020

Rindy Nafa Claudia

ABSTRAK

Latar Belakang: Anak merupakan usia dimana organ tubuhnya belum berfungsi secara optimal, sehingga lebih rentan terhadap suatu penyakit. Salah satu penyakit yang sering menyerang pada anak adalah bronkopneumonia. Bronkopneumonia yang terjadi pada anak disebabkan oleh inflamasi yang terjadi dialveoli paru-paru. Infeksi ini menyebabkan peningkatan secret yang akan menimbulkan masalah seperti ketidakefektifan bersihan jalan nafas, gangguan pertukaran gas, intoleransi aktivitas, resiko keseimbangan elektrolit, dan nutrisi kurang dari kebutuhan. Anak yang mengalami bronkopneumonia membutuhkan fisioterapi dada karena pada anak dibawah umur 5 tahun belum mempunyai kemampuan untuk mengeluarkan sekretny sendiri. **Tujuan:** Melakukan Asuhan Keperawatan pada Klien Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut. **Metode:** Desain penelitian yang digunakan saat ini adalah studi kasus. Penelitian ini merupakan studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada Klien Bronkopneumonia dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas di RSUD Dr. Slamet Garut. Pengambilan data penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi pada klien bronkopneumonia serta keluarga klien. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi postural drainage, ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada klien1 dapat teratasi pada hari ke3 dan klien 2 teratasi sebagian pada hari ke3. **Diskusi:** Klien Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakbersihan jalan nafas tidak slalu memiliki respon yang sama dalam tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga diharapkan perawat harus mengembangkan pemberian asuhan keperawatan pada klien bronkopneumonia terutama dalam memberikan tindakan postural drainage.

Kata Kunci: Bronkopneumonia, ketidakefektifan bersihan jalan nafas, asuhan keperawatan
Daftar Pustaka: 11 buku (2012-2016), 7 jurnal (2017-2020)

ABSTRACT

Background: Children are an age where their organs are not functioning optimally, so they are more susceptible to disease. One of the diseases that often attacks children is bronchopneumonia. Bronchopneumonia that occurs in children is caused by inflammation that occurs in the dialveoli of the lungs. This infection causes an increase in secretions that will cause problems such as ineffective airway clearance, impaired gas exchange, activity intolerance, risk of electrolyte balance, and less nutrition than needed. Children with bronchopneumonia need chest physiotherapy because children under 5 years of age do not have the ability to excrete their own secretions. **Purpose:** Conducting Nursing Care for Patients with Bronchopneumonia with Ineffective Airway Cleansing in the Upper Nusa Indah Room Dr. Slamet Garut. **Methods:** The research design currently used is a case study. This study is a study to explore the problem of nursing care for Bronchopneumonia Clients with Ineffective Airway Cleansing in the Nusa Indah Atas Room at Dr. Slamet Garut. Retrieval of research data was carried out by means of interviews, observation, physical examination and documentation study of bronchopneumonia clients and client's families. **Results:** After nursing care by providing postural drainage interventions, the ineffectiveness of airway cleaning in client1 was resolved on day 3 and client 2 was partially resolved on day 3. **Discussion:** Bronchopneumonia clients with nursing problems with airway uncleanness do not always have the same response in the nursing actions given, so it is hoped that nurses should develop nursing care for bronchopneumonia clients, especially in providing postural drainage measures.

Keywords: Bronchopneumonia, ineffective airway clearance, nursing care

Bibliography: 11 books (2012-2016), 7 journals (2017-2020)

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iiiv
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tunjuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB II	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	8
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernafasan	8
2.1.2 Definsi Bronkopneumonia	14
2.1.3 Etiologi Bronkopneumonia	15
2.1.4 Menifestasi Klinis Bronkopneumonia	15
2.1.5 Patofisiologi Bronkopneumonia.....	16
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Bronkopneumonia	19
2.1.7 Penatalaksanaan	19

2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	20
2.2.1	Pengkajian	20
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	29
2.2.3	Intervensi Keperawatan	30
2.2.4	Implementasi Keperawatan	43
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	44
2.3	Konsep Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	44
2.3.1	Pengertian	44
2.3.2	Pengkajian	45
2.3.3	Batasan karakteristik	45
2.3.4	Intervensi	46
2.3.5	Dokumentasi	47
2.4	Konsep fisioterapi dada	47
2.4.1	Pengertian	47
2.4.2	Tujuan	48
2.4.3	Konsep fisiologi fisioterapi dada	48
2.4.4	Prosedur tindakan fisioterapi dada	50
2.4.5	Posisi fisioterapi dada	50
BAB III		53
METODOLOGI PENELITIAN		53
3.1	Desain Penelitian	53
3.2	Batasan Istilah	53
3.3	Unit Analisis (Partisipan/ Subyek Penelitian)	54
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	54
3.5	Pengumpulan Data	55
3.6	Uji Keabsahan Data	56
3.7	Analisis Data	57
3.8	Etik Penulisan KTI	58
BAB IV		61
ASUHAN KEPERAWATAN		61
4.1	Hasil	61

4.2	Pembahasan	85
BAB V	94
KESIMPULAN	94
5.1	Kesimpulan	94
5.2	Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	100
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem Pernafasan.....	1
Gambar 2.2 Paru - Paru.....	2
Gambar 2.3 Bronkiolus	4
Gambar 2.4 Bronkopneumonia	5

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	30
Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas	33
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan ...	36
Tabel 2.4 Intervensi Intoleransi Aktivitas	38
Tabel 2.5 Intervensi Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit.....	39
Tabel 2.6 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	41
Tabel 2.7 Intervensi Kurangnya Pengetahuan	42
Tabel 4.1 Identitas Klien	60
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	61
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	61
Tabel 4.4 Riwayat Kelahiran Dan Kehamilan.....	62
Tabel 4.5 Pola Aktivitas Sehari-Hari	63
Tabel 4.6 Pertumbuhan	64
Tabel 4.7 Perkembangan.....	65
Tabel 4.8 Riwayat Imunisasi	66
Tabel 4.9 Pemeriksaan Fisik	66
Tabel 4.10 Data Psikologis	69
Tabel 4.11 Data Sosial	69
Tabel 4.12 Spiritual.....	69
Tabel 4.13 Hospital	69
Tabel 4.14 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	70
Tabel 4.15 Hasil Pemeriksaan Radiologi	70
Tabel 4.16 Program Dan Rencana Pengobatan	71

Tabel 4.17 Analisa Data	71
Tabel 4.18 Diagnosa Keperawatan	73
Tabel 4.19 Intervensi	76
Tabel 4.20 Implementasi	78
Tabel 4.21 Evaluasi	82

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Phatway Patofisiologi	18
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Bimbingan Proposal

Lampiran II Lembar Evaluasi Proposal KTI

Lampiran III Surat Pernyataan Persetujuan Menjadi Pasien Kelolaan

Lampiran IV Lembar Observasi Mahasiswa Pelaksanaan Asuhan Keperawatan
Pasien Kelolaan

Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran VI Leaflet

Lampiran VII Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Data yang diperoleh dari NICHD (*National Institute of Child Health and Human Development*) *Pediatric Terminology* tahun 2015, usia anak dibagi menjadi beberapa bagian yaitu: neonatal (0-27 hari), infant (27 hari-12 bulan), toddler (13-24 bulan), awal masa kanak-kanak (2-5 tahun), akhir masa kanak-kanak (6-11 tahun), awal masa remaja (12-18 tahun), masa remaja akhir (19-21 tahun).

Anak merupakan usia dimana organ tubuhnya belum berfungsi secara optimal, sehingga lebih rentan terhadap suatu penyakit. Salah satu penyakit yang sering menyerang pada anak adalah bronkopneumonia (Marini, 2014). Anak adalah usia kurang dari delapan belas tahun yang berada dalam rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja (Erawati, 2016).

Data yang diperoleh dari *Institute for Health Metrics and Evaluation* tahun 2019, bahwa infeksi pernafasan merupakan salah satu penyebab kematian terbanyak pada anak usia dibawah 5 tahun dengan jumlah 808.920 jiwa, selain itu gangguan neonatal juga menjadi penyebab kematian dengan jumlah 649.439 jiwa. Sedangkan kematian anak yang disebabkan oleh bronkopneumonia lebih dari 800.000 jiwa setiap tahunnya di dunia, atau bisa dikatakan lebih dari

2.000 jiwa yang meninggal perharinya dan 80% dari kasus kematian akibat bronkopneumonia terjadi pada anak usia kurang dari dua tahun. Di Indonesia, pada tahun 2019 jumlah anak mencapai 66.17juta jiwa dan sebanyak 19.000 jiwa (0.3%) yang meninggal akibat bronkopneumonia, atau bisa dikatakan lebih dari dua anak yang meninggal setiap harinya.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, angka prevalensi bronkopneumonia di Indonesia dengan kasus tertinggi terjadi didaerah Papua dengan prevalensi mencapai 3.5% (246ribu jiwa), sedangkan di Jawa Barat mencapai 2.5% (176ribu jiwa) dari jumlah anak (0-14tahun) sebanyak 70.49juta jiwa di Indonesia.

Kasus bronkopneumonia yang ditangani di Kota Bandung pada tahun 2018 sebanyak 10.525 jiwa dengan target penemuan balita (4,6%) dari total populasi balita sebanyak 9.225 jiwa, maka cakupan penemuan dan penanganan bronkopneumonia sebesar 114,09% (Profil Kesehatan Kota Bandung, 2018).

Data yang diperoleh dari *Medical Record* RSUD Dr. Slamet Garut dalam kurun waktu 6 bulan terakhir tercatat ada 460 orang yang mengalami Bronkopneumonia dan menurut *Medical Record* di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut, Bronkopneumonia menjadi penyakit di urutan pertama dari 10 penyakit yang sering diderita oleh anak dan tercatat sebanyak 71 orang anak yang mengalami

Bronkopneumonia dengan rata-rata usia dibawah 5 tahun (*Medical Record RSUD Dr. Slamet Garut*).

Bronkopneumonia yang terjadi pada anak disebabkan oleh inflamasi yang terjadi dialveoli paru-paru. Infeksi ini menyebabkan peningkatan secret yang akan menimbulkan masalah seperti ketidakefektifan bersihan jalan nafas, gangguan pertukaran gas, intoleransi aktivitas, resiko keseimbangan elektrolit, dan nutrisi kurang dari kebutuhan. Salah satu nutrisi yang diperlukan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan adalah ASI (Air Susu Ibu). Apabila bayi (0-6bulan) tidak mendapatkan ASI secara eksklusif akan mengalami resiko infeksi pernafasan, infeksi gastrointestinal, pertumbuhan dan perkembangan menjadi kurang baik (Hardiani, 2017).

Bronkopneumonia mengakibatkan produksi secret meningkat sehingga menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul masalah, salah satu masalah tersebut adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas karna merupakan kondisi dimana klien terutama bayi atau balita yang tidak mampu mengeluarkan secret secara mandiri dari saluran nafas untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas. Apabila masalah ketidakbersihan jalan nafas tidak cepat ditangani akan mengakibatkan sesak yang hebat bahkan bisa menimbulkan kematian (Sherly, 2018).

Tindakan keperawatan untuk masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas seperti mengauskultasi suara nafas, mendengarkan ada atau tidaknya suara nafas tambahan, memberikan terapi inhalasi, memberikan posisi semifowler dan memberikan obat-obat bronkodilator. Tindakan non keperawatan yang diberikan selain tindakan keperawatan yaitu memberikan pelayanan kesehatan seperti edukasi tentang pengertian, tanda gejala, penyebab, cara pencegahan dan penatalaksanaan medis atau keperawatan yang berhubungan dengan bronkopneumonia (Cut et al, 2019).

Masalah ketidakbersihan jalan nafas yang disebabkan oleh bronkopneumonia, untuk membantu mengeluarkan secret yang berlebih bisa ditangani menggunakan tindakan nonkeperawatan yaitu fisioterapi dada pada anak dibawah umur 5tahun, yang jarang dilakukan dirumah sakit. Anak yang mengalami bronkopneumonia membutuhkan fisioterapi dada karena pada anak dibawah umur 5tahun belum mempunyai kemampuan untuk mengeluarkan sekretny sendiri. Sehingga setelah dilakukan fisioterapi dada, secret pada jalan nafas bisa keluar dengan dibantu oleh batuk secara spontan (Riska, 2011).

Berdasarkan uraian data diatas dan tingginya angka kejadian pada klien bronkopneumonia maka peneliti tertarik untuk membahas masalah ini dalam sebuah Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Masalah**

Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD dr.Slamet Garut”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan ilmu tentang Asuhan Keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnose keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut.

- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien bronkopneumonia dan mengetahui manfaat dari postural drainage untuk Anak Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Menambah pengetahuan dalam penanganan klien bronkopneumonia dengan menggunakan cara postural drainage.

b. Bagi Perawat

Dapat melaksanakan tindakan keperawatan secara mandiri dalam penanganan klien bronkopneumonia dengan cara postural drainage untuk membantu mengeluarkan secret untuk membantu dalam pemenuhan kebutuhan oksigen.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah pengetahuan dan sumber referensi bagi institusi pendidikan untuk mengetahui perkembangan tentang penanganan pada klien bronkopneumonia dengan cara postural drainage.

d. Bagi Klien

Dengan dilakukannya tindakan keperawatan postural drainage pada klien yang bertujuan untuk mengeluarkan secret dan memenuhi kebutuhan oksigen pada klien bronkopneumonia.

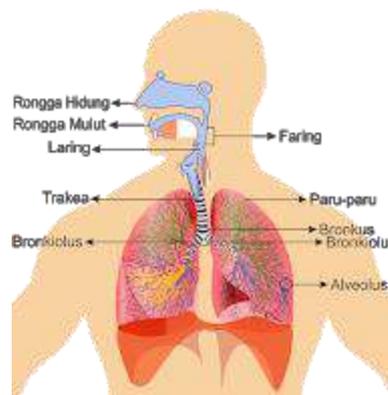
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernafasan

Gambar 2.1 Sistem Pernafasan



Sumber : Asih & Effendy, 2013

Dengan bernapas setiap sel dalam tubuh menerima persediaan oksigen dan pada saat yang sama melepaskan produk oksidasinya. Pernafasan merupakan proses terjadinya pertukaran gas didalam jaringan paru-paru (Evelyn, 2016)

2.1.1.1 Sistem respirasi

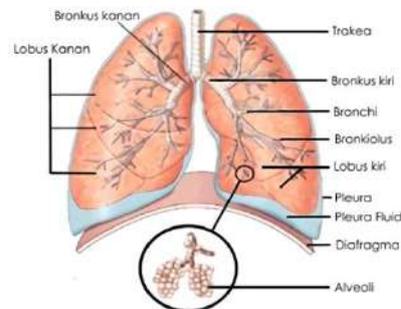
System respirasi dibagi menjadi beberapa bagian, antara lain (Judha dkk, 2012) :

1. Saluran nafas bagian atas pada bagian ini udara yang masuk kedalam rongga hidung akan dihangatkan,

disaring, dan dilembabkan. Bulu hidung berfungsi menyaring udara yang dihirup, mukosa hidung berfungsi melembabkan dan menyesuaikan suhu udara dengan suhu tubuh.

2. Saluran nafas bagian bawah menghantarkan udara yang masuk dari saluran bagian atas ke alveoli, sebelum masuk kedalam alveoli udara akan masuk ke bronkus kanan dan kiri melewati percabangan bronkus dahulu.
3. Alveoli, tempat terjadinya pertukaran gas antara O_2 dan CO_2 dimana CO_2 sisa dari hasil metabolisme akan ditukar dengan O_2 dari udara luar.
4. Sirkulasi paru tempat pembuluh darah arteri menuju paru sedangkan pembuluh darah vena meninggalkan paru.
5. Paru terbagi menjadi paru kanan dan paru kiri, memiliki jumlah lobus pada masing-masing paru memiliki selaput atau dinding pembatas yang terbentuk dari selaput serosa yaitu dinding dalam rongga dada (pleura parietalis), dan meliputi paru (pleura viseralis). Rongga dan dinding dada merupakan pompa muskuloskeletal yang mengatur pertukaran gas dalam proses respirasi.

Gambar 2.2 Paru-paru



Sumber : Ardian, 2012

2.1.1.2 Saluran nafas bagian atas

Saluran nafas bagian atas dibagi menjadi beberapa bagian, antara lain (Judha dkk, 2012) :

1. Rongga hidung

Udara yang dihirup melalui hidung akan mengalami tiga hal yaitu dihangatkan, disaring, dan dilembabkan yang merupakan fungsi dari selaput lendir respirasi (*Pseudostrafied ciliated columnar epithelium* : menggerakkan partikel-partikel halus ke arah faring sedangkan partikel besar akan disaring oleh bulu hidung, *sel globet* dan kelenjar serous : memlembabkan udara yang masuk, pembuluh darah : menghangatkan udara). Ketiga hal tersebut dibantu oleh *concha* kemudian udara akan diteruskan ke paru melalui bronkus.

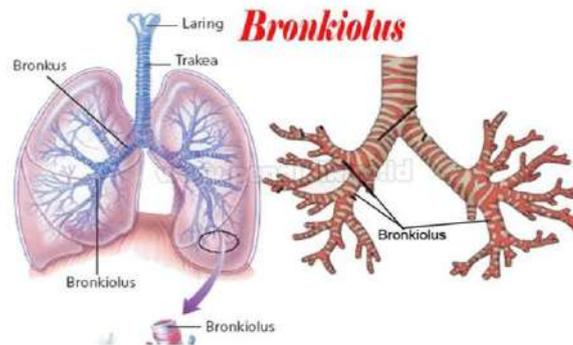
2. *Nasofaring*, terdapat *Pharyngeal Tonsil* dan *Tuba Eustachius*
3. *Orofaring*, merupakan pertemuan rongga mulut dengan faring, terdapat pangkal lidah
4. *Laringofaring*, terjadi persilangan antara aliran udara dan aliran makanan

2.1.1.3 Saluran nafas bagian bawah

Saluran nafas bagian bawah dibagi menjadi beberapa bagian, antara lain (Judha dkk, 2012) :

1. Laring, terdiri dari tiga struktur yang penting yaitu tulang rawan *krikoid* dimana ada selaput atau pita suara, *epiglottis* dan *glottis*.
2. Trachea, berbentuk pipa silinder dengan panjang 11cm, berbentuk $\frac{3}{4}$ cincin tulang rawan seperti huruf C. bagian belakang dihubungkan oleh *membrane fibroelastic* menempel pada dinding depan *esophagus*.
3. Bronchi, percabangan trachea kanan dan kiri atau disebut *carina*. Bronkus kanan lebih pendek, lebar dan lebih dekat dengan trachea. Bronkus kanan bercabang menjadi beberapa bagian yaitu *lobus superior*, *medius*, *inferior*. Bronkus kiri terdiri dari *lobus superior* dan *inferior*.

Gambar 2.3 Bronkiolus



Sumber : Tryana, 2016

4. Alveoli, terdiri dari *membran alveolar (small alveolar cell, large alveolar cell, anastomosing capillary)* dan ruang *interstisial*.

2.1.1.4 Fisiologi

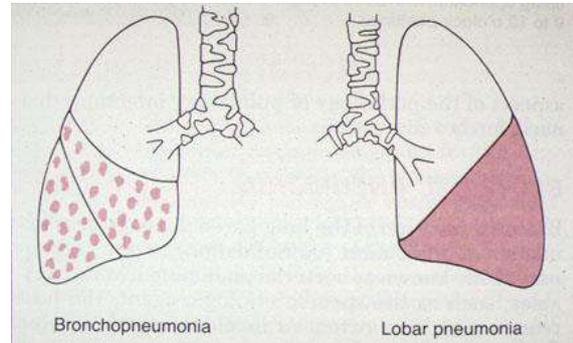
Udara yang berasal dari atmosfer yang dapat dimanfaatkan oleh tubuh membutuhkan proses untuk bisa kita hirup antara lain seperti ventilasi, perfusi, difusi kapiler dan transportasi (Judha dkk, 2012).

1. Ventilasi, pergerakan udara masuk dan keluar dari paru-paru. *Compliance*, ventilasi dan dinding dada merupakan tiga komponen yang berperan dalam ventilasi. Tegangan permukaan disebabkan oleh cairan alveolus dan dapat dituruunkan karna adanya surfaktan serta pengaruh otot-otot inspirasi.

2. Perfusi, pergerakan aliran darah melalui sirkulasi pulmonari. Darah dipompa masuk ke paru-paru melalui ventrikel kanan kemudian masuk ke arteri pulmonal. Arteri pulmonal bercabang dua kanan dan kiri, selanjutnya masuk ke kapiler paru untuk melakukan proses pertukaran gas. Kekuatan utama dalam distribusi perfusi dalam paru-paru adalah gravitasi, dan juga dipengaruhi oleh tekanan arteri pulmonal dan tekanan alveolus.
3. Difusi, proses pertukaran oksigen dan karbondioksida dari alveolus ke kapiler pulmonal melalui membran dari area dengan konsentrasi tinggi ke area konsentrasi rendah. Proses difusi dari alveolus ke kapiler paru melewati 6 barier yaitu surfaktan, membran alveolus, cairan interstitial, membran kapiler, plasma, dan membran sel darah merah. Proses saat difusi yaitu oksigen masuk dari alveolus ke darah, dan karbondioksida keluar dari darah ke alveolus.

2.1.2 Definsi Bronkopneumonia

Gambar 2.4 Bronkopneumonia



Sumber : Anindiyayati, 2016

Bronkopneumonia adalah salah satu jenis pneumonia yang penyebarannya berupa bercak dan teratur dalam satu atau lebih di area bronchi dan bisa meluas ke parenkim paru yang berada disekitarnya (Taqiyah & Jauhar, 2013).

Bronkopneumonia atau pneumonia lobularis adalah peradangan yang terjadi di parenkim paru yang melibatkan bronkus atau bronkiolus yang berupa distribusi dan berbentuk patchy distribution atau bercak-bercak yang bisa disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing (Raden & Aditya, 2015).

Dari beberapa pendapat ahli, bisa disimpulkan bahwa Bronkopneumonia adalah salah satu jenis pneumonia atau disebut juga pneumonia lobularis yang penyebarannya terjadi di bronkus dan bisa menyebar ke parenkim paru dan memiliki ciri khas bercak

dan teratur yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing.

2.1.3 Etiologi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia bisa disebabkan karna penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme pantogen. Orang normal atau sehat mempunyai beberapa mekanisme pertahanan tubuh seperti reflek batuk, adanya lapisan mucus, gerakan silla yang menggerakkan kuman keluar dari organ, dan sekresi humoral setempat (Taqiyyah & Jauhar, 2013).

Bronkopneumonia disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Bakteri (Streptococcus, Staphylococcus, H. Influenze, Klebsiella)
2. Virus (Legionella, Penumoniae)
3. Jamur (Aspergillus Spesies, Candida Albicans)
4. Benda asing (Aspirasi makanan, sekresi isi lambung kedalam paru-paru)
5. Keracunan Hidrokarbon (Minyak tanah dan bensin)

2.1.4 Menifestasi Klinis Bronkopneumonia

Tanda dan gejala yang sering terjadi akibat bronkopneumonia, yaitu (Taqiyyah & Jauhar, 2013) :

1. Demam tinggi (39°C – 40°C)

2. Nyeri dada seperti ditusuk-tusuk yang membuat anak gelisah atau menangis terus menerus
3. Adanya infeksi traktus pernafasan atas
4. Adanya batuk yang produktif
5. Pernafasan cepat dan dangkal, biasanya menggunakan otot aksesorius
6. Pernafasan cuping hidung, terdapat suara tambahan seperti ronchi dan wheezing
7. Kadang-kadang terjadi sianosis

2.1.5 Patofisiologi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia merupakan infeksi yang disebabkan oleh virus yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan bronkhus, alveolus, dan jaringan sekitarnya. Peradangan pada bronkus ditandai dengan penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi dan mual. Setelah mikroorganisme masuk ke alveoli membentuk suatu peradangan yang meliputi empat stadium, yaitu :

- a. Stadium kongesti (4-12 jam pertama)

Stadium ini mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler ditempat infeksi.

b. Stadium hepatisasi (48 jam selanjutnya)

Stadium ini terjadi ketika alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan dari host atau penjamu sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena akan menjadi padat karena adanya penumpukan leukosit, eritrosit, dan cairan. Stadium ini berlangsung sangat singkat yaitu selama 48 jam.

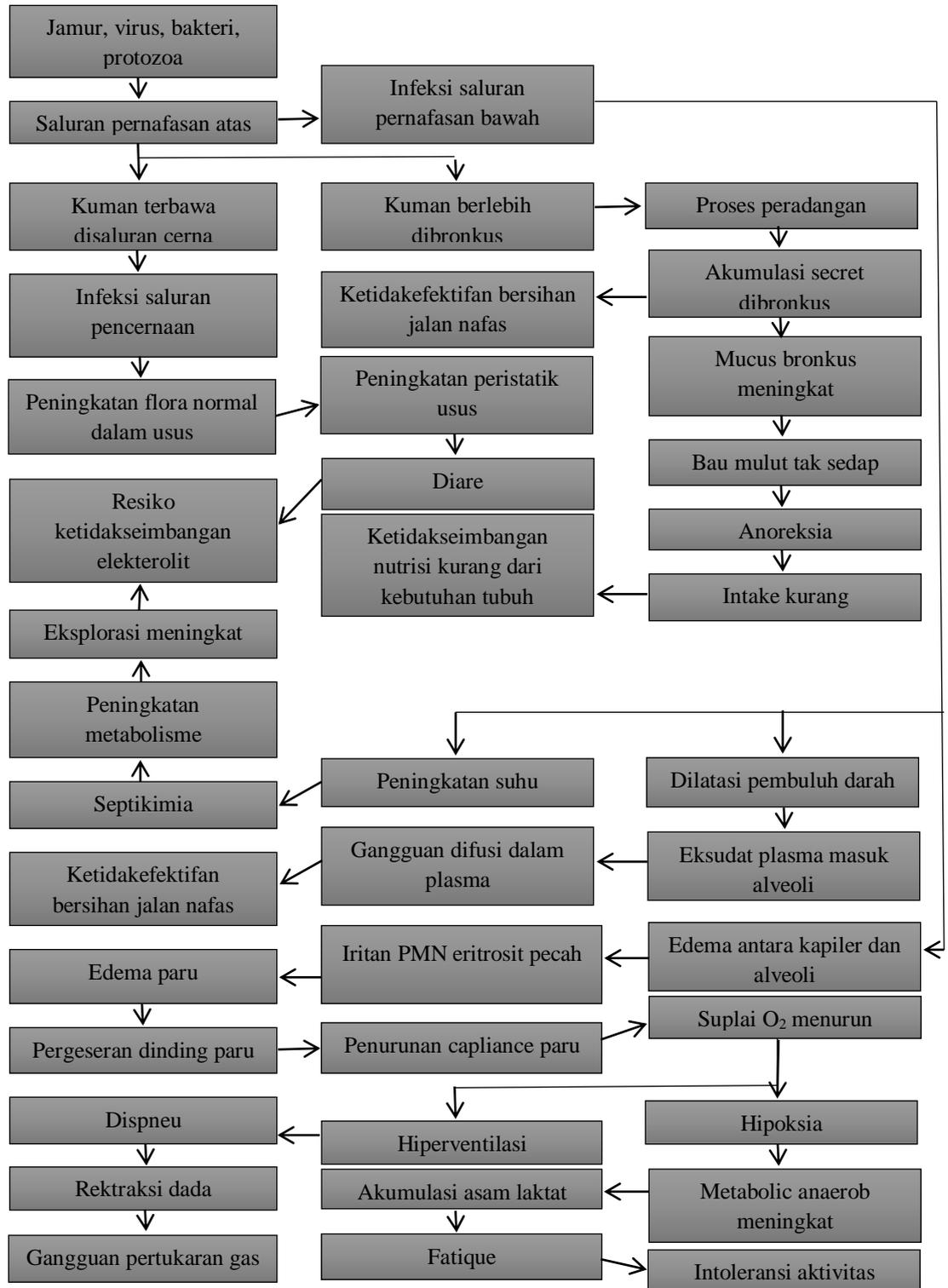
c. Stadium hepatisasi kelabu (3-8 hari)

Stadium ini terjadi ketika sel darah putih masuk ke daerah paru yang terinfeksi. Pada saat pengendapan fibrin diseluruh daerah yang terinfeksi dan terjadi fagositosis sisa sel. Pada stadium ini, eritrosit di alveoli mulai diresorpsi, lobus masih berbentuk padat karena berisi fibrin dan leukosit.

d. Stadium resolusi (7-11 hari)

Stadium resolusi yang terjadi karena respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula. Inflamasi ditandai dengan adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk, ronchi dan mual.

pathway



Taqiyah & Jauhar, 2013

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Bronkopneumonia

Pemeriksaan penunjang pada bronkopneumonia, yaitu (Taqiyyah & Jauhar, 2013) :

1. Pemeriksaan darah
2. Pemeriksaan sputum
3. Analisa gas darah
4. Kultur darah
5. Elektrolit
6. Sampel darah, sputum, dan urin
7. Rontgenogram thoraks
8. Laringoskopi atau bronkoskopi

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan, antara lain (Taqiyyah & Jauhar, 2013) :

1. Mempertahankan ventilasi untuk bernafas dengan baik
2. Kebutuhan istirahat tercukupi karna klien bronkopneumonia biasanya mengalami hiperpireksia dan kebutuhan klien harus ditolong ditempat tidur
3. Kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi. Karna pada klien bronkopneumonia slalu mengalami masukan nutrisi yang kurang. Suhu tubuh yang tinggi selama beberapa hari dan cairan yang masuk kedalam tubuh kurang sehingga bisa

menyebabkan dehidrasi. Untuk mencegah dehidrasi dan kekurangan nutrisi biasanya menggunakan infus dengan cairan glukosa 5% atau NaCl 0.9%.

4. Mengontrol suhu tubuh. Biasanya suhu tubuh klien meningkat hingga 39°C – 40°C.
5. Pengobatan yang biasanya diberikan Penisilin ditambah dengan Cloramfenikol atau diberikan antibiotic yang mempunyai spectrum luas seperti Ampisilin. Pengobatan ini diteruskan sampai demam turun hingga 4-5 hari. Sebagian besar klien mengalami asidosis metabolic akibat kurang nutrisi dan hipoksia maka diberikan pengobatan sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri.
6. Fisioterapi dada dapat digunakan untuk pengobatan dan pencegahan pada penyakit paru yang merupakan suatu tindakan keperawatan yang terdiri dari perkusi, vibrasi dan postural drainage.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas klien

a. Identitas Anak

Identitas klien meliputi nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal dilakukannya

pengkajia, nomor medrec, diagnose medis dan alamat (Andri & Wahid, 2016).

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke RS, tindakan yang sudah dilakukan dirumah sakit sampai klien menjalani perawatan. Biasanya klien mengeluh sesak nafas, batuk berdahak dan secret susah dikeluarkan.

b. Keluhan Utama Saat Di Kaji

Keluhan utama yang paling dirasakan oleh klien saat dilakukan pengkajian. Biasanya klien merasakan batuk terus-menerus, produksi sputum yang semakin meningkat, menggunakan otot bantu pernafasan, bunyi nafas ronchi atau wheezing, warna kulit pucat, dan mengalami sianosis.

c. Riwayat kehamilan dan kelahiran

1) Prenatal

Mengidentifikasi kepada ibu tentang riwayat kehamilan ibu, pelaksanaan antenatal care, pemberian imunisasi TT yang diberikan pada ibu, mengkonsumsi multivitamin dan zat besi, keluhan saat kehamilan.

2) Intranatal

Mengidentifikasi riwayat kelahiran klien, lahir dengan matur atau premature, tempat pertolongan persalinan dilakukan, proses kelahiran, APGAR score, BB dan PB saat klien lahir.

3) Postnatal

Mengidentifikasi riwayat postnatal, kondisi klien dan kondisi ibu setelah mengalami persalian.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya klien pernah menderita penyakit yang sama atau mereka mempunyai riwayat penyakit yang dapat menimbulkan terjadinya bronkopneumonia yaitu terpapar polusi kimia dalam jangka waktu yang panjang atau terpapar debu, asap dan asap rokok.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya penyakit dalam keluarga bukan merupakan factor keturunan tetapi kebiasaan atau pola hidup yang tidak sehat.

3. Pola aktivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Asupan nutrisi yang didapatkan pada anak usia infant yaitu ASI atau MPASI. Kaji frekuensi, porsi dan keluhan yang dialami oleh klien saat berada dirumah dan dirumah sakit.

b. Eliminasi

Kaji pola BAB dan BAK klien seperti frekuensi, warna, bau dan keluhan sesuai dengan kondisi klien alami saat dirumah dan rumah sakit.

c. Istirahat tidur

Biasanya anak mengalami susah tidur akibat sesak nafas, batuk terus-menerus, secret yang menumpuk dan membuat anak menangis serta mengganggu kenyamanan anak.

d. Personal hygiene

Kaji frekuensi mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku dan ganti pakaian saat anak dirumah dan dirumah sakit.

e. Aktivitas

Kaji aktivitas yang sudah bisa dilakukan oleh anak saat dirumah dan dirumah sakit.

4. Pertumbuhan dan perkembangan (anak usia 9-12 bulan)

Perubahan pertumbuhan diawali dengan perubahan berat badan pada usia ini, bila gizi anak baik perkiraan berat badan akan mencapai 8900-9900 gram, sedangkan pertumbuhan

tinggi badan stabil tidak mengalami kecepatan dalam pertumbuhan tinggi badan (Soetjiningsih, 2013).

Perkembangan dapat dilihat dari perkembangan motoric kasar, halus, bahasa dan adaptasi social. Perkembangan pada usia 9-12 bulan yaitu (Soetjiningsih, 2013) :

- a. Motorik kasar memiliki kemampuan tangan dan kaki bergerak aktif, kepala tegak ketika didudukkan, duduk tanpa berpegangan, berdiri tanpa berpegangan.
- b. Motorik halus memiliki kemampuan memegang mainan, meraih atau menggapai sesuatu, mengambil mainan dengan tangan kiri atau kanan, memukul mainan dengan kedua tangan, memasukkan mainan ke cangkir.
- c. Perkembangan komunikasi atau bahasa ditandai dengan bereaksi dengan bunyi lonceng, berbicara ooo aaa, tertawa dan berteriak, menoleh ke suara, bersuara ma..ma da..da.
- d. Perkembangan social atau kemandirian ditandai dengan menatap wajah ibu, tersenyum spontan, memandang tangannya, memasukkan barang ke mulut, melambaikan tangan dan bertepuk tangan.

5. Riwayat imunisasi

Mengidentifikasi riwayat imunisasi, kelengkapan imunisasi sesuai dengan umur anak. Berikut jenis imunisasi bagi bayi dibawah usia 1 tahun (infodatin, 2014) :

- a. Usia 0 bulan : BCG, HB-0, Polio-1
- b. Usia 2 bulan : DPT/HB/Hib-1, Polio-2
- c. Usia 3 bulan : DPT/HB/Hib-2, Polio-3
- d. Usia 4 bulan : DPT/HB/Hib-3, Polio-4
- e. Usia 9 bulan : Campak

6. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan antara lain (Faida dkk, 2016) :

- a. Status penampilan yang terlihat, menilai tingkat kesadaran klien (normal, letargi, strupor, koma, apatis)
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, suhu, respirasi dan nadi.
- c. Pemeriksaan fisik headtotoe

1) Kepala

Inspeksi bentuk kepala (dolicephalus atau lonjong, brakhiocephalus atau bulat), kesimetrisan, dan pergerakan arah kepala. Adakah hirocephalus atau

pembesaran kepala. Palpasi nyeri tekan, fontanella cekung atau tidak.

2) Wajah

Inspeksi ekspersi wajah klien, warna dan kondidi wajah klien, struktur wajah klien, sembab atau tidak, ada kelumpuhan otot-otot fasialis atau tidak.

3) Mata

Amati palpebral, konjungtiva, bagaimana warnanya, bagaimana dengan kondisi kelopak mata, apakah kehiataman, apakah ada infeksi, adakah penurunan penglihatan.

4) Telinga

Amati bagian telinga luar, bentuk, ukuran, warna, lesi, nyeri tekan, adakah peradangan atau penumpukan serumen. Dengan otoskop kaji warna, bentuk, transparansi, perdarahan, dan perforasi.

5) Hidung

Amati tulang hidung dan posisi septum nasi, amati meatus adakah perdarahan, kotoran, pembengkakan, mukosa hidung, adkah pembesaran.

6) Mulut

Amati bibir, untuk mengetahui kelainan konginetal, warna bibir pucat atau merah, adakah lesi atau massa.

Amati gigi, gusi, lidah, adakah caries, kotoran, kelengkapan gigi, warna lidah, abses.

7) Leher

Inpeksi ukuran, palpasi apakah ada deviasi.

8) Dada

Pada saat di inpeksi kaji gerakan pernafasan seperti kedalaman dan frekuensi. Ketika di palpasi hasil akan normal jika vibrasi simetris dan paling jelas pada area thorakal. Pada saat di perkusi pekak di atas area yang konsolidasi, gesekan friksis pleura, normalnya timpani (terisi udara) resonan. Dan pada saat di auskultasi suara pernafasan meningkat intensitasnya seperti suara bronkovesikuler atau bronkhial pada daerah yang terkena. Suara tambahan seperti wheezing dan ronchi.

9) Abdomen

Inspeksi diikuti auskultasi, perkusi, dan palpasi. Pada saat pemeriksaan abdomen posisi anak terlentang dengan kaki fleksi dengan punggung dan lutut. Inspeksi ukuran, pada klien bronchopneumonia terdapat adanya kekakuan dinding abdomen.

10) Punggung dan bokong

Inspeksi adanya kurvatura dan simetrisitas tulang belakang, periksa adanya skoliosis.

11) Genetelia

Pada wanita palpasi adanya massa, inspeksi meatus uretra, inspeksi dan palpasi orifisium vaginalis dan kelenjar bartholin. Dan pada laki-laki palpasi adanya masa, inspeksi meatus uretra, inspeksi dan palpasi skrotum dan testis.

12) Anus

Inspeksi kondisi kulit, dan penampilan umum, munculkan dengan mengerutkan atas meregangkan area perianal dengan perlahan.

13) Ekstremitas

Inspeksi sendi kesimetrisan, ukuran, suhu, warna, mobilitas, nyeri tekan. Uji kekuatan tangan dan kaki. Bagaimana kondisi tangan dan kaki tersebut.

7. Data psikologis

a. Data psikologis

Mengidentifikasi kondisi psikologis klien dalam menghadapi kondisi sakit. Biasanya anak mengalami ketidaknyamanan, merasa takut, menangis terus-menerus akibat dari gejala penyakit seperti sesak nafas.

b. Data social

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit. Biasanya anak yang

sedang mengalami kondisi sakit, anak hanya mau bersama dengan ibu atau ayah klien.

c. Data spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme, kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

d. Data hospitalisasi

Mengidentifikasi respon atau reaksi anak dalam beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang sering didapat pada klien Bronkopneumonia menurut (Nurarif Kusuma, 2015) adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema, peningkatan produksi sputum
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, gangguan pengiriman oksigen
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia yang berhubungan

dengan toksin bakteri bau dan rasa sputum, distensi abdomen atau gas

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan insufisiensi O₂ untuk aktifitas sehari-hari
5. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit dalam serum
6. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan gangguan kognitif,, penurunan motivasi, kendala lingkungan, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuro muscular, nyeri, gangguan persepsi, ansietas berat
7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema, peningkatan produksi sputum

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x.. diharapkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas bisa teratasi dengan kriteria hasil :	Airway Suction 1. Pastikan kebutuhan oral atau trachea suctioning	1. Stimulasi batuk atau pembersih saluran nafas

<p>inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema, peningkatan produksi sputum</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dsypneu (mamou mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan 5. Barikan O₂ dengan mneggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal 6. Gunakan alat yang steril setiap 	<p>secara mekanis pada klien yang tidak dapat melakukann ya dikarenakan ketidakefektifan batuk atau penurunan kesadaran</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengauskultasi suara nafas untuk mengetahui perbedaan suara nafas klien sesudah dan sebelum dilakukan suction 3. Memberikan informasi yang jelas dan tepat, membuat klien dan keluarga dapat mengambil keputusan atas tindakan yang akan diberikan pada klien 4. Mengurangi rasa sakit saat memasukkann alat suction 5. Mencegah terjadinya kekurangan oksigen selama suction berlangsung 6. Mencegah terjadinya infeksi
---	--	---	---

-
- | | | |
|-----|--|---|
| | melakukan tindakan | |
| 7. | Anjurkan klien untuk istirahat dan anafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal | 7. Untuk mengurangi rasa sakit pada saat cateter dikeluarkan dari nasotrakeal |
| 8. | Monitor status oksigen klien | 8. Penurunan status oksigen mengidentifikasi kasikan klien mengalami kekuarangan oksigen yang dapat menyebabkan n terjadinya hipoksia |
| 9. | Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction | 9. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara melakukan suction |
| 10. | Hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O ₂ , dll | 10. Untuk mempertahankan kebutuhan oksigen klien |

Airway Management

- | | | |
|----|--|--|
| 1. | Buka jalan nafas, gunakan tehnik chin lift atau jaw trust bila perlu | 1. Jalan nafas yang paten dapat memberikan kebutuhan oksigen disemua jaringan tubuh secara adekuat |
| 2. | Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi | 2. Posisi semifowler dapat membuat |
-

		<p>oksigen didalam paru meningkat sehingga meringankan untuk bernafas</p>
3. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan	3. Alat bantu pernafasan membantu organ pernafasan memenuhi kebutuhan oksigen sehingga oksigen yang diperlukan tubuh terpenuhi	
4. Pasang mayo bila perlu	4. Untuk mempertahankan suara nafas tetap paten	
5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	5. Postural drainage efektif untuk mengeluarkan secret kepada bayi yang belum bisa mengeluarkan secret secara mandiri	
6. Keluarkan secret dengan batuk atau suction	6. Untuk memperlancar jalan nafas	
7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	7. Bersihan jalan nafas yang tidak efektif dapat dimanifestasikan dengan adanya bunyi nafas tambahan	
8. Lakukan suction pada mayo	8. Meningkatkan pertukaran gas	
9. Brikan	9. Bronkodilato	

	brokodilator bila perlu		r bekerja dengan cara melebarkan bronkus, merelaksasi an otot pernafasan menjadi lebih ringan
10. Monitor respirasi dan status O ₂		10. Takipneu, pernafasan dangkal dan pergerakan dadannya tidak simetris terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru akibat penyempitan bronkus	

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Dongoes, 2015)

- Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, gangguan pengiriman oksigen.

Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas

Diagnose	Tujuan	Intervensi	Rasional
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, gangguan pengiriman oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x.. diharapkan gangguan pertukaran gas bisa teratasi dengan kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat 2. Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan	Aiway management 1. Buka jalan nafas, gunakan tehnik chin lift atau jaw thrust bila perlu 2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi	1. Jalan nafas yang paten dapat memberikan kebutuhan oksigen secara adekuat 2. Posisi semifowler dapat membuat oksigen didalam paru

3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dsypneu		meningkat sehingga membantu untuk bernafas
4. Tanda-tanda vital dalam rentang normal	3. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas bantuan	3. Alat bantu pernafasan membantu organ pernafasan memenuhi kebutuhan oksigen sehingga oksigen yang diperlukan tubuh terpenuhi
	4. Pasang mayo bila perlu	4. Untuk mempertahankan suara nafas tetap paten
	5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	5. Postural drainage efektif untuk membantu mengeluarkan secret
	6. Keluarkan secret dengan batuk atau suction	6. Untuk memperlancar saluran pernafasan
	7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan	7. Bersihkan jalan nafas yang tidak efektif dapat dimanifestasikan dengan adanya bunyi nafas tambahan
	8. Lakukan suction pada mayo	8. Meningkatkan pertukaran gas
	9. Berikan bronkodilator bila perlu	9. Bronkodilator bekerja dengan cara melebarkan bronkus, merelaksasikan otot pernafasan menjadi lebih ringan

10. Monitor respirasi dan status O₂

10. Takipneu, pernafasan dangkal dan pergerakan dadan tidak simetris terjadi karna peningkatan tekanan dalam paru akibat penyempitan bronkus

Respiratory Monitor

1. Monitor rata-rata, kedalaman, irama dan uasaha respirasi

1. Untuk mengetahui perubahan pola nafas

2. Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostals

2. Menggunakan otot bantu nafas tambahan menunjukkan pola nafas yang tidak teratur

3. Monitor suara nafas

3. Apabila ada suara nafas tambahan berarti adanya ketidakefektif an bersihan jalan nafas

4. Monitor pola nafas (bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot

4. Menunjukkan aadanya masalah pada pola nafas

5. Auskultasi suara nafas, catat area penurunan atau tidak adanya ventilasi dan suara tambahan

5. Bersihan jalan nafas yang tidak efektif daapat dimanifestasik an dengan adanya bunyi nafas tambahan

6. Auskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya

6. Untuk mengetahui masih ada atau tidaknya suara nafas

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia yang berhubungan dengan toksin bakteri bau dan rasa sputum, distensi abdomen atau gas.

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Diagnose	Tujuan	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia yang berhubungan dengan toksin bakteri bau dan rasa sputum, distensi abdomen atau gas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x.. diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan bisa teratasi dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi Tidak ada tanda-tanda malnutrisi Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	Nutrition management <ol style="list-style-type: none"> Kaji adanya alergi makanan Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan Anjurkan klien untuk meningkatkan intake Fe Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C Berikan substansi gula Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui jenis makanan yang cocok Ahli gizi adalah spesialis dalam ilmu gizi yang membantu klien memilih makanan sesuai dengan keadaan sakitnya Agar tubuh klien tidak lemah Sebagai pemenuhan energy tubuh Sebagai pemenuhan energy tubuh Serat mengikat air dan mempertahankan air tersebut agar tetap dalam rongga usus sehingga meningkatkan volume tinja

-
- | | |
|--|--|
| | yang lebih lunak |
| 7. Berikan makanan yang terpilih (dikonsultasikan dengan ahli gizi) | 7. Meningkatkan selera makan dan intake makanan sesuai diit yang tepat |
| 8. Ajarkan klien bagaimana membuat catatan makanan harian | 8. Membuat catatan makanan harian dapat mengontrol pola makan kita |
| 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori | 9. Memantau adekuatkan asupan nutrisi pada klien |
| 10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi | 10. Dengan diberikan informasi dapat memenuhi kebutuhan nutrisi klien |
| 11. Kaji kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 11. Nutrisi yang sesuai dengan tubuh dapat meningkatkan status nutrisi klien |

Nutrition Monitoring

- | | |
|---|---|
| 1. Berat badan klien dalam batas normal | 1. Dengan adanya penurunan berat badan menunjukkan kurangnya nutrisi |
| 2. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan | 2. Untuk menyesuaikan dengan keadaan klien |
| 3. Monitor turgor kulit | 3. Turgor kulit yang lama jelek menunjukkan ketidakseimbangan nutrisi |

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Dongoes, 2015)

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan insufisiensi O₂ untuk aktifitas sehari-hari.

Tabel 2.4 Intervensi Intoleransi Aktivitas

Diagnose	Tujuan	Intervensi	Rasional
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan insufisiensi O ₂ untuk aktifitas sehari-hari	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x.. diharapkan intoleransi aktivitas bisa teratasi dengan kriteria hasil : 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri 3. Tanda-tanda vital normal 4. Energy psikomotor 5. Level kelemahan 6. Mampu berpindah dengan atau tanpa alat bantu 7. Status kardiopulmunari adekuat 8. Sirkulasi status baik 9. Status respirasi pertukaran gas dan ventilasi adekuat	Activity therapy 1. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medic dalam merencanakan program terapi yang tepat 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social 4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda atau krek 6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 7. Bantu klien untuk	1. Membantu mempercepat proses penyembuhan klien 2. Aktivitas yang ringan dapat mencegah peningkatan kerja jantung dan mengurangi kelelahan 3. Aktivitas yang ringan membantu klien dalam meningkatkan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan secara mandiri 4. Meminimalisir tingkat ketergantungan 5. Membantu pemenuhan secara mandiri 6. Membantu klien dalam meningkatkan kemampuan dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri dan mempertahankan peran klien 7. Aktivitas yang

	membuat jadwal latihan diwaktu luang	terjadwal dapat membantu meningkatkan peran dan fungsi klien yang hilang
8.	Bantu klien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas	8. Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien dan membantu keluarga dalam memberikan informasi tentang cara membantu memenuhi kebutuhan klien
9.	Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas	9. Dukungan positif membantu respon psikologis klien yang lebih efektif
10.	Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan	10. Meningkatkan harga diri klien dari sebagian peran yang hilang
11.	Monitor respon fisik, emosi, social, dan spiritual	11. Mengidentifikasi adanya stress psikologis yang dapat mengganggu aktivitas klien sehari-hari

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Dongoes, 2015)

5. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit dalam serum.

Tabel 2.5 Intervensi Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit

Diagnose	Tujuan	Intervensi	Rasional
Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit dalam serum	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x.. diharapkan resiko ketidakseimbangan elektrolit bisa teratasi dengan kriteria hasil : 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine	Fluid management 1. Timbang popok atau pembalut jika diperlukan 2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat	1. Untuk mengetahui pengeluaran cairan 2. Untuk mengumpulkan dan menganalisis data klien

<p>normal, HT normal</p> <p>2. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi</p> <p>4. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</p>	<p>3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik) jika diperlukan</p> <p>4. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>5. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori harian</p> <p>6. Kolaborasikan pemberian cairan intravena</p> <p>7. Monitor status nutrisi</p> <p>8. Dorong masukan oral</p> <p>9. Dorong keluarga untuk membantu klien makan</p> <p>10. Tawarkan snack (jus, buah segar)</p>	<p>3. Untuk mengukur keseimbangan cairan</p> <p>3. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik</p> <p>4. Perubahan tanda-tanda vital dapat menggambarkan keadaan umum klien</p> <p>5. Memberikan pedoman untuk mengganti cairan</p> <p>6. Pemberian cairan intravena untuk memenuhi kebutuhan cairan klien</p> <p>7. Untuk mengetahui status nutrisi klien</p> <p>8. Untuk memberikan asupan nutrisi makanan</p> <p>9. Untuk menambah asupan nutrisi makan</p> <p>10. Makanan yang baik untuk menambah asupan nutrisi yang kurang</p>
---	---	---

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015, Dongoes, 2015)

6. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan gangguan kognitif, penurunan motivasi, kendala lingkungan, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuro muscular, nyeri, gangguan persepsi, ansietas berat

Table 2.6 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnose	Tujuan	Intervensi	Rasional
1. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan gangguan kognitif,, penurunan motivasi, kendala lingkungan, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuro muscular, nyeri, gangguan persepsi, ansietas berat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... di harapkan defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil: 1. Perawatan diri ostomy : tindakan pribadi mempertahankan ostomy untuk eliminasi 2. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu 3. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri tanpa alat bantu 4. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi 5. Membersihkan	Self- Care Assistance : Bathing/ Hygiene 1. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Menyediakan artikel pribadi yang dibutuhkan (sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion) 4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal 5. Mendorong orang tua atau keluarga partisipasi dalam perawatan diri pasien 6. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsusikan perawatan diri	1. Menentukan cara mempromosikan tentang perawatan diri kepada pasien 2. Mengetahui apa saja yang dibutuhkan oleh pasien 3. Membantu memenuhi kebutuhan untuk perawatan diri pasien 4. Menjaga kenyamanan dan privasi klien 5. Membantu klien untuk melakukan perawatan diri 6. Untuk membuat pasien mengetahui pentingnya perawatan diri

dan
mengeringkan
tubuh

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015)

7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.

Tabel 2.7 Intervensi Kurangnya Pengetahuan

Diagnose	Tujuan	Intervensi	Rasional
Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... di harapkan kurangnya pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Klien paham tentang penyakitnya.	1. Kaji tingkat pemahaman klien dan keluarga. 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi serta cara yang tepat untuk menangani penyakitnya.	1. Pemahaman klien dan keluarga sangat diperlukan untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien dan keluarga. 2. Penjelasan mengenai penyakit sangat diperlukan bagi klien dan keluarga.

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan

selesai setelah mencapai tujuan yang sudah ditetapkan (Kodim, 2015).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi formatif (evaluasi proses)

Berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan dan sesuai dengan wewenang (Kodim, 2015).

2. Evaluasi sumatif

Berfokus pada respon perilaku klien tentang pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan sesuai dengan kriteria hasil (Kodim, 2015).

2.3 Konsep Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

2.3.1 Pengertian

Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara aktif (Carpenito & Moyet, 2013)

2.3.2 Pengkajian

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Riwayat gangguan respirasi
4. Status pernafasan, seperti kecepatan dan kedalaman respirasi, adanya demam, kesimetrisan ekspansi dada, penggunaan otot-otot tambahan, batuk, sputum (warna, kekentalan, jumlah, bau), palpasi, perkusi daerah paru, auskultasi suara nafas, kadar gas daerah arteri, foto sinar-X dada.
5. Status neurologic, meliputi tingkat kesadaran, orientasi, dan status mental
6. Pengetahuan, meliputi pemahaman terhadap kondisi fisik dan pengetahuan serta keterampilan dalam melakukan maneuver pembersihan jalan nafas.
7. Kesiapan fisik, mental, dan emosional untuk belajar.

2.3.3 Batasan karakteristik

1. Suara nafas yang tidak biasa (krepitasi, ronchi, mengi, wheezing)
2. Perubahan kecepatan atau irama respirasi
3. Batuk tidak efektif
4. Sianosis

5. Kesulitan vokalisasi
6. Penurunan suara nafas
7. Dyspnea
8. Ortopnea
9. Kegelisahan

2.3.4 Intervensi

1. Kaji status pernafasan sekurangnya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan
2. Berikan posisi semifowler untuk membantu bernafas dan ekspansi dada serta ventilasi lapangan paru basilar
3. Ajarkan klien untuk batuk efektif untuk membantu mengeluarkan secret
4. Berikan kelembapan yang adekuat untuk mencairkan secret
5. Berikan cairan untuk memastikan hidrasi yang adekuat dan mencairkan secret
6. Lakukan postural drainage, perkusi, dan vibrasi setiap 4 jam atau sesuai program yang ditetapkan untuk meningkatkan mobilisasi sekresi yang mengganggu oksigenasi. Pantau secret untuk mengukur ketidakefektifan terapi
7. Mobilisasi klien dengan kemampuan penuh untuk memfasilitasi ekspansi dada dan ventilasi

8. Hindari posisi telentang. Berikan posisi lateral, duduk, tegak lurus untuk meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi
9. Ajarkan klien tentang upaya mempertahankan dehidrasi yang adekuat, pemantauan secret setiap hari dan melaporkan perubahannya, mengonsumsi obat yang telah diresepkan

2.3.5 Dokumentasi

1. Pernyataan klien tentang kemampuan untuk membersihkan jalan nafas dan merasa nyaman saat telah melakukannya
2. Status pernafasan (karakteristik batuk dan sputum)
3. Perlunya pengisapan dan ketidakefektifan
4. Keefektifan pengobatan
5. Pengajaran yang diberikan tentang pemberian jalan nafas dan respon klien
6. Respon terhadap intervensi
7. Evaluasi setiap hasil yang diharapkan

2.4 Konsep fisioterapi dada

2.4.1 Pengertian

Fisioterapi dada adalah salah satu terapi yang sangat berguna bagi penderita penyakit respirasi baik yang bersifat

akut maupun kronis. Fisioterapi dada ini dapat digunakan untuk pengobatan dan pencegahan pada penyakit paru yang merupakan suatu tindakan keperawatan yang terdiri dari perkusi, vibrasi dan postural drainage (Putri, 2013)

2.4.2 Tujuan

Tujuan dilakukan fisioterapi dada ini adalah :

1. Mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan
2. Membantu membersihkan secret dari bronkus
3. Untuk mencegah penumpukan secret, memperbaiki pergerakan dan aliran secret
4. Meningkatkan efisiensi pernafasan dan ekspansi paru
5. Klien dapat bernafas dengan bebas dan tubuh mendapatkan oksigen yang cukup
6. Mengeluarkan secret dari saluran pernafasan

2.4.3 Konsep fisiologi fisioterapi dada

1. Clapping atau perkusi dada

Clapping atau perkusi dada adalah tepukan atau pukulan ringan pada dinding dada klien menggunakan telapak tangan yang dibentuk seperti mangkuk, tepukan tangan secara berirama dan sistematis dari arah atas

menuju bawah. Clapping dilakukan selama 1-2 menit. Tujuannya untuk melepaskan atau melonggarkan secret yang tertahan.

2. Vibrasi

Vibrasi adalah kompresi dan getaran kuat secara serial oleh tangan yang diletakkan secara datar pada dinding dada klien selama fase ekhalansi pernafasan. Vibrasi dilakukan setelah perkusi untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi sehingga dapat melepaskan mucus kental yang melekat pada bronkus dan bronkioulus. Vibrasi dilakukan pada waktu klien mengeluarkan nafas.

3. Postural drainage

Postural drainage adalah pengaliran sekresi dari berbagai segmen paru dengan bantuan gravitasi. Postural drainage menggunakan posisi khusus yang memungkinkan gaya gravitasi membantu mengeluarkan sekresi bronkus. Tujuannya menghilangkan atau mencegah obstruksi bronkial yang disebabkan oleh akumulasi sekresi.

2.4.4 Prosedur tindakan fisioterapi dada

1. Cuci tangan.
2. Mengatur posisi sesuai daerah paru yang terganggu dengan posisi drainage.
3. Memasang alas atau handuk pada area yang akan diperkusi dan tempatkan pot sputum didekat mulut klien.
4. Melakukan clapping atau perkusi dengan cara telapak tangan dibentuk seperti mangkuk lalu pukulkan pada punggung klien perlahan selama 1-2 menit.
5. Meminta klien untuk batuk dan mengeluarkan secret segera setelah perkusi selesai.
6. Untuk mengeluarkan secret pada bayi, letakkan bayi pada posisi tengkurap dengan kepala lebih rendah karna pada bayi belum bisa melakukan batuk efektif.
7. Setelah melakukan tindakan, evaluasi kembali untuk mendengarkan adanya ronchi atau suara nafas tambahan dengan stetoskop.
8. Prosedur ini dilakukan pada bagian yang terdapat secret.

2.4.5 Posisi fisioterapi dada

Posisi postural drainage dalam tindakan fisioterapi dada sebagai berikut (Putri, 2013) :

1. Kiri dan kanan atas lobus anterior apical bronkus
Klien duduk dengan posisi tegap, perkusi dan vibrasi pada bahu dan bawah tulang selangka dilakukan secara bersamaan.
2. Kiri dan kanan atas lobus posterior apical bronkus
Klien duduk dengan mendekap bantal, kepala menunduk, perkusi dan vibrasi pada bahu dan dibawah tulang selangka secara bersamaan.
3. Depan lobus bronkus
Klien tidur terlentang, perkusi dibawah tulang selangka pada kedua belah sisi.
4. Belakang lobus bronkus
Klien tidur tengkurap dengan kepala menengok ke kiri atau ke kanan, perkusi dan vibrasi pada kanan dan kiri punggung.
5. Tengah anterior lobus bronkus
Posisi tidur terlentang seperti posisi trendelenberg dengan alas kaki setinggi 30cm, kaki kanan ditekuk dan punggung kanan tidak menempel ke pengalas, perkusi dan vibrasi pada kanan dada.
6. Tengah posterior lobus bronkus
Posisi tidur miring kesamping kiri dengan kaki kanan ditekuk atau dapat diberikan pengganjal bantal atau

guling dengan pinggang terangkat dan alasa kaki setinggi 30cm, perkusi dan viibrasi pada bagian punggung kanan.

7. Bawah anterior lobus bronkus

Posisi Trendelenburg dengan perut menempel pada pengalas, kaki lurus dengan alas kaki setinggi 30cm, perkusi dan vibrasi pada kanan dan kiri dada.

8. Bawah posterior lobus bronkus

Posisi Trendelenburg dengan perut menempel pada pengalas dengan alas kaki setinggi 30 cm, perkusi dan vibrasi pada kanan dan kiri punggung.

9. Bawah tepi lobus bronkus

Posisi Trendelenburg miring kekiri atau kekanan dengan tangan bagian atas dinaikkan keatas kepala, perkusi dan vibrasi punggung.

10. Bawah atas lobus bronkus

Tidur tengkurap atau perut menempel kepengalas, kaki lurus. Perkusi dan vibrasi kiri dan kanan punggung.