

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKHOPNEUMONIA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN
NAPAS DI RUANG KALIMAYA ATAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
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 Fakultas
Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

RABIUL TSANI MUSLIMAH

NIM: AKX. 17. 068



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rabiul Tsani Muslimah

NIM : AKX. 17. 068

Institusi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat
Medik

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Bronkhopneumonia Dengan
Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Kalimaya Atas
Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, April 2020



Rabiul Tsani Muslimah

AKX. 17. 068

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

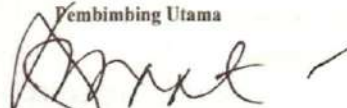
ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKHOPNEUMONIA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS DI RUANG
KALIMAYA ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SLAMET GARUT

OLEH:
RABIUL TSANI MUSLIMAH
AKX. 17. 068

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti
tertera dibawah ini

Menyetujui,

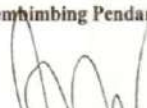
Pembimbing Utama



Agus Mi'raj D, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes
M.Kep

NIK. 02005020119

Pembimbing Pendamping



Angga Satria Pratama,

NIK. 02015020175

Mengetahui, Prodi DIII Keperawatan
Ketua



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

NIDN. 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKHOPNEUMONIA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS DI RUANG
KALIMAYA ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SLAMET GARUT

OLEH:
RABIUL TSANI MUSLIMAH
AKX. 17. 068

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, 3 Agustus 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua: Agus M'raj Darajat, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes

Anggota:

1. Hj. Djubaedah, AMK.,S.Pd.,MM
2. Irfan Safarudin A, S.Kep.,Ners
3. Angga Satria Pratama, M.Kep

Mengetahui,

Fakultas Keperawatan
Ketua

Rdi Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIDN. 020007020132

ABSTRAK

Latar Belakang: Bronkhopneumonia merupakan penyebab utama kematian balita di dunia. Penyakit ini menyumbang 16% dari seluruh kematian anak dibawah 5 tahun, di Indonesia angka kejadian bronkhpnemunia meningkat dari 1,6% pada tahun 2013 menjadi 2,0% pada tahun 2018. Di RSUD dr. Slamet Garut Bronkhopneumonia menjadi urutan ke 3 dalam daftar 10 penyakit terbesar dengan jumlah 1.214 kasus. Bronkhopneumonia adalah jenis infeksi paru yang disebabkan oleh agen infeksius dan terdapat di daerah bronkus dan sekitar alveoli. **Tujuan:** Melaksanakan asuhan keperawatan pada anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua pasien anak Bronkhopneumonia dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas pada kasus 1 dapat teratasi dan pada kasus 2 dapat teratasi sebagian. **Diskusi:** Pasien dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas yang diberikan intervensi *Postural Drainage* tidak selalu memiliki respon yang sama, respon setiap pasien dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien. **Saran:** Perawat diharapkan dapat melakukan edukasi terhadap keluarga klien bronkhopneumonia agar lebih memahami tentang perawatan penyakit yang diderita oleh anaknya serta mandiri dalam melakukan tindakan perawatan khususnya *postural drainage*.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Bronkhopneumonia, Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas, *Postural Drainage*

Daftar Pustaka: 8 buku (2012-2016), 2 jurnal (2015-2018), 2 website

ABSTRACT

Background: Bronchopneumonia is the leading cause of infant mortality in the world. This disease accounts for 16% of all child deaths under 5 years, in Indonesia the incidence of pneumonia increased from 1.6% in 2013 to 2.0% in 2018. In RSUD dr. Slamet Garut Bronchopneumonia ranks third in the list of 10 biggest diseases with a total 1,214 cases. Bronchopneumonia is a type of lung infection caused by infectious agents and is present in the bronchial area and around the alveoli. Purpose: Carry out nursing care for children with bronchopneumonia with nursing problems Ineffectiveness Cleans the Airway. Method: Case studies are to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted in two pediatric bronchopneumonia patients with nursing problems Ineffectiveness Cleans the Airway. Result: After doing nursing care for three days nursing problems Ineffectiveness Cleans the Airway in case 1 can be resolved and in case 2 can be partially resolved. Discussion: Patient with nursing problems Ineffectiveness Cleans the Airway those given Postural Drainage intervention do not always have the same response, each patient's response is influenced by the condition or health status. So nurses have to do comprehensive care to handle nursing problems in each patient. Recommendation: Nurses can educate the clients' families of bronchopneumonia to better understand the care of the illness suffered by their children and to be independent in taking care of actions, especially postural drainage.

Keywords: Nursing Care, Bronchopneumonia, Ineffectiveness Cleans the Airway, Postural Drainage

Bibliography: 8 books (2012-2016), 2 journals (2015-2018), 2 websites

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis masih bisa diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKHOPNEUMONIA DENGAN KETIFAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS DI RUANG KALIMAYA ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd. Siti Jundiah S,Kp.,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. Agus Mi'raj Darajat, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Angga S Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Santi Rindiany, S.Kep., Ners selaku CI Ruangan Kalimaya Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Staf dosen pengajar yang membekali ilmu dan keterampilan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.

10. Kepada orang tua ku tercinta Ayahanda Sobandi, S.E dan Ibunda Lilis Susilawati, S.Pd serta Kakak tersayang Heva Nurunnisa, A.Md.Keb dan juga adik tersayang Anita Fuji Syukrillah yang telah memberikan dukungan moril, materil, dan spiritual dengan penuh cinta, kasih sayang, kesabaran dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Seluruh teman seperjuangan angkatan XIII serta senior yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
12. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sampaikan satu persatu.

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, April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Dalam.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan Pembimbing	iii
Lembar Pengesahan Penguji	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Saluran Pernapasan	7
2.1.3 Manifestasi Klinik.....	12
2.1.4 Etiologi.....	13
2.1.5 Patofisiologi	14
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	17
2.1.7 Penatalaksanaan	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.2.1 Pengkajian	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	27
2.2.3 Intervensi.....	28

BAB III METODE PENULISAN	33
3.1 Desain Penelitian.....	33
3.2 Batasan Istilah	33
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	34
3.4 Lokasi dan Waktu Pengambilan	34
3.5 Pengumpulan Data	34
3.6 Uji Keabsahan Data.....	36
3.7 Analisa Data	37
3.8 Etik Penelitian	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	43
4.1 Hasil.....	43
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	43
4.1.2 Asuhan Keperawatan	43
4.1.2.1 Pengkajian.....	43
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	62
4.1.2.3 Intervensi Keperawatan.....	65
4.1.2.4 Implementasi Keperawatan	69
4.1.2.5 Evaluasi Sumatif	72
4.2 Pembahasan.....	73
4.2.1 Pengkajian	73
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	75
4.2.3 Intervensi.....	77
4.2.4 Implementasi	77
4.2.5 Evaluasi	78
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	80
5.1 Kesimpulan	80
5.1.1 Pengkajian	80
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	81
5.1.3 Intervensi.....	81
5.1.4 Implementasi	81
5.1.5 Evaluasi	82
5.2 Saran	83
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	83
5.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).....	83
5.2.3 Bagi Perawat	83
5.2.4 Bagi Keluarga Anak.....	83

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.....	28
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Gangguan Pertukaran Gas.....	29
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	30
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas	31
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit.....	32
Tabel 4.1 Identitas Klien	43
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	44
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan Sekarang	44
Tabel 4.4 Riwayat Kehamilan dan Kelahiran	46
Tabel 4.5 Riwayat Kesehatan Dahulu	47
Tabel 4.6 Riwayat Kesehatan Keluarga	47
Tabel 4.7 Pola Aktivitas Sehari-hari	48
Tabel 4.8 Pertumbuhan	50
Tabel 4.9 Perkembangan	51
Tabel 4.10 Riwayat Imunisasi.....	52
Tabel 4.11 Pemeriksaan Fisik	52
Tabel 4.12 Data Psikologis	56
Tabel 4.13 Data Sosial	56
Tabel 4.14 Data Spritual	57
Tabel 4.15 Data Hospitalisasi	57
Tabel 4.16 Data Penunjang	58
Tabel 4.17 Program dan Rencana Pengobatan.....	59
Tabel 4.18 Analisa Data.....	60
Tabel 4.19 Diagnosa Keperawatan	62

Tabel 4.20 Intervensi Keperawatan.....	65
Tabel 4.21 Implementasi.....	69
Tabel 4.22 Evaluasi Sumatif	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Jenis Pneumonia	6
Gambar 2.2 Saluran Pernapasan Atas	8
Gambar 2.3 Laring, Trakea, dan Bronki beserta cabang-cabangnya	9
Gambar 2.4 Kedudukan Paru-paru Di Dalam Thoraks	10
Gambar 2.5 Diagram Batas Lobus Paru-paru	11
Gambar 2.6 Diagram Dari Akhiran Sebuah Bronkiolus Di Dalam Alveoli	11

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Bronkhopneumonia.....	15
---	----

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
Kemkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
GDA	: Gula Darah Acak
AGD	: Analisa Gas Darah
IM	: Intra Muskular
IV	: Intra Vena
TT	: Tetanus Toxoid
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
LK	: Lingkar Kepala
LD	: Lingkar Dada
LA	: Lingkar Abdomen
LLA	: Lingkar Lengan Atas
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Lembar SAP
Lampiran IV	Lembar Leaflet
Lampiran V	Lembar Observasi
Lampiran VI	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran VII	Jurnal Penelitian I
Lampiran VIII	Jurnal Penelitian II
Lampiran IX	Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) menyebutkan Bronkhopneumonia merupakan penyebab utama kematian balita di dunia. Penyakit ini menyumbang 16% dari seluruh kematian anak dibawah 5 tahun yang menyebabkan kematian pada 920.136 anak atau lebih dari 2.500 kematian per hari. Bronkhopneumonia lebih sering terjadi di Negara berkembang dibandingkan dengan Negara maju, dimana 6 dari 10 anak meninggal karena Bronkhopneumonia tersebar di Negara berkembang. WHO juga melaporkan 15 negara berkembang dengan jumlah kematian terbanyak akibat bronkhopneumonia dengan jumlah terbanyak berasal dari Negara India yaitu sebanyak 158.176, diikuti Nigeria di urutan kedua sebanyak 140.520 dan Pakistan di urutan ketiga sebanyak 62.782 kematian. Indonesia berada di urutan ketujuh dengan total 20.084 kematian (WHO 2017 : WHO 2018).

Di Indonesia, bronkhopneumonia menjadi penyebab kematian yang masuk dalam 10 penyakit terbesar tiap tahunnya pada bayi dan balita dan berada pada urutan ke-4 setelah penyakit *Tuberculosis Paru, Dengue Haemorrhagic Fever, dan Diare*. Jumlah kasus bronkhopneumonia di Indonesia mencapai 22,23% pada bayi dan balita (Kemenkes RI, 2017). Angka kejadian pneumonia di Indonesia pada tahun 2013 adalah 1,6% dengan total 2.518.000 kasus dan naik menjadi 2,0% dengan total 2.677.000 di tahun 2018 untuk rentang segala usia (Riskesdas, 2018).

Di Jawa Barat, angka kejadian bronkhopneumonia diperkirakan mencapai 4,62% dengan lima kabupaten/kota yang mempunyai insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk segala umur adalah Kota Tasikmalaya, Kab. Sumedang, Kab. Tasikmalaya, Kab. Bandung Barat, dan

Kab. Purwakarta. Di Kab. Garut, angka kejadian bronkhpnemonia mencapai 32,7% (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2017).

Catatan *Medical Record* RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2019 mendapatkan 10 daftar penyakit terbesar. *Congestive Heart Failure* dengan jumlah pasien sebanyak 1.530 kasus, *Gastroenteritis* dengan jumlah pasien sebanyak 1.240 kasus, *Brokhopneumonia* dengan jumlah pasien sebanyak 1.214 kasus, *Tuberculosis Paru* dengan jumlah sebanyak 977 kasus, *Anemia* dengan jumlah sebanyak 901 kasus, *Dengue Haemorrhagic Fever* dengan jumlah sebanyak 786 kasus, *Chronic Kidney Disease* dengan jumlah sebanyak 782 kasus, *Serebral* dengan jumlah sebanyak 775 kasus, *Typoid* dengan jumlah sebanyak 738 kasus, dan *Dispsia* dengan jumlah sebanyak 554 kasus. Dari data tersebut, *Bronkhopneumonia* menjadi urutan ke 3 dalam daftar 10 penyakit terbesar di RSUD dr. Slamet Garut.

Dari data yang diperoleh di Ruang Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019, *Bronkhopneumonia* menempati urutan pertama dalam daftar 10 penyakit terbesar di Ruang Kalimaya Atas dengan jumlah pasien sebanyak 147 kasus, diikuti oleh *Diare* dengan jumlah pasien sebanyak 110 kasus, *Kejang Demam Kronik* dengan jumlah pasien sebanyak 97 kasus, *Dengue Fever* dengan jumlah pasien sebanyak 84 kasus, *Typoid* dengan jumlah pasien sebanyak 80 kasus, *Anemia* dengan jumlah pasien sebanyak 79 kasus, *Epilepsi* dengan jumlah pasien sebanyak 70 kasus, *Nefrotic Syndrome* dengan jumlah pasien sebanyak 70 kasus, Penyakit Jantung Bawaan dengan jumlah pasien sebanyak 63 kasus, dan *Meningitis* dengan jumlah pasien sebanyak 60 kasus.

Anak dengan bronkopneumonia akan mengalami gangguan pernapasan yang disebabkan karena adanya inflamasi dialveoli paru-paru. Infeksi ini akan menimbulkan peningkatan produksi sputum yang akan menyebabkan gangguan kebersihan jalan napas, suara ronchi ataupun krekels saat diauskultasi. Selain itu Bronkhopneumonia ditandai dengan adanya batuk

produktif karena akumulasi sekret pada jalan napas sebagai akibat dari inflamasi yang terjadi. Berbagai permasalahan yang di akibatkan bronkopneumoni dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia, sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan seperti ketidak efektifan bersihan jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan pola nafas tidak efektif.

Bronkhopneumonia dapat diatasi secara farmakologi dan nonfarmakologi. Secara farmakologi biasanya diberikan Penisilin ditambah dengan Cloramfenikol atau diberikan antibiotik yang mempunyai spectrum luas seperti Ampisilin untuk pemberian terapi secepatnya pada klien (Huda dan Kusuma, 2015). Secara nonfarmakologi, bronkhopneumonia merupakan salah satu kasus yang dapat ditangani oleh fisioterapi. Fisioterapi menggunakan *Infra red*, dan *Chest physiotherapy (Deep breathing, Postural drainage, Clapping, Vibrasi, dan Batuk efektif)* dapat dilakukan pada klien dengan bronkhopneumonia (Amin, 2018)

Anak-anak berusia dibawah 6 tahun pada umumnya belum bisa mengeluarkan dahak atau sputum dengan sendiri, oleh sebab itu untuk mempermudah hal tersebut dapat juga dibantu dengan terapi inhalasi. Pemilihan tehnik *Postural Drainage* juga menjadi pilihan pada bayi ataupun infant yang belum bisa mengeluarkan dahak dengan cara batuk efektif. (Aryayuni, 2015).

Hal ini tentunya akan menimbulkan dampak yang cukup berpengaruh pada proses pernafasan klien, penumpukan sputum yang berlebih ini yang akan mengakibatkan klien merasakan napas sesak. Untuk mengatasi masalah tersebut, tentunya diperlukan tindakan asuhan keperawatan yang bisa dilakukan perawat secara mandiri maupun berkolaborasi dalam mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu dengan tindakan fisioterapi dada untuk membantu dalam pengeluaran sputum (Nugroho,2011).

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Anak Bronkhopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Kalimaya Atas RSUD dr.Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, bagaimana asuhan keperawatan anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut
5. Melakukan evaluasi pada anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis, sekurang-kurangnya dapat berguna sebagai sumbangan pemikiran bagi dunia pendidikan mengenai asuhan keperawatan anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan teknik postural drainage secara tepat saat pembelajaran di laboratorium sesuai dengan asuhan keperawatan anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.

2. Bagi Rumah Sakit

Memberikan saran bagi pihak rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan kesehatan asuhan keperawatan Anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan Anak Bronkhopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Sebagai acuan dalam memberikan penatalaksanaan pada anak bronkhopneumonia secara mandiri yang dapat diterapkan di rumah kelak.

BAB II

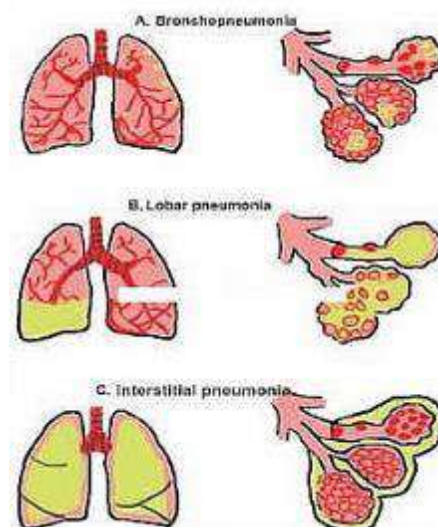
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Pneumonia adalah suatu radang paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan benda asing (Ngastiyah, 2012). Bronkhopneumonia sendiri adalah infiltrate yang tersebar pada kedua belahan paru. Dimulai pada bronkiolus terminalis yang menjadi tersumbat oleh eksudat mukopurulent yang disebut juga “Lobular Pneumonia” (Ridha, 2014). Bronkhopneumonia adalah jenis infeksi paru yang disebabkan oleh agen infeksius dan terdapat di daerah bronkus dan sekitar alveoli (Huda dan Kusuma, 2015).

Dari pengertian-pengertian di atas, dapat disimpulkan bronkhopneumonia adalah salah satu jenis pneumonia yang disebut juga sebagai “Lobular Pneumonia” yang mengakibatkan terjadinya peradangan pada daerah bronkus dan sekitar alveoli. Peradangan bisa disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan benda asing.



Gambar 2.1 Jenis pneumonia (Huda dan Kusuma, 2015)

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Saluran Pernafasan

2.1.2.1 Anatomi

1. Nares Anterior

Nares anterior adalah saluran-saluran di dalam lubang hidung. Saluran-saluran itu bermuara ke dalam bagian yang dikenal sebagai vestibulum (rongga) hidung. Vestibulum ini dilapisi epitelium bergaris yang bersambung dengan kulit. Lapisan nares anterior memuat sejumlah kelenjar sebaceous yang ditutupi bulu kasar. Kelenjar-kelenjar itu bermuara ke dalam rongga hidung.

2. Rongga Hidung

Rongga hidung dilapisi selaput lender yang sangat kaya akan pembuluh darah, bersambung dengan lapisan faring dan selaput lender semua sinus yang mempunyai lubang masuk ke dalam rongga hidung. Daerah pernafasan dilapisi epitelium silinder dan sel epitel berambut yang mengandung sel cangkir atau sel lender. Sekresi sel itu membuat permukaan nares basah dan belendir.

Sewaktu udara melalui hidung, udara disaring oleh bulu-bulu yang terdapat didalam vestibulum. Karena kontak dengan permukaan lender yang dilaluinya, udara menjadi hangat, dan karena penguapan air dan permukaan selaput lender, udara menjadi lembab.

3. Faring

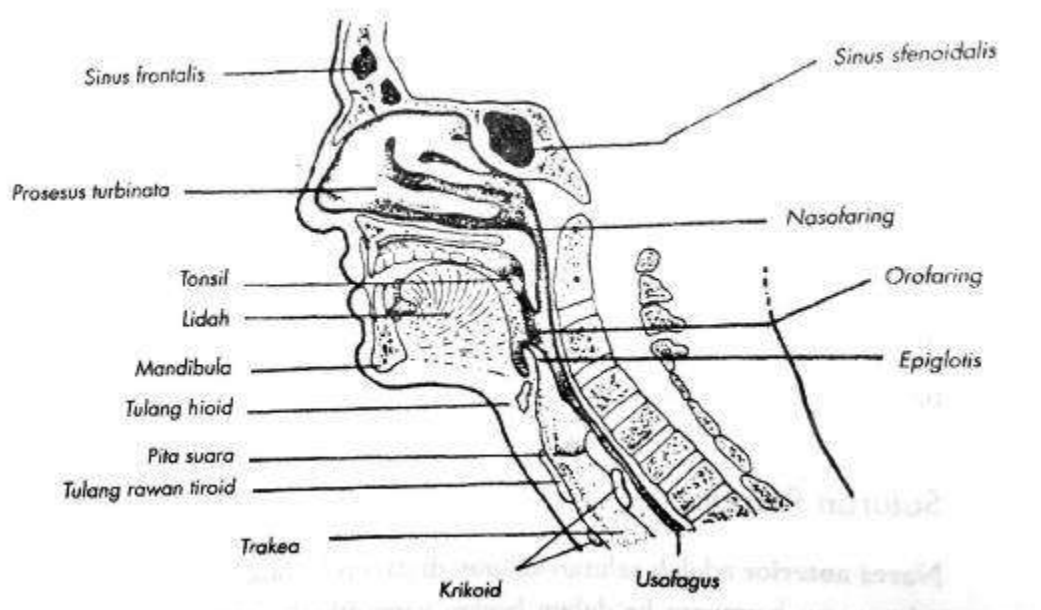
Faring adalah pipa berotot yang berjalan dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esofagus pada ketinggian tulang rawan krikoid. Maka letaknya dibelakang hidung (nasofaring), di belakang mulut (orofaring) dan di belakang laring (faring-laringeal).

4. Laring

Laring terdiri atas kepingan tulang rawan yang diikat bersama oleh ligament dan membrane. Terkait di puncak tulang rawan, terdapat epiglotis yang berupa katup tulang rawan dan membantu menutup laring sewaktu menelan. Laring dilapisi jenis selaput lender yang sama

dengan yang di trakea, kecuali pita suara dan bagian epiglottis yang dilapisi sel epitelium berlapis.

Pita suara terletak dibagian dalam laring. Suara dihasilkan karena getaran pita yang disebabkan udara yang melalui epiglottis. Berbagai otot yang terkait pada laring mengendalikan suara, juga menutup lubang atas laring sewaktu menelan.

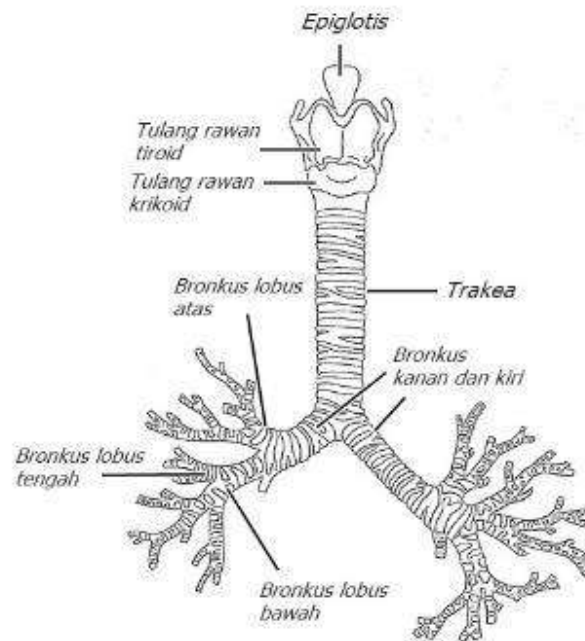


Gambar 2.2 Saluran pernapasan atas (Evelyn, 2013)

5. Trakea

Trakea atau batang tenggoeok memiliki panjang kira-kira 9 cm. trakea berjalan dari laring sampai kira-kira ketinggian vertebra torakalis ke-5 dan ditempat ini bercabang menjadi dua bronkus.. Trakea tersusun atas 16-20 lingkaran tak lengkap berbentuk cincinyang diikat bersama oleh jaringan fibrosa. Trakea dilapisi selaput lender yang terdiri atas epitelium bersilia dan sel cangkir. Silia ini bergerak menuju ke atas ke arah laring, maka dengan gerakan ini debu dan butir-butir halus lainnya yang turut masuk bersama dengan pernapasan dapat dikeluarkan. Tulang rawan berfungsi mempertahankan agar trakea tetap terbuka.

Kedua bronkus yang terbentuk dari belahan trakea mempunyai struktur yang serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar daripada yang kiri.



Gambar 2.3 Laring, Trakea, dan bronki beserta cabang-cabangnya (Evelyn, 2013)

6. Rongga Dada

Batas-batas yang membentuk rongga didalam dada adalah:

- a. Sternum dan tulang rawan iga-iga didepan
- b. Ke-12 ruas tulang punggung beserta cakram antarruas (diskus intervertebralis) yang terbuat dari tulang rawan di belakang
- c. Iga-iga beserta otor intercostal di samping
- d. Diafragma bawah, dan
- e. Dasar leher atas

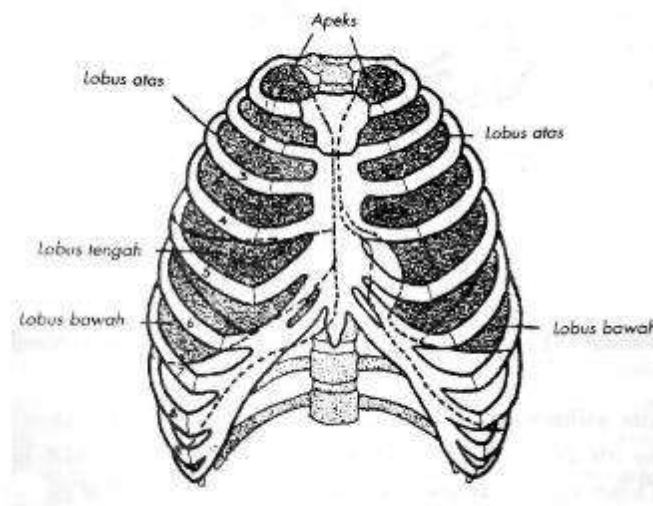
Isi dari rongga dada adalah:

Sebelah kanan dan kiri rongga dada terisi penuh oleh paru-paru beserta pembungkus pleuranya: pleura ini membungkus setiap belah, dan membentuk batas lateral pada mediastinum. Mediastinum ialah ruang di dalam rongga dada antara kedua paru-paru.

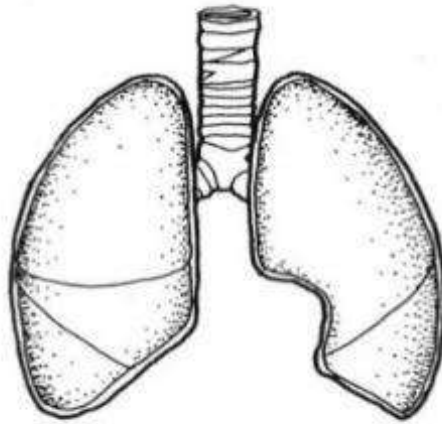
7. Paru-Paru

Paru-paru adalah organ yang berbentuk seperti kerucut dengan apeks (puncak) di atas dan muncul sedikit lebih tinggi daripada klavikula di dalam dasar leher. Pangkal paru-paru terletak di atas landai toraks, di atas diafragma.

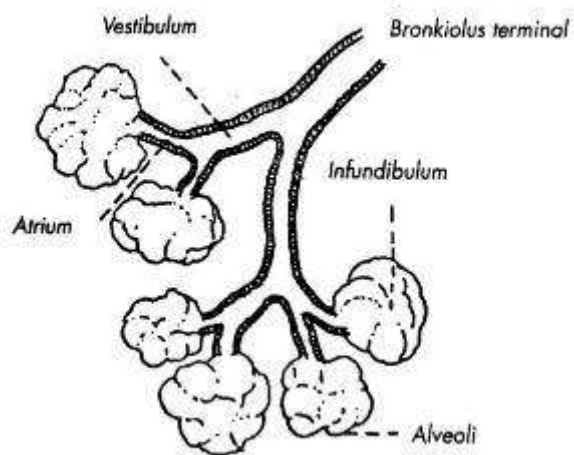
Paru-paru terdapat di kanan dan kiri. Paru-paru kanan mempunyai tiga lobus dan paru-paru kiri dua lobus. Setiap lobus tersusun atas lobula. Sebuah pipa brokial kecil masuk ke dalam setiap lobula dan semakin bercabang, semakin tipis dan akhirnya berakhir menjadi kantung-kantung kecil. Jaringan paru-paru elastis, berpori, dan seperti spons.



Gambar 2.4 Kedudukan paru-paru di dalam thoraks (Evelyn, 2013)



Gambar 2.5 Diagram batas lobus paru-paru (Evelyn, 2013)



Gambar 2.6 Diagram dari akhiran sebuah bronkiolus di dalam alveoli (Evelyn, 2013)

2.1.2.2 Fisiologi

Fungsi paru-paru ialah untuk pertukaran gas oksigen dan karbondioksida. Pada pernapasan melalui paru-paru atau pernapasan eksterna, oksigen dibawa melalui hidung dan mulut. Pada waktu bernapas, oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkial ke alveoli dan dapat berhubungan erat dengan darah di dalam kapiler pulmonaris.

Hanya satu lapis membrane, yaitu membrane alveoli kapiler yang memisahkan oksigen dari darah. Oksigen menembus membrane ini dan dibawa oleh haemoglobin ke sel darah merah dan dibawa ke jantung, lalu dipompa di dalam arteri ke semua bagian tubuh.

Di dalam paru-paru, karbondioksida menembus membrane alveolar-kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkial dan trakea dikeluarkan melalui hidung dan mulut.

Pada pernapasan jaringan atau pernafasan interna, darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengitari seluruh tubuh dan akhirnya mencapai kapiler, dimana darah bergerak sangat lambat. Sel jaringan membawa oksigen dari haemoglobin untuk memungkinkan oksigen berlangsung dan darah menerima. Sebagai gantinya, darah mengeluarkan hasil buangan oksidasi yaitu karbondioksida.

2.1.3 Manifestasi Klinik

Bronkhopneumonia biasanya didahului oleh suatu infeksi di saluran pernafasan bagian atas selama beberapa hari. Pada tahap awal, penderita bronkhopneumonia mengalami tanda dan gejala yang khas seperti menggigil. Demam, nyeri dada pleuritis, batuk produktif, hidung kemerahan, saat bernapas menggunakan otot aksesorius dan bisa timbul sianosis. Biasanya juga terdengar adanya ronchi di atas paru yang sakit dan terdengar ketika terjadi konsolidasi.

Tanda dan gejala bronkhopneumonia adalah sebagai berikut:

1. Didahului infeksi traktus respiratoris atas
2. Demam (39 – 40 °C), kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi
3. Anak sangat gelisah dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk
4. Pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut
5. Adanya bunyi tambahan pernapasan seperti ronchi dan wheezing
6. Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia akibat infeksi yang serius
7. Ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mucus yang menyebabkan atelectasis absorpsi (Wijayaningsih, 2013)

2.1.4 Etiologi

Secara umum, bronkhopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernapasan yang terdiri atas: reflek glottis dan batuk, adanya lapisan mucus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ, dan sekresi humoral setempat.

Terjadinya bronkhopneumonia bermula dari adanya peradangan paru yang terjadi pada jaringan paru atau alveoli yang biasanya didahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas selama beberapa hari. Faktor penyebab utama adalah bakteri, virus, jamur dan benda asing. (Ridha, 2014)

Timbulnya bronkhopneumonia disebabkan oleh antara lain:

1. Bakteri: Streptococcus, staphylococcus, H. influenzae, klebsiella
2. Virus: Legionella pneumonia
3. Jamur: Aspergillus spesies, candida albicans

4. Aspirasi makanan, sekresi orofaringeal atau isi lambung ke dalam paru-paru
5. Akibat terjadinya kongesti paru yang lama

2.1.5 Patofisiologi

Kuman penyebab bronchopneumonia masuk ke dalam jaringan paru-paru melalui saluran pernafasan atas ke bronkiolus, kemudian kuman masuk ke dalam alveolus lainnya melalui poros khon, sehingga terjadi peradangan pada dinding bronkus atau bronkiolus dan alveolus sekitarnya. Kemudian proses radang ini selalu dimulai pada hilus paru yang menyebar secara progresif ke perifer sampai seluruh lobus. (Ridha, 2014)

Infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual. Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatu proses peradangan.

Proses peradangan ini dibagi dalam 4 tahap, antara lain:

1. Stadium I (4-12 jam)

Disebut hiperemia, mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi.

2. Stadium II / Hepatisasi (48 jam berikutnya)

Disebut hepatisasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh pejamu (host) sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena menjadi padat oleh karena adanya penumpukan leukosit, eritrosit dan cairan, sehingga warna paru menjadi merah dan pada perabaan seperti hepar. Pada stadium ini udara alveoli tidak ada atau sangat minimal sehingga anak

akan bertambah sesak, stadium ini berlangsung sangat singkat, yaitu selama 48 jam.

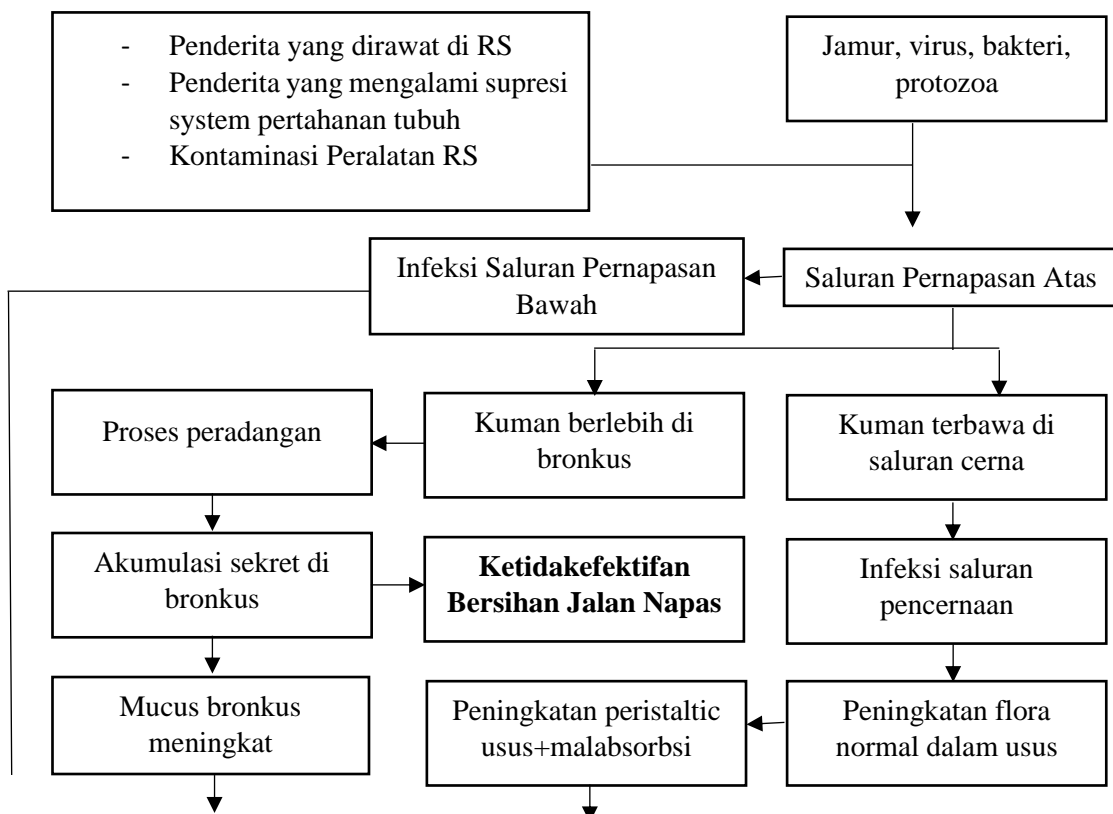
3. Stadium III / Hepatisasi Kelabu (3-8 hari)

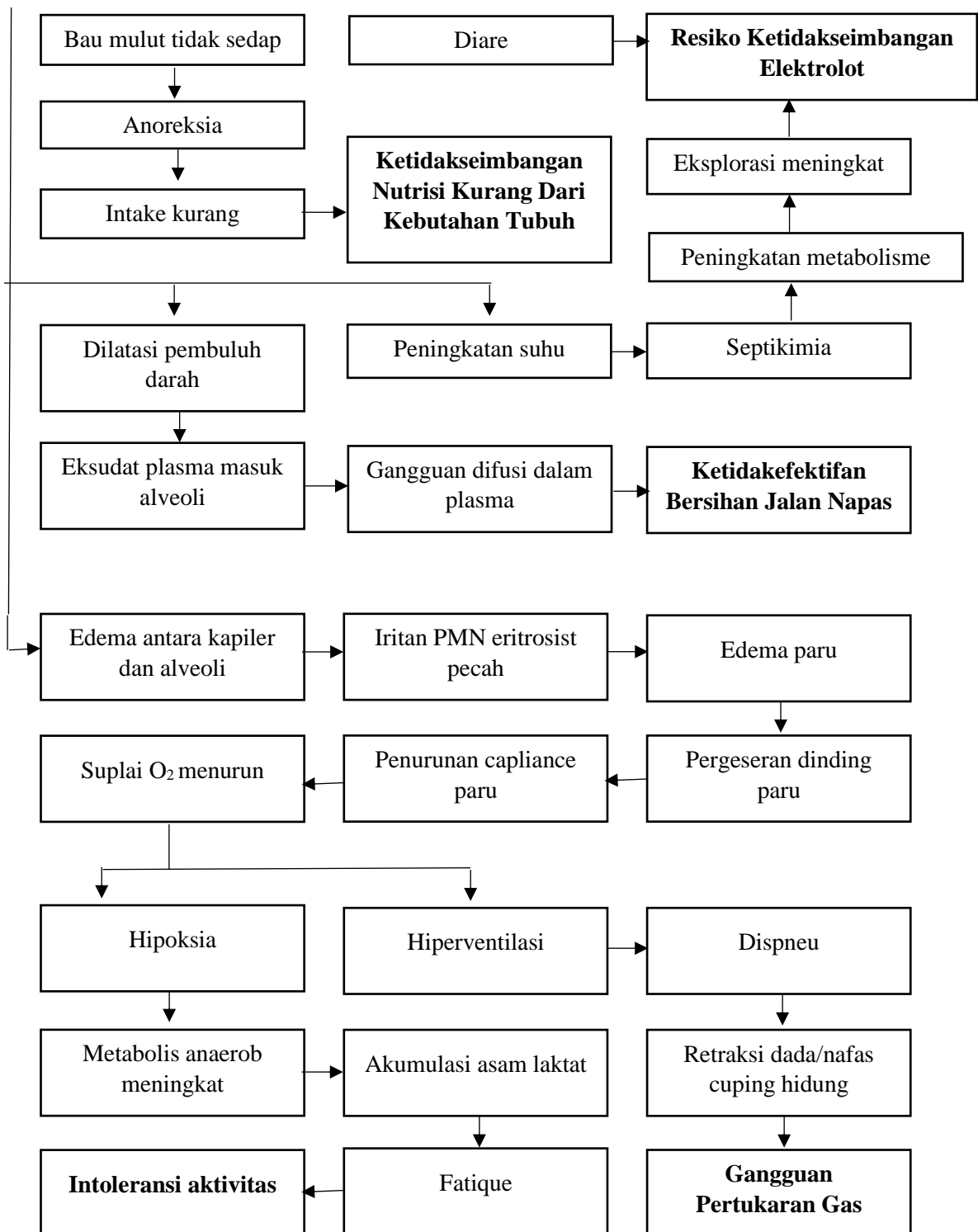
Disebut hepatisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi diseluruh daerah yang terinfeksi dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai diresorpsi, lobus masih tetap padat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

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

Disebut juga stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual (Wijayaningsih, 2013)

Pathway dari Bronkhopneumonia yaitu:





Bagan 2.1 Pathway Bronchopneumonia (Huda dan Kusuma, 2015)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien Bronkhopneumonia (Huda dan Kusuma, 2015):

1. Pemeriksaan Laboratorium:
 - a. Pemeriksaan darah
 - b. Pemeriksaan sputum
 - c. Analisa Gas Darah
 - d. Kultur darah
2. Pemeriksaan Radiologi:
 - a. Rontgenogram thoraks
 - b. Laringoskopi atau bronkoskopi

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien bronkhopneumonia menurut Wijayaningsih, (2013):

1. Penatalaksanaan Keperawatan

Seringkali pasien pneumonia datang sudah dalam keadaan payah, dispneu, pernapasan cuping hidung, sianosis dan gelisah. Masalah pasien yang perlu diperhatikan adalah:

 - a. Menjaga kelancaran pernapasan
 - b. Kebutuhan istirahat
 - c. Kebutuhan nutrisi/cairan
 - d. Mengontrol suhu tubuh
 - e. Mencegah komplikasi
 - f. Kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit
2. Penatalaksanaan Medis

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

 - a. Umur 3 bulan sampai 5 tahun, bila toksis disebabkan oleh streptococcus. Pada umumnya tidak diketahui penyebabnya, maka

secara praktis dipakai: kombinasi penisilin prokain 50.000 – 100.000kl/kg/24 jam IM.

- b. Terapi oksigen jika pasien mengalami pertukaran gas yang tidak adekuat. Ventilasi mekanik mungkin diperlukan jika nilai normal GDA tidak dapat dipertahankan.

Berdasarkan hasil penelitian dalam jurnal (Aryayuni, 2015 ; Amin, 2018), penatalaksanaan bronkhopneumonia pada anak-anak yg umumnya belum bisa mengeluarkan dahak atau sputum dengan sendiri yaitu dapat dibantu dengan terapi inhalasi yang merupakan pemberian obat secara langsung ke dalam saluran napas melalui penghisapan. Anak yang sudah mendapatkan terapi inhalasi akan mendapatkan tindakan fisioterapi. Fisioterapi menggunakan Infra red, dan Chest physiotherapy (*Deep breathing*, Postural drainage, *Clapping*, Vibrasi, dan Batuk efektif) terhadap Bronkhopneumonia yang dapat bermanfaat untuk menghilangkan adanya sesak napas dan pengeluaran sputum.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Proses keperawatan adalah suatu metode asuhan keperawatan (askep) yang sistematis, dinamis, ilmiah (menurut kajian teoritis), dan dilakukan secara berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Pengumpulan data ini merupakan kegiatan menghimpun informasi tentang status kesehatan klien (Walid, 2012).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan.

Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat.

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang diperoleh melalui anemnesa, pemeriksa fisik, laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya. Pengkajian meliputi:

1. Pengumpulan Data

a. Identias Diri

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua (Rekawati, 2013).

b. Keluhan Utama

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke Rumah Sakit, tindakan yang sudah dilakukan di Rumah Sakit sampai klien menjalani perawatan.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang paling dirasakan klien saat dikaji, diuraikan dalam konsep PQIRST dalam bentuk narasi.

Provokatif dan Paliatif: Apa penyebabnya, apa yang memperberat, dan apa yang mengurangi.

Quality/Kuantitas: Dirasakan seperti apa, tampilannya, suranya, berapa banyak

Region/Radiasi: Lokasinya dimana, penyebarannya

Saverity/Scale: Intensitasnya (skala)

Timing: Kapan muncul keluhan, berapa lama, bersifat (tiba-tiba, sering, bertahap)

d. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Riwayat kehamilan dan kelahiran terdiri dari:

1) Prenatal

Mengidentifikasi riwayat kehamilan, pelaksanaan antenatal care (ANC), pemberian imunisasi TT, konsumsi multivitamin dan zat besi, juga keluhan saat kehamilan.

2) Intranatal

Mengidentifikasi riwayat kelahiran, lahir matur/premature, tempat pertolongan persalinan, proses kelahiran, APGAR score, BB dan PB saat lahir

3) Postnatal

Mengidentifikasi riwayat postnatal, kondisi bayi dan kondisi ibu.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Diisi dengan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau memengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini.

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengidentifikasi apakah di keluarga ada penyakit menular, turunan atau keduanya. Bila ditemukan riwayat penyakit menular dibuat struktur keluarga, dimana diidentifikasi individu-individu yang tinggal serumah berupa genogram. Bila ditemukan riwayat penyakit keturunan minimal tiga generasi.

g. Aktivitas Sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari meliputi perbedaan pola nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, personal hygiene dan aktivitas atau rutinitas.

1) Nutrisi

Kehilangan nafsu makan, mual/muntah yang ditandai dengan distensi abdomen, hiperaktif bunyi usus, kulit kering dan turgor buruk (Wulandari dan Erawati, 2016).

2) Eliminasi

Klien dengan bronkopneumonia sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam.

3) Pola Istirahat

Klien dengan bronkopneumonia cenderung mengalami insomnia (Wulandari dan Erawati, 2016).

4) Personal Hygiene

Karena terjadinya penumpukan sputum dan seringnya pengeluaran sputum, mulut klien berbau tidak sedap.

5) Aktifitas

Kelemahan dan kelelahan, ditandai dengan penurunan toleransi terhadap aktifitas (Wulandari dan Erawati, 2016).

h. Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan mengalami peningkatan yang pesat pada usia dini, yaitu dari 0-5 tahun. Masa ini sering disebut juga sebagai fase "*Golden Age*". *Golden Age* merupakan masa yang sangat penting untuk memperhatikan tumbuh kembang anak secara cermat agar sedini mungkin dapat terdeteksi apabila terjadi kelainan. Selain itu, penanganan kelainan yang sesuai pada golden age dapat meminimalisir kelainan pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga kelainan yang bersifat permanen dapat dicegah (Rahardjo, 2012).

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan ukuran, besar, jumlah atau dimensi pada tingkat sel, organ maupun individu. Pertumbuhan bersifat kuantitatif sehingga dapat diukur dengan satuan berat (gram, kilogram), satuan panjang (centi meter, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen dalam tubuh (Wulandari dan Erawati, 2016).

Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan keahlian (kualitas) dan merupakan aspek tingkah laku

pertumbuhan. Contohnya: Kemampuan berjalan, berbicara, dan berlari (Rahardjo 2012).

Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Usia 8 – 12 bulan:

Pertambahan berat badan pada usia 7-9 bulan sekitar 350-450 gram/tahun, pertumbuhan tinggi badan sekitar 1,5 kali tinggi badan saat lahir, dan juga peningkatan beberapa organ fisik atau biologis seperti perubahan lingkaran kepala, lingkaran dada, dan pertumbuhan gigi dimulai dari gigi susu pada umur 5-9 bulan (Wulandari dan Erawati, 2016).

Perkembangan motorik kasar biasanya diawali dengan duduk tanpa pegangan, bangkit terus berdiri dan berdiri sendiri. Motorik halus seperti mencari dan meraih benda kecil dan mampu memindahkan kubus. Perkembangan bahasa mulai mampu mengatakan papa mama yang belum spesifik, mengoceh hingga mengatakan dengan spesifik, hingga dapat mengucapkan 1 – 2 kata. Perkembangan adaptasi sosial dimulai dengan bertepuk tangan, menyatakan keinginan, dan sudah mulai minum dengan cangkir (Wulandari dan Erawati, 2016).

i. Riwayat Imunisasi

Imunisasi adalah suatu tindakan yang dengan sengaja bertujuan memberikan kekebalan (imunitas) aktif maupun pasif terhadap suatu penyakit dengan jalan memberikan vaksin (virus/bakteri yang dilemahkan atau dimatikan/toksoid). Tujuan pemberian imunisasi adalah untuk pencegahan penyakit (memberikan kekebalan/imunitas) pada anak (Wulandari dan Erawati, 2016).

Imunisasi dasar balita adalah imunisasi yang wajib diberikan pada anak usia bawah lima tahun. Imunisasi ini meliputi imunisasi (Wulandari dan Erawati, 2016):

1. BCG, diberikan 1 kali (pada usia 1 bulan)

Dosis = 0,05ml, vaksin disuntikan secara Intra Cutan (IC)

2. DPT, diberikan 3 kali (pada usia 2, 3, dan 4 bulan)
Dosis = 0,5 ml, vaksin diberikan secara Intra Muscular (IM)
3. Polio, diberikan 4 kali (pada usia 1, 2, 3, dan 4 bulan)
1 dosis=2 tetes, vaksin diberikan secara per Oral
4. Campak, diberikan 1 kali (pada usia 9 bulan)
Dosis = 0,5 ml, vaksin disuntikan secara Subcutan (SC)
5. Hepatitis B diberikan 1 kali (Pada usia 0-7 hari)
Dosis= 0,5 ml, vaksin diberikan secara Intra Muscular (IM)

j. Pemeriksaan Head to Toe

- 1) Keadaan Umum
Meliputi kesadaran dan penampilan klien.
- 2) Tanda-tanda Vital
Meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu klien.
- 3) Pemeriksaan Fisik
 - a) Kepala
Adanya sakit kepala (Padila, 2013).
 - b) Wajah
Penampilan kemerahan atau pucat (Wulandari dan Erawati, 2016).
 - c) Mata
Meliputi kesimetrisan mata, warna konjungtiva, warna sclera, respon mata terhadap cahaya, reflek mengedip, gerakan bola mata dan fungsi penglihatan.
 - d) Telinga
Meliputi fungsi pendengaran, kebersihan telinga, adanya masa atau luka pada daerah telinga. Pada klien bronkhopneumonia tidak ada gangguan pendengaran.
 - e) Hidung
Pernapasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung (Wulandari dan Erawati, 2016).

f) Mulut

Sianosis disekitar mulut (Wulandari dan Erawati, 2016).

g) Leher

Meliputi pemeriksaan kelenjar tiroid dan refleksi menelan.

h) Dada

Adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, dan adanya bunyi tambahan pernafasan seperti *ronchi* dan *wheezing* (Wulandari dan Erawati, 2016).

i) Abdomen

Distensi abdomen dan hiperaktif bunyi usus (Wulandari dan Erawati, 2016).

j) Punggung dan Bokong

Meliputi bentuk tulang belakang, juga pemeriksaan adanya merah atau ruam pada bokong.

k) Genetalia

Mengalami penurunan produksi urin.

l) Anus

Meliputi pemeriksaan adanya atresiani dan kemerahan.

m) Ekstremitas

Terjadi sianosis di kuku, kulit kering dan turgor buruk (Wulandari dan Erawati, 2016).

k. Data Psikologis

a) Data Psikologis Klien

Mengidentifikasi kondisi psikologis anak dalam menghadapi kondisi sakit. Umumnya pada saat pengkajian, anak akan gelisah dan menangis.

b) Data Psikologis Keluarga

Mengidentifikasi kondisi psikologis keluarga dalam menghadapi kondisi sakit anak. Pada saat pengkajian pada keluarga klien, ibu klien merasa cemas dengan kondisi anaknya.

l. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarganya, masyarakat dan lingkungan saat sakit. Klien lebih banyak diam namun tetap ingin bermain dengan ibunya.

m. Data Spritual

Umumnya anak akan mengikuti agama serta kepercayaan yang dianut oleh orang tua nya. Anak dengan usia toddler hanya memiliki ide yang samar tentang Tuhan dan pelajaran agama karena proses kognitif mereka yang masih belum matang (Wulandari dan Erawati, 2016).

n. Data Hospitalisasi

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

Reaksi Hospitalisasi pada Anak Usia 0-12 Bulan:

Masalah yang utama adalah dampak dari perpisahan dengan orangtua sehingga ada gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Pada anak usia lebih dari 6 bulan terjadi *stranger anxiety* (cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya) dan cemas karena perpisahan. Respon yang paling

sering muncul pada anak ini adalah menangis, marah, dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap terhadap *stranger anxiety* ((Wulandari dan Erawati, 2016).

o. Data Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

1) Foto Thoraks

Pada foto thoraks, bronkopneumonia terdapat bercak-bercak infiltrate pada satu atau beberapa lobus.

2) Laboratorium

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

3) GDA

Gula Darah Acak (GDA) yang tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.

4) Analisa Gas Darah

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

5) Laju Endap Darah

Laju endap darah biasanya terjadi peningkatan.

6) WBC (*White Blood Cell*)

WBC biasanya kurang dari 20.000 *cells* mm³.

7) Elektrolit

Natrium dan klorida mungkin rendah.

8) Bilirubin

Bilirubin mungkin meningkat

9) Aspirasi Perkutan/Biopsi Jaringan Paru Terbuka

Menyatakan intranuklear tipikal dan keterlibatan sistoplasmik (Padila 2013).

2. Analisa Data

Merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Deden, 2012).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dan rasional yang lazim muncul pada klien dengan bronkopneumonia menurut NANDA NIC NOC (Huda dan Kusuma, 2015):

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema, peningkatan produksi sputum
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane 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 aktivitas sehari-hari
5. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit serum.

2.2.3 Intervensi

Intervensi dan rasional pada klien bronkhopneumonia menurut (Huda dan Kusuma, 2015 ; Wulandari dan Erawati, 2016):

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema, peningkatan produksi sputum
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan bersihan jalan napas dapat diatasi

Kriteria Hasil:

- Batuk berdahak tidak lagi terjadi
- Tidak ada suara napas tambahan
- Mampu bernapas dengan mudah
- Respirasi pada anak >6 bulan: 30-40x/menit
- Respirasi pada anak >1 tahun: 20-30x/menit

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Intervensi	Rasional
Monitor respirasi dan status O ₂	Takipneu biasanya terjadi dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/adanya proses infeksi akut (Wulandari dan Erawati, 2016).
Auskultasi suara napas	Bersihan jalan napas yang tidak efektif dapat dimanifestasikan dengan adanya bunyi napas tambahan (Wulandari dan Erawati, 2016).
Memberikan oksigen tambahan	Mempertahankan PaO ₂ di atas 60 mmHg (Wulandari dan Erawati, 2016).
Lakukan nebulizer	Memberikan kelembaban pada membrane mukosa dan membantu pengenceran secret untuk memudahkan pembersihan (Wulandari dan Erawati, 2016).
Lakukan postural drainase	Memudahkan upaya pernapasan dan meningkatkan drainage sekret dari segmen paru

	ke dalam bronkus (Wulandari dan Erawati, 2016).
Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi	Memberikan posisi yang nyaman bagi klien, misalnya posisi semifowler akan mempermudah klien untuk bernapas (Wulandari dan Erawati, 2016).

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

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas dapat teratasi

Kriteria Hasil:

- Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat
- Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan
- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu
- Tanda-tanda vital dalam rentang normal

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Gangguan Pertukaran Gas

Intervensi	Rasional
Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi	Memberikan posisi yang nyaman bagi klien, misalnya posisi semifowler akan mempermudah klien untuk bernapas (Wulandari dan Erawati, 2016).
Lakukan fisioterapi dada dengan postural drainage	Memudahkan upaya pernapasan dan meningkatkan drainage sekret dari segmen paru ke dalam bronkus (Wulandari dan Erawati, 2016).
Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	Dapat meningkatkan pengeluaran sputum (Wulandari dan Erawati, 2016).

Monitor respirasi dan status O ₂	Takipneu biasanya terjadi dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/adanya proses infeksi akut (Wulandari dan Erawati, 2016).
Monitor rata-rata, kedalaman, irama, dan usaha respirasi	Manifestasi distress pernapasan tergantung pada derajat keterlibatan paru dan status kesehatan umum (Wulandari dan Erawati, 2016).

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

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat berkurang/dapat teratasi.

Kriteria Hasil:

- Minat pada makanan bertambah
- Tidak terjadi lagi penurunan berat badan

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Intervensi	Rasional
Kaji adanya alergi	Untuk mengetahui apakah adanya alergi atau tidak pada klien
Berikan makanan yang disukai oleh klien	Agar klien mau untuk makan
Monitor interaksi anak dan orang tua selama makan	Untuk mengetahui interaksi yang terjadi antara klien dan anak ketika makan
Monitor lingkungan selama makan	Lingkungan yang bersih dan nyaman mendorong pasien untuk makan
Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	Untuk menurunkan efek mual yang berhubungan dengan pengobatan (Wulandari dan Erawati, 2016).
Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	Agar keluarga mengetahui pentingnya kebutuhan nutrisi

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

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi.

Kriteria Hasil:

- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- Mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri atau dengan bantuan
- Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas

Intervensi	Rasional
Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	Untuk mengetahui aktivitas apa saja yang mampu dilakukan oleh klien
Bantu klien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas	Untuk mengetahui apa saja kekurangan yang dirasakan dalam beraktivitas
Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual	Mengkaji tingkat intoleransi klien terhadap aktivitas (Wulandari dan Erawati, 2016).

5. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit serum

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko ketidakseimbangan elektrolit dapat dicegah.

Kriteria Hasil:

- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal
- Tanda-tanda vital dalam batas normal
- Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit

Intervensi	Rasional
Monitor tanda-tanda vital	Untuk menunjukkan adanya kekurangan cairan sistemik (Wulandari dan Erawati, 2016).
Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa)	Sebagai indikator langsung keadekuatan masukan cairan (Wulandari dan Erawati, 2016).
Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan	Sebagai informasi tentang keadekuatan volume cairan dan kebutuhan penggantian (Wulandari dan Erawati, 2016).
Monitor status nutrisi	Untuk mengetahui status nutrisi klien
Dorong masukan oral	Adanya mual dan muntah merupakan gejala dari menurunnya pemasukan oral (Wulandari dan Erawati, 2016).
