

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *BRONCHOPNEUMONIA*  
DENGAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK  
EFEKTIF DI RUANG KALIMAYA ATAS  
RSU DR.SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS IMIAH**

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

**Oleh:**

**SITTI NUR AZIZAH**

**NIM: AKX.17.080**



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

**2020**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : SITTI NUR AZIZAH

NPM : AKX.17.080

Fakultas : D III KEPERAWATAN

Prodi : D III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONCHOPNEUMONIA DENGAN BERSIHAN JALAN  
NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG KALIMAYA ATAS RSU 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, .....20.....

Yang membuat pernyataan,

  
Sitti Nur Azizah

Pembimbing I



Agus Miraj D, S.kep.,Ners.,M.Kes

Pembimbing II



Angga Satria P, S.Kep.,Ners.,M.kep

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *BRONCHOPNEUMONIA*  
DENGAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK  
EFEKTIF DI RUANG KALIMAYA ATAS  
RSU DR.SLAMET GARUT**

**OLEH  
SITTI NUR AZIZAH  
AKX.17.080**

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

Bandung, 06 September 2020

**Menyetujui**

**Pembimbing Utama**



(Agus Miraj Darajat, S.kep, Ners, M.kes)  
NIK : 02005040119

**Pembimbing Pendamping**



Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIK : 02015020175

**Mengetahui,  
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIP.02001020009

**LEMBARAN PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

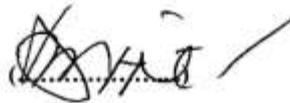
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *BRONCHOPNEUMONIA*  
DENGAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK  
EFEKTIF DI RUANG KALIMAYA ATAS  
RSU DR.SLAMET GARUT**

**OLEH  
SITTI NUR AZIZAH  
AKX.17.080**

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 06 September 2020.

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua: Agus Miraj Darajat, S.kep, Ners, M.kes  
(Pembimin Utama)**



**Anggota:**

**1. Hj. Djubaedah, Amk., S.Pd., MM  
( Penguji I )**



**2. Irfan Safarudin.A, S.kep.,Ners  
( Penguji II )**



**3. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Pembimbing Pendamping)**



**Mengetahui**

**Fakultas Keperawatan Ketua**

  
**Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,MKep**  
**NIK 1010706**

iii

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *BRONCHOPNEUMONIA* DENGAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG KALIMAYA ATAS RSU DR.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.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tentu saja terdapat hambatan dan kesulitan yang penulis temui, baik yang disebabkan karena keterbatasan pengalaman dan bidang yang menjadi objek penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini maupun bidang teknik penulisan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya kesulitan ini dapat teratasi. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan penghormatan, penghargaan, ucapan terima kasih yang sebesar-sebesarannya kepada semua pihak yang telah terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung.

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. 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 Miraj Darajat, S.kep, Ners, M.kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah

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. Santy Rindiany, S.Kep., Ners selaku CI Kalimaya Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Seluruh dosen dan staf Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi, selaku dosen yang telah memberikan banyak ilmu dan motivasi sehingga dapat membantu penulisan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Ny.S Dan Ny.N selaku responder yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian Asuhan Keperawatan.
11. Ibunda tercinta Nurlaelawati, S.pdi Dan Ayahanda Gomin S.pdi., M.pd, serta Adik tersayang Muhammad Husain Affandi, Muhammad Fahmi Akbar, dan Muhammad Hilal Nur Fadli Amar yang tiada henti memberikan do'a, dukungan berupa motivasi maupun moril sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Kepada seluruh keluarga tercinta saya yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materil serta do'a sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
13. Saudara Muhammad Aditya Pagala yang telah banyak membantu, sahabat terdekat saya Siti Nur Halisa dan Jica Helma, dan teman – teman saya lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu-satu, serta kakak-kakak senior saya yang selalu memotivasi, menemani, memberi arahan, memberi saran dan do'a serta membantu proses menulis Karya Tulis Ilmiah Ini. Semoga segala amal baik bapak/ibu/saudara/I diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, Agustus 2020

Sitti Nur Azizah

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Hasil penelitian dari badan *World Health Organization* (WHO) 2015 mengungkapkan kematian balita karena gangguan saluran pernapasan di dunia adalah sebesar (19 – 26%). Anak yang usianya dibawah 5 tahun adalah anak yang paling rentan mengalami atau terkena *brochopneumonia*. terdapat 156 juta pertahun kasus *brokhopneumonia* yang terjadi pada anak di seluruh dunia melebihi kematian akibat AIDS, *malaria* dan *tuberculosis*. Di Asia Tenggara terjadi 3,1 juta pertahun kasus kematian anak di bawah 5 tahun akibat dari penyakit pernapasan dan 19% diantaranya akibat oleh *bronchopneumonia*. Catatan *Medical Record* di RSUD dr.Slamet Garut untuk kasus Bronchopneumonia berada di posisi ketiga dari 10 penyakit anak terbanyak di Ruangannya Atas dengan jumlah kasus sebanyak 147. tanda gejala pasien *Bronkopneumonia* adalah batuk produktif karena peningkatan produksi sekret sebagai salah satu manifestasi adanya inflamasi pada saluran nafas yang menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif .

**Tujuan:** penulis bertujuan untuk membahas dan mengkaji penerapan asuhan keperawatan dengan fokus ketidak efektifan bersihan jalan nafas pada pasien dengan *bronkopneumonia*. **Metode:** metode yang digunakan adalah metode penelitian studi kasus yaitu menggambarkan kasus kelolaan secara sistematis. **Hasil:** hasil dari penelitian didapatkan selama diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah kebutuhan masalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas dapat teratasi dengan kriteria yang ditetapkan dengan hasil implementasi yang dilakukan memiliki respon yang menunjukkan perkembangan pasien. **Diskusi:** masalah keperawatan Bronchopneumonia pada kedua responden memiliki respon yang sama. Perawat memerlukan asuhan komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

**Kata Kunci** : Bronkhopneumonia, Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif, Asuhan Keperawatan

**Daftar Pustaka** : 13 buku (2010 – 2019), 2 jurnal (2016-2019), 2 website

## ABSTRACT

**Background :** Research from the World Health Organization (WHO) agency 2015 revealed the death of a toddler due to respiratory distress in the world is (19 – 26%). Children under the age of 5 are the most vulnerable children with bronchopneumonia. there are 156 million annual cases of bronchopneumonia occurring in children worldwide exceeding deaths from AIDS, malaria and tuberculosis. In Southeast Asia there are 3.1 million cases of child deaths under 5 years of age due to respiratory diseases and 19% of them are due to bronchopneumonia. Medical Record at dr. Slamet Garut for Bronchopneumonia cases was third out of the top 10 child diseases in Upper Kalimaya Room with 147 cases. Symptomatic signs of Bronchopneumonia patients is a productive cough because increased secretion production as one manifestation of the inflammation of the airways that causes ineffective airway cleanliness. **Purpose:** the authors aim to discuss and review the application of nursing care with a focus on the ineffectiveness of airway cleaning in patients with bronchopneumonia. **Method:** the method used is a case study research method that describes the case of systematic management. **Result:** the results of the study obtained during the nursing care given 3x24 hours problem of the need for problems of ineffectiveness of airway cleanliness can be resolved with the criteria set with the implementation results carried out having a response that shows the development of the patient. **Discussion:** Bronchopneumonia nursing issues in both respondents had the same response. Nurses need comprehensive care to deal with nursing problems in each patient.

**Keywords** : Bronchopneumonia, No Airway Cleaning Effective, Nursing Care

**Bibliography** : 13 books (2010 – 2019), 2 journals (2016-2019), 2 websites

## DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pernyataan .....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar .....	xii
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Singkatan .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.4 Manfaat .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	6
2.1.1 Definisi .....	6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi .....	6
2.1.3 Manifestasi Klinis .....	12
2.1.4 Etiologi .....	13
2.1.5 Patofisiologi.....	14
2.1.6 Pathway.....	16
2.1.7 Klasifikasi .....	17
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	17
2.1.9 Penatalaksanaan .....	18

2.1.10	Komplikasi.....	19
2.1.11	Konsep Bersihan Jalan Napas.....	19
2.1.12	Konsep Fisioterapi dada <i>Postural Drainage</i> .....	20
2.2	Konsep Tumbuh Kembang Anak ( Infant dan Todler ).....	20
2.2.1	Pertumbuhan .....	20
2.2.2	Perkembangan.....	21
2.2.3	Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang .....	23
2.3	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	25
2.3.1	Pengkajian.....	26
2.3.2	Analisa Data.....	36
2.3.3	Diagnosa Keperawatan .....	36
2.3.4	Intervensi .....	36
2.3.5	Implementasi.....	41
2.3.6	Evaluasi.....	41
<b>BAB III</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>44</b>
3.1	Desain Penelitian .....	44
3.2	Batasan Istilah .....	44
3.3	Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	45
3.4	Lokasi dan Waktu Peneltian.....	45
3.5	Pengumpulan data.....	45
3.6	Uji Keabsahan data .....	47
3.7	Analisa data.....	47
3.8	Etika Penelitian.....	47
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>49</b>
4.1	Hasil .....	49
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan data.....	49
4.1.2	Asuhan Keperawatan .....	49
4.2	Pembahasan.....	91
<b>BAB V</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>99</b>
5.1	Kesimpulan.....	99
5.2	Saran .....	101

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Struktur Anatomi Sistem Pernapasan .....	7
Gambar 2.2. Bronkus .....	8
Gambar 2.3 Aveolus .....	9
Gambar 2.4 Paru-paru.....	10

**DAFTAR BAGAN**

Halaman

Bagan 2.1 Pathway ..... 16

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 <i>Denver Development Screening Test</i> .....	21
Tabel 2.2 Keterangan Pemberian Imunisasi Pada Anak .....	30
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Bersihan Jalan Nafas .....	37
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Gangguan Pertukaran Gas .....	38
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Pola Nafas Tidak Efektif .....	39
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Keseimbangan Cairan .....	40
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Nutrisi Kurang .....	40
Tabel 4.1 Identitas Klien dan Identitas Penanggung Jawab.....	49
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	51
Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan dan Kelahiran .....	53
Tabel 4.4 Perubahan Aktivitas Sehari-hari .....	55
Tabel 4.5 Pertumbuhan .....	57
Tabel 4.6 Perkembangan.....	58
Tabel 4.7 Reflek Fisiologi.....	58
Tabel 4.8 Riwayat Imunisasi .....	60
Tabel 4.9 Pemeriksaan Fisik .....	60
Tabel 4.10 Pemeriksaan Fisik Head To Toe .....	61
Tabel 4.11 Pemeriksaan Psikologi.....	65
Tabel 4.12 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	68
Tabel 4.13 Pengobatan dan Penatalaksanaan Medis .....	69
Tabel 4.14 Analisa Data Klien 1 .....	70
Tabel 4.15 Analisa Data Klien 2 .....	72
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan... ..	75
Tabel 4.17 Intervensi .....	80
Tabel 4.18 Implementasi .....	84
Table 4.19 Evaluasi.....	90

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I : Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III : Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran IV : Leaflet
- Lampiran V : Lembar Observasi
- Lampiran VI : Format Review Artikel
- Lampiran VII : Surat Pernyataan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran VIII: Jurnal Intervensi
- Lampiran IX : Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BCG	: <i>Bacillus Calmette Guerin</i>
BP	: Bronkopneumonia
C	: <i>Celcius</i>
Cm	: <i>Centimeter</i>
CO <sub>2</sub>	: <i>Carbon Dioksida</i>
CPT	: <i>Chest Physiotherapy</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
Dr.	: Dokter
DDST	: <i>Denver Development Screening Test</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DPT	: Difteri, Pertusis, dan Tetanus
GDA	: Gula Darah Acak
HR	: <i>Heart Rate</i>
HB	: <i>Haemoglobin</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intra Muscular
IV	: Intra Vena
Jl	: Jalan
Kp	: Kampung
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
Kg	: Kilo Gram
LK	: Lingkar Kepala

LL	: Lingkar Lengan
LD	: Lingkar Dada
mm <sup>3</sup>	: Milimeter Kubik
ml	: Mili Liter
N	: Nadi
Ny	: Nyonya
O <sub>2</sub>	: Oksigen
PMN	: <i>Polymorphonuclear Neutrophilic Leukocyte</i>
PB	: Panjang Badan
PCS	: <i>Pediatric Coma Scale</i>
RR	: <i>Respiration Rate</i>
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOAP	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning</i>
SOAPIE	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi</i>
SOAPIER	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Re-Assessment</i>
TD	: Tekanan Darah
TT	: <i>Toksoid Tetanus</i>
TB	: Tinggi Badan
TBC	: <i>Tubercullosis</i>
Tpm	: Tetes per menit
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UNICEF	: <i>United Nations Children's Fund</i>
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: <i>Worl Health Organization</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Anak sangat rentan terhadap berbagai macam penyakit yang disebabkan oleh kuman, virus dan *mikroorganisme* lain. Penyakit yang sering terjadi pada anak yaitu penyakit pada saluran pernapasan. Pada saluran pernafasan manusia memerlukan oksigen yang di hirup setiap detiknya. Oksigen merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling vital. Oksigen dibutuhkan oleh tubuh untuk menjaga kelangsungan metabolisme sel sehingga dapat mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai sel, jaringan, atau organ (Saputra,2013).

Hasil penelitian dari badan *World Health Organization* (WHO) 2015 mengungkapkan kematian balita karena gangguan saluran pernapasan di dunia adalah sebesar (19 – 26%). Anak yang usianya dibawah 5 tahun adalah anak yang paling rentan mengalami atau terkena *brochopneumonia*. terdapat 156 juta pertahun kasus *brokhopneumonia* yang terjadi pada anak di seluruh dunia melebihi kematian akibat *AIDS*, *malaria* dan *tuberculosis*. Di Asia Tenggara terjadi 3,1 juta pertahun kasus kematian anak di bawah 5 tahun akibat dari penyakit pernapasan dan 19% diantaranya akibat oleh *bronchopneumonia*.

Menurut Riskesdas 2018 di Indonesia, *bronchopneumonia* menjadi penyebab kematian yang masuk dalam 10 penyakit terbesar tiap tahunnya dan rentan terjadi pada bayi dan balita dan berada pada urutan ke-4 setelah penyakit *Tuberculosis Paru*, *Dengue Haemorrhagic Fever*, dan *Diare*. Jumlah kasus bronchopneumonia di Indonesia pada tahun 2013 adalah 1,6% dengan total 2.581.000 kasus dan naik menjadi 2,0% dengan total 2.677.000 di tahun 2018 untuk rentang segala usia.

Data yang diperoleh dari Profil Kemdikis Provinsi Jawa Barat di tahun 2017 angka kejadian *bronchopneumonia* adalah sebesar 83.000 kasus yang

telah ditemukan atau di tangani. Pada tahun 2017 inilah jumlah kasus *bronchopneumonia* paling banyak terjadi atau paling tinggi presentasinya.

Hasil data rekam medik penyakit *Bronkopneumonia* di RSUD dr.Slamet Garut periode bulan januari 2019 sampai bulan Desember 2019 di dapatkan 10 besar penyakit di ruang rawat inap RSUD dr.Slamet Garut, *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan jumlah pasien sebanyak 1.530 orang (4%). *Bronkopneumonia Gastro* dengan jumlah sebanyak 1.214 orang (3,27%), *Gastro* dengan jumlah pasien sebanyak 1.204 orang (3,20%), *Tuberculosis* (TB) paru dengan jumlah pasien 977 orang (2,58%), *Anemia* dengan jumlah pasien sebanyak 901 orang (2,38%), *Dengue* dengan jumlah pasien sebanyak 786 orang (2,07%), CKD dengan jumlah pasien sebanyak 782 (2,06%). *Cerebral* dengan jumlah pasien sebanyak 775 (2,04%), *Typoid* dengan jumlah pasien sebanyak 738 (1,95%), *Dyspepsia* dengan jumlah pasien sebanyak 554 (1,46%). Hasil dari data rekam medik di atas, penyakit *Bronkopneumonia* di RSUD dr.Slamet Garut menempati peringkat ke 3 dalam waktu 1 tahun terakhir ini dengan jumlah kasus sebanyak 1.214 orang (3,20%). Berdasarkan Hasil data dari Ruangan Kalimaya Atas di RSUD dr.Slamet Garut untuk diagnosa *Bronkopneumonia* itu sendiri pada bulan Januari 2019 sampai Desember 2019 yaitu mencapai 147 orang dari 1.214 jumlah kasus.

Manifestasi klinis yang muncul biasanya batuk tidak efektif dan menyebabkan hidung tersumbat, anak usia kurang dari 5 tahun tidak dapat mengatur bersihan jalan napas secara mandiri sehingga anak mengalami ketidakefektifan bersihan jalan napas ini beresiko tinggi untuk sesak napas dan meninggal (Sukmawati,2017). Masalah keperawatan ketidakefektifan jalan napas ini yaitu suatu keadaan ketika individu mengalami suatu ancaman potensial pada status pernapasan karena ketidak mampuannya untuk batuk secara efektif (Fadhila,2013).

Penatalaksanaan penyakit *bronkopneumonia*, yaitu bisa dengan cara farmakologi dan Non Farmakologi. Untuk farmakologi biasanya diberikan obat *antibiotic* golongan *beta-lactam*, *cefiksim*, *ampicilin*, *cefotaksim*,

*ceftriakson, kloramfenikol, dan aminoglikosida*. Sedangkan Non Farmakogi yaitu dengan cara pemberian oksigen sesuai dengan kebutuhan pasien, melakukan fisioterapi dada atau *postural drainase* untuk mengeluarkan *secret*, memberikan posisi yang nyaman misalnya posisi *semi fowler* untuk mempermudah pasien bernapas (Polii,et al.2018).

*Postural drainage* adalah suatu tindakan pada anak yang mengalami *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif yang salah satunya sangat berguna untuk mengeluarkan *secret* karena *postural drainage* mempergunakan gaya berat dan *secret* itu sendiri (Lubis,2008)

Berhubungan pada uraian di atas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul. “**Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Bronkopneumonia dengan Bersihan Jalan Napas tidak efektif di Ruang Kalimaya atas RSUD dr.Slamet Garut**”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia dengan Bersihan Jalan Napas tidak efektif di RSUD dr.Slamet Garut ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada anak yang mengalami Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif di ruang Kalimaya Atas RSUD dr.Slamet Garut.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Melakukan pengkajian keperawatan anak dengan Bronkopneumonia dengan bersihan jalan napas tidak efektif di ruang Kalimaya Atas RSUD dr.Slamet Garut.

1.3.2.2 Menegaskan Diagnosa keperawatan anak dengan Bronkopneumonia dengan bersihan jalan napas tidak efektif di ruang Kalimaya Atas RSUD dr.Slamet Garut.

- 1.3.2.3 Menyusun Intervensi keperawatan anak dengan Bronkopneumonia dengan bersihan jalan napas tidak efektif di ruang Kalimaya Atas RSUD dr.SlametGarut.
- 1.3.2.4 Melaksanakan implementasi keperawatan anak dengan Bronkopneumonia dengan bersihan jalan napas tidak efektif di ruang Kalimaya Atas RSUD dr.Slamet Garut.
- 1.3.2.5 Melakukan evaluasi keperawatan anak dengan Bronkopneumonia dengan bersihan jalan napas tidak efektif di ruang Kalimaya Atas RSUD dr.Slamet Garut.

#### **1.4 Manfaat**

##### 1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan khususnya keperawatan anak mengenai penanganan Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif.

##### 1.4.2 Manfaat praktis

###### 1.4.2.1 Bagi Perawat

Menjadi pilihan dalam perencanaan keperawatan non medis pada anak dengan bronkopneumonia dalam upaya mengatasi masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif dengan postural drainage.

###### 1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Sebagai upaya meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan pada klien dengan bronkopneumonia dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif di ruang Kalimaya Atas RSUD dr.Slamet Garut.

###### 1.4.2.3 Bagi institusi pendidikan

Menambah bahan literature buku khususnya tentang bronkopneumonia dan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan

untuk merawat pasien khususnya bronkopneumonia dengan tindakan postural drainage.

#### 1.4.2.4 Bagi klien

Diharapkan kemampuan pengetahuan klien dan keluarga klien meningkat mengenai penanganan bronkopneumonia pada anak dengan melakukan tindakan postural drainage.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1. Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1. Definisi**

Bronkopneumonia merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing yang ditandai gejala panas tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dan dangkal, muntah, diare, serta batuk kering dan produktif (Wulandari & Erawati, 2016).

Bronkopneumonia merupakan inflamasi paru yang ditandai dengan konsolidasi karena eksudat yang mengisi alveoli dan bronkiolus. Saat saluran nafas terinfeksi respon inflamasi normal terjadi disertai dengan obstruksi jalan nafas (Sharon, 2014).

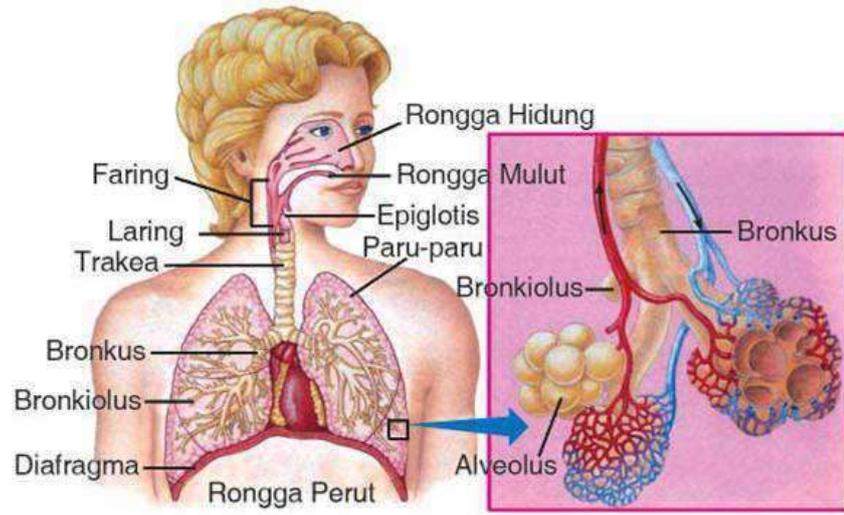
Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Bronkopneumonia adalah suatu peradangan pada paru-paru terutama pada bronkus dan ditandai dengan bercak-bercak yang disebabkan oleh virus atau bakteri yang sering dijumpai pada anak-anak.

##### **2.1.2. Anatomi dan Fisiologi**

###### **2.1.2.1. Anatomi sistem pernafasan**

Sistem pernapasan pada manusia adalah sistem menghirup oksigen dari udara serta mengeluarkan karbondioksida. Dalam proses pernapasan, oksigen adalah zat kebutuhan utama. Alat-alat pernapasan berfungsi sebagai memasukkan udara yang mengandung oksigen dan mengeluarkan udara yang mengandung karbondioksida (Syarifuddin, 2010).

**Gambar 2.1 Struktur Anatomi Pernafasan**



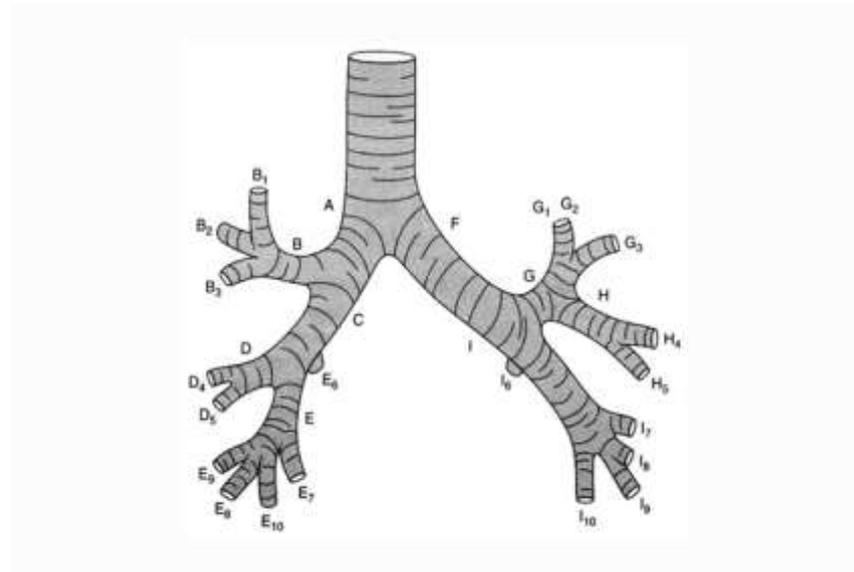
Sumber : (<https://ciptacendekia.com>)

Diakses Pada Tanggal 17 April 2020

#### 2.1.2.2 Bronkus

Bronkus merupakan saluran pernafasan yang terbentuk dari belahan dua trakea pada ketinggian kira-kira vertebrata torakalis kelima, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus bercabang menjadi dua bagian, yaitu bronkus kanan dan bronkus kiri. Bronkus kanan juga mempunyai diameter lumen lebih lebar, ukuran lebih pendek dan posisi lebih vertikal. Letak sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis serta mengeluarkan sebuah cabang utama yang melintas di bawah arteri, yang disebut bronkus lobus bawah. Sedangkan bronkus kiri memiliki ukuran lebih panjang, diameter lumennya lebih sempit dibandingkan bronkus kanan dan melintas di bawah arteri pulmonalis sebelum dibelah menjadi beberapa cabang yang berjalan ke lobus atas dan bawah (Syarifuddin, 2010).

**Gambar 2.2 Struktur Anatomi Bronkus**



Sumber : (<https://www.ilmudasar.com>)

Diakses Pada Tanggal 17 April 2020

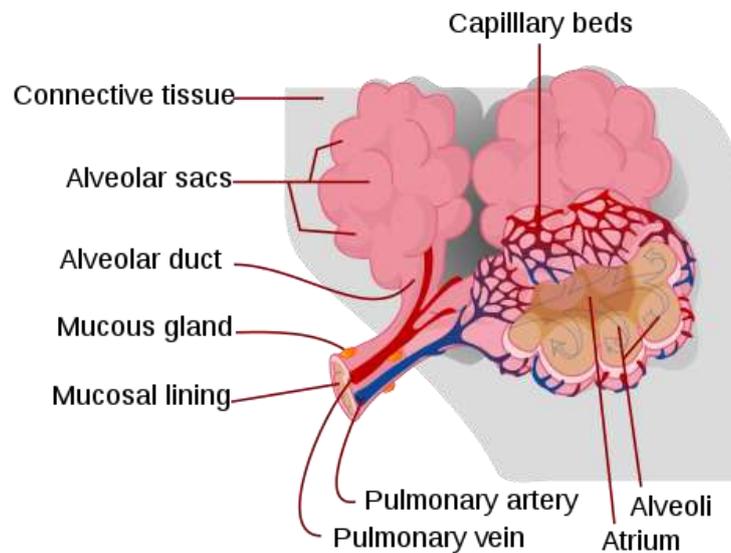
#### 2.1.2.3 Bronkiolus

Bronkiolus adalah cabang dari bronkus pada batang tenggorok manusia. Bronkioli bercabang pada bronkus tersier pada bronkus dan kemudian menjadi tempat percabangan alveolus. Luas permukaan bronkiolus menentukan besar oksigen yang dapat diikat secara efektif oleh paru-paru. Selain itu bronkiolus juga berfungsi untuk mengontrol jumlah udara yang masuk dan keluar saat proses pernapasan berlangsung (Syarifuddin, 2010).

#### 2.1.2.4 Alveolus

Alveolus merupakan kelompok terkecil yang disebut kantong alveolar di ujung bronkiolus. Terdapat pada parenkim paru-paru, yang merupakan ujung dari saluran pernafasan, dimana kedua sisi merupakan tempat pertukaran udara dengan darah. Membran alveolaris adalah permukaan tempat terjadinya pertukaran gas (Syarifuddin, 2010).

**Gambar 2.3 Struktur Anatomi Alveoli**



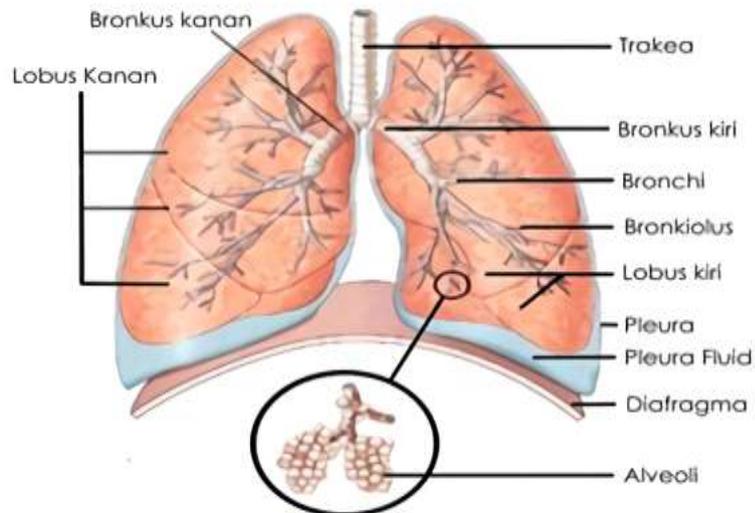
Sumber : (<https://id.wikipedia.org>)

Diakses Pada Tanggal 17 April 2020

#### 2.1.2.5 Paru-paru

Paru-paru merupakan sepasang organ yang memiliki tekstur sangat lunak, elastis dan berada dalam rongga thoraks. Sifatnya ringan dan terapung dalam air. paru berwarna biru keabu-abuan dan berbintik-bintik karena partikel-partikel debu yang masuk termakan oleh fagosit. Letak paru-paru itu sendiri berada di bagian rongga dada atas, otot dan rusuk membatasi bagian samping dan diafragma membatasi bagian dibawah paru. Bagian paru juga terbagi menjadi dua yaitu pulmo dekstra dan pulmo sinistra dengan dua lobus. Paru-paru kiri lebih kecil dibandingkan dengan paru-paru sebelah kanan, setiap lobus dari paru seperti balon yang diisi dengan spons, udara masuk dan keluar melalui satu jalan. Paru-paru itu sendiri dibungkus oleh selaput yang mengelilingi kedua paru-paru dan memisahkan paru-paru dari dinding dada yang biasa disebut dengan pleura (Syaifuddin, 2010).

**Gambar 2.4 Struktur Anatomi Paru-Paru**



Sumber : (<http://www.markijar.com>)

Diakses Pada Tanggal 17 April 2020

#### 2.1.2.6 Fisiologi system pernafasan

Respirasi adalah ketika tubuh kita membutuhkan oksigen ( $O_2$ ) dan oksigen dari luar dihirup (inspirasi) melalui organ pernafasan. Pada keadaan tertentu tubuh kelebihan karbon dioksida ( $CO_2$ ) maka tubuh berusaha mengeluarkan kelebihan tersebut dengan menghembuskan nafas (ekspirasi) sehingga terjadi keseimbangan antara  $O_2$  dan  $CO_2$  dalam tubuh. Proses bernafas berlangsung dalam beberapa langkah dan berlangsung dengan dukungan sistem saraf pusat dan sistem kardiovaskular (Syaifuddin, 2010).

Proses pergerakan gas ke dalam dan keluar paru dipengaruhi oleh tekanan dan volume. agar udara dapat mengalir kedalam paru, tekanan intrapleural harus menjadi negatif untuk dapat menentukan batas atas gradien tekanan antara atmosfer dan alveoli sehingga udara masuk dengan mudah ke dalam paru. Proses paru dapat dibagi menjadi empat proses peristiwa fungsional utama yaitu ventilasi paru – paru, difusi oksigen dan karbondioksida diantara

alveolus, dan darah, transpor oksigen dan karbondioksida didalam arah dan cairan tubuh ke dan dari sel (Syaifuddin, 2010).

Proses pertama yaitu ventilasi paru-paru merupakan peristiwa masuk dan keluarnya udara pernafasan antara atmosfer dan paru-paru. Proses ventilasi ini melibatkan beberapa organ yang sangat penting dalam pernafasan. Organ tersebut adalah hidung, faring, laring, trakhea, bronkus, bronkiolus, alveolus dan paru. udara yang masuk dari atmosfer kedalam rongga hidung mengalami tiga proses penting yaitu menyaring (filtrasi), menghangatkan (heating), dan melembabkan (humidifikasi). Pada proses filtrasi partikel-partikel yang ada dalam udara pernafasan akan disaring oleh silia khususnya partikel-partikel yang berdiameter 2mm. Proses heating terhadap udara pernafasan dilakukan oleh pembuluh darah yang ada dilapisan mukosa hidung. Humidifikasi udara pernafasan dilakukan oleh mukosa hidung terhadap udara yang kering dengan tujuan agar tidak mengiritasi saluran pernafasan. Setelah melewati cavum nasal (rongga hidung) kemudian udara menuju ke faring. Faring merupakan saluran penghubung ke saluran pernafasan dan saluran pencernaan faring terbagi kedalam tiga bagian yaitu nasofaring, orofaring, dan laringofaring. Setelah melewati faring, udara selanjutnya menuju ke laring yang menuju ke laring yang berada di atas trakhea. Pada laring terdapat korda suara yang mengandung pita suara. Di antara pita suara tersebut terdapat ruang berbentuk segitiga dengan nama glotis yang bermuara ke dalam trakhea. pada waktu menelan, laring akan bergerak ke atas, glotis menutup dan epiglottis yang berbentuk seperti daun, mempunyai gerak seperti pintu, proses tersebut menyebabkan tidak terjainya aspirasi. Apabila ada benda asing yang masuk sampai di luar glotis, maka laring akan mengeluarkan benda asing tersebut dari saluran pencernaan (Syaifuddin, 2010).

Selanjutnya udara melewati trakhea yang berada di depan esophagus, trakhea ini bercabang menjadi bronkus kanan dan bronkus kiri, tempat percabangannya disebut karina. Karina banyak mengandung saraf serta dapat menimbulkan bronkospasme hebat dan bila saraf-saraf tersebut terangsang Bronkhus-bronkhus tersebut bercabang lagi menjadi segmen lobus kemudian menjadi bronkiolus. Pada bronkhus kanan terdiri atas tiga bronkiolus sedangkan bronkhus kiri hanya dua bronkiolus. Percabangan ini terus menerus sampai pada cabang terkecil yang dinamakan bronkiolus terminalis. Bronkiolus terminalis merupakan cabang saluran udara terkecil yang tidak mengandung alveolus. Diluar bronkiolus terminalis terdapat asinus yang merupakan unit fungsional paru paru (Syaifuddin, 2010).

Menurut Syaifuddin (2010) fungsi pernafasan bagi tubuh adalah :

- a. Mengambil udara dari luar masuk kedalam tubuh, beredar dalam darah yang melanjutkan proses pembakaran dalam jaringan
- b. Mengeluarkan CO<sub>2</sub> sisa dari metabolisme sel atau jaringan yang dibawa darah ke paru-paru untuk dibuang melalui proses pernafasan
- c. Melindungi tubuh kita dari kekurangan cairan dan mengubah suhu tubuh
- d. Melindungi system pernafasan dari jaringan lain terhadap serangan patogenik, dan menghasilkan suara.

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Menurut Wulandari & Erawati (2016), manifestasi klinis yang sering terlihat pada anak yang menderita bronkopneumonia yaitu :

1. Menggigil, dan demam (39°C - 40°C), kadang disertai kejang karena demam yang tinggi.

2. Anak sangat gelisah dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk.
3. Pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut.
4. Kadang-kadang disertai muntah dan diare
5. Batuk kering berlanjut ke batuk produktif
6. Adanya bunyi *ronchi* dan *wheezing* gerakan dada tidak simetris, terdengar adanya krekles di atas paru yang sakit
7. Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan *hipoksia* apabila infeksiya serius dan ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mucus.

#### 2.1.4 Etiologi

Menurut Wulandari & Erawati (2016), penyebab umum pneumonia pada anak adalah virus, walaupun sering juga disebabkan oleh bakteri. Bakteri yang sering menyerang penyakit ini adalah *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus Pneumoniae* untuk bakteri yang tergolong gram positif dan *Haemophilus Influenzae*, *klebsiella pneumonia*, *mycobacterium Tuberculosis* untuk bakteri yang negatif. Sedangkan virus yang sering menyerang penyakit ini adalah *respiratorik syncytial virus*. Penyebab lain yang jarang terjadi adalah mycoplasma, aspirasi benda asing, dan jamur.

##### 2.1.4.2 Bakteri

*Streptococcus Pneumoniae*, *Pneumococcus Klebsiella Pneumoniae*, *Haemophylus Influenzae*, *Mycobacterium Tubercullosis*. Pada bayi dan anak sering ditemukan *Staphylococcus Aureus* sebagai penyebab yang berat, serius dan progresif dengan mortalitas tinggi (Wulandari & Erawati, 2016)

##### 2.1.4.3 Virus

Disebabkan oleh infus influenza yang menyebar melalui transmisi droplet. *Cytomegalovirus* dan *Cynicialrespiratory* dala

hal ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus (Wulandari & Erawati, 2016).

#### 2.1.4.4 Jamur

Infeksi yang disebabkan oleh jamur seperti *Histoplasmosis*, *Aspergillus* dan *Candida* yang menyebar melulu penghirupan udara yang mengandung spora dan biasanya ditemukan pada kotoran burung serta kompos (Wulandari & Erawati, 2016).

#### 2.1.4.5 Protozoa

Menimbulkan terjadinya *Pneumocytis Carinii* biasanya menjangkit pada anak yang mengalami immunosupresi (Wulandari & Erawati, 2016).

#### 2.1.4.6 Penyebab lain

Penyebab lain yang menyebabkan *Bronkopneumonia* adalah bahan kimia ( aspirasi makanan, gizi buruk, keracunan hidrokarbon) tidak mendapatkan asi yang memadai. Imunisasi tidak lengkap, polusi udara, dan radiasi (Riyadi, 2011)

### 2.1.5 Patofisiologi

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh bakteri atau virus yang menyebabkan Bronkopneumonia yang masuk kedalam saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan pada bronkus, alveolus, dan jaringan sekitar ditandai dengan adanya penumpukan secret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual. Selain itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk proses peradangan. yaitu meliputi 4 stadium (Wulandari & Erawati, 2016)

#### 2.1.5.2 Stadium I (4-12 jam pertama/kongesti)

Disebut hiperema, 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 (Padila, 2013).

#### 2.1.5.3 Stadium II/hepatisasi (48 jam berikutnya)

Disebut hepatisasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (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-anak akan bertambah sesak, stadium ini berlangsung sangat singkat, yaitu 48 jam (Padila, 2013).

#### 2.1.5.4 Stadium III / hepatisasi kelabu (3-8 hari)

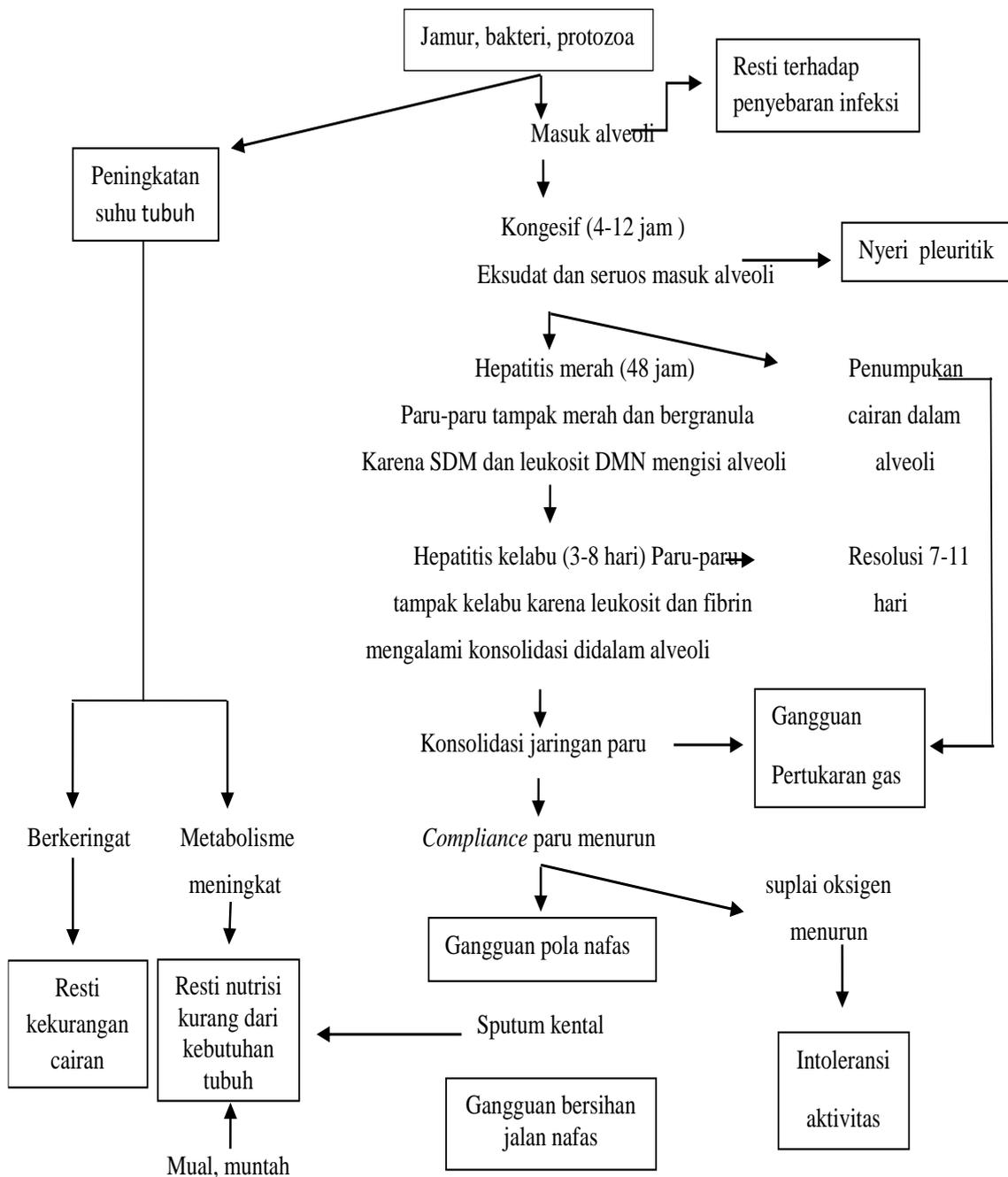
Disebut hepatisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi diseluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai di reabsorpsi, lobus masih tetap padat karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti (Padila, 2013).

#### 2.1.5.5 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 (Padila, 2013).

2.1.6 Pathway

Bagan 2.1 Patofisiologi



Sumber : (Padila, 2013)

### 2.1.7 Klasifikasi

Pneumonia diklasifikasikan berdasarkan dari beberapa ciri radiologis dan gejala klinis sebagai berikut (Riyadi, 2011) :

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

Klasifikasi pneumonia berdasarkan kujan penyebab, adalah sebagai berikut (Riyadi, 2011) :

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

Klasifikasi pneumonia berdasarkan infeksi (Riyadi, 2011) :

- a. Pneumonia lobaris, mengenai satu lonnus atau lebih karena obstruksi bronkus, missal aspirasi benda asing.
- b. Bronkopneumoni, adanya bercak-bercak infiltrate pada paru yang disebabkan oleh virus atau bakteri.

### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan diagnostic :

1. Foto thoraks

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

## 2. Laboratorium

- a) Uji sputum, untuk menguji gram bakteri, kultur, dan sensitivitas.
- b) Darah lengkap, khususnya untuk mengetahui nilai leukosit biasanya menunjukkan leukositosis dapat mencapai 15.000-40.000 mm<sup>3</sup>.
- c) Kultur darah untuk mendeteksi organisme yang masuk dalam pembuluh darah.
- d) Pemeriksaan AGD (analisa gas darah) untuk mengetahui status kardiopulmoner yang berhubungan dengan oksigen (padila, 2013)

### 2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut wulandari & Erawati (2016) Penatalaksanaan bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan Keperawatan
  1. Penatalaksanaan yang dapat diberikan antara lain :
    - a. Menjaga kelancaran pernafasan
    - b. Kebutuhan istirahat
    - c. Kebutuhan nutrisi dan rehidrasi adekuat pemberian cairan.  
Dianjurkan memberi air hangat untuk mengencerkan sekret
    - d. Mengontrol suhu tubuh dalam batas normal
    - e. Mencegah komplikasi
    - f. Kurangnya pengetahuan orangtua mengenai penyakit
    - g. Latihan batuk efektif dan fisioterapi dada untuk membantu anak mengeluarkan dahak, setiap empat jam atau sesuai petunjuk.
  2. Penatalaksanaan medis
    - a. Umur 3 bulan – 5 tahun, bila toksis disebabkan oleh streptokokus.  
Pada umumnya tidak diketahui penyebabnya, maka secara praktis diapaki: 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 (Wijayaningsih,2013).

#### **2.1.10 Komplikasi**

Komplikasi yang dapat terjadi pada *Bronkopneumonia*, antara lain (Wulandari & Erawati, 2016) :

- a. Atelektasis adalah pengembangan paru-paru yang tidak sempurna atau kolaps paru merupakan akibat kurangnya mobilisasi atau reflek batuk hilang
- b. Empisema adalah suatu keadaan dimana terkumpulnya nanah dalam rongga pleura terdapat pada satu tempat atau seluruh rongga pleura
- c. Abses paru adalah jaringan paru yang meradang
- d. Endokarditis adalah peradangan pada katup endocardial

#### **2.1.11 Konsep Bersihan Jalan Nafas**

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (Wulandari & Erawati, 2016).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), penyebab dari bersihan jalan napas tidak efektif antara lain:

- 1) Spasme jalan napas
- 2) Hiper sekresi jalan napas
- 3) Disfungsi neuromuscular
- 4) Benda asing dalam jalan napas
- 5) Adanya jalan napas buatan
- 6) Sekresi yang tertahan
- 7) Hyper plasia dinding jalan napas
- 8) Proses infeksi dan respon alergi
- 9) Efek agen farmakologis

Dalam masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada klien bronkopneumonia terdapat beberapa intervensi baik secara medis dengan pemberian obat-obatan seperti antibiotik dan keperawatan seperti mengajarkan batuk efektif, postural drainage, pemberian air hangat (Wulandari & Erawati, 2016),

### **2.1.12 Konsep Fisioterapi Dada *Postural Drainage***

Definisi fisioterapi dada sendiri menurut (Arif & Khodijah, 2014) adalah sebuah kesatuan tindakan keperawatan yang terdiri dari *postural drainage*, perkusi/*clapping*, dan vibrating. *Clapping* atau perkusi merupakan tehnik *massage tapotement* yang digunakan pada terapi fisik fisioterapi *pulmoner* untuk menepuk dinding dada dengan tangan ditelungkupkan untuk menggerakkan sekresi paru. *Clapping* dapat dilakukan dengan dikombinasikan dengan posisi *postural drainage* untuk segmen paru tertentu (Irimia, 2017).

Vibrasi merupakan gerakan getaran yang dilakukan dengan menggunakan ujung jari-jari atau seluruh permukaan telapak tangan, dengan gerakan getaran tangan secara halus dan gerakannya sedapat mungkin ditimbulkan pada pergelangan tangan yang diakibatkan oleh kontraksi otot-otot lengan atas dan bawah (Wiyoto, 2011).

*Postural drainage* ialah memposisikan pasien untuk mendapatkan gravitasi maksimal yang akan mempermudah dalam pengeluaran sekret dengan tujuan ialah untuk mengeluarkan cairan atau mukus yang berlebihan di dalam bronkus yang tidak dapat dikeluarkan oleh silia normal dan batuk (Saragih, 2010).

## **2.2. Konsep Tumbuh Kembang Anak (Infant dan Todler)**

### **2.2.1. Pertumbuhan**

#### 1. pertumbuhan Infant

Pertumbuhan infant usia 1-3 bulan yaitu perubahan dalam pertumbuhan diawali dengan perubahan berat badan. pada

usia ini bila gizi anak baik maka perkiraan berat badan pada usia ini, bila gizi anak baik maka perkiraan berat badan akan mencapai 700-1000 gram/bulan sedangkan pertumbuhan tinggi badan agak stabil tidak mengalami kecepatan dalam pertumbuhan tinggi badan, kemudian dalam perkembangannya dapat dilihat dari perkembangan motorik kasar, halus, bahasa dan adaptasi sosia

## 2. Pertumbuhan Todler

Rentang anak usia toddler adalah 1-3 tahun. Masa ini merupakan masa penting dalam proses tumbuh kembang anak yang merupakan masa emas kehidupan individu atau disebut dengan golden period. Golden period merupakan masa dimana kemampuan otak anak untuk menyerap segala bentuk informasi sangatlah tinggi, karena sekitar 80% otak anak berkembang pada periode emas tersebut. Masa ini juga merupakan jendela kesempatan bagi anak, yang memungkinkan anak untuk mengasah seluruh aspek perkembangan motorik, penglihatan, kemampuan berpikir, kemampuan bahasa, perkembangan sosial, serta kecerdasan emosional (Schiller, 2010).

### 2.2.2 Perkembangan

Menurut (Rekawati, et al 2013) perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur/ fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola teratur, serta dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ – organ, dan sistem terorganisasi. Aspek perkembangan ini sifatnya kualitatif, yaitu penambahan kematangan fungsi dari masing- masing bagian tubuh. Menilai perkembangan anak dapat menggunakan DDST (*Denver Development Screening Test*) untuk memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik yang dapat digunakan bagi anak usia 0 – 72 bulan. DDST digunakan berdasarkan perkembangan, motorik kasar, motorik halus, pengamatan, bicara dan sosialisasi, dapat dilihat dalam tabel berikut :

**Tabel 2.1 Denver Development Screening Test**

Usia	Gerakan Kasar	Gerakan Halus	Pengamatan	Bicara	Sosialisasi
0-4 bulan	Mampu menumpu dengan kedua lengan dan berusaha mengangkat kepala	Mampu bermain dengan kedua tangan dan kaki	Anak mampu mengamati mainan	Mampu mendengar suara kertas diremas dan bermain bibir sambil mengeluarkan air liur	Mampu tersenyum pada ibunya
8 bulan	Mampu duduk sendiri dan mengambil posisi onggong-ongkong	Mampu menggengam balok mainan dengan tangan	Mampu memperhatikan dan mencari mainan yang jatuh	Mampu mengeluarkan suara Ma...ma... ta...ta... da...da...	Mampu bermain ciluk... baaaa
12 bulan	Mampu berdiri sendiri dan berjalan dengan berpegangan	Mampu mengambil benda kecil dengan ujung ibu jari dan telunjuk	Dapat menunjukkan roda mobil-mobilan (anak laki-laki) dan menunjukkan boneka (anak perempuan)	Mampu mengucapkan satu kata atau lebih dan tahu artinya	Mampu memberikan mainan pada ibu atau bapak
18 bulan	Mampu berlari tanpa jatuh	Mampu menyusun tiga balok mainan	Mampu menutup gelas	Mampu mengucapkan 10 kata atau lebih dan tahu artinya	Mampu menyebutkan namanya bila ditanya
24 bulan	Mampu melompat dengan dua kaki sekaligus	Mampu membuka botol dengan memutar tutupnya	Dapat menyebutkan 6 bagian tubuh	Mampu menjawab dengan kalimat dua kata	Mampu meniru kegiatan orang dewasa
36 bulan	Mampu turun tangga dengan kaki bergantian tanpa berpegangan	Mampu meniru garis tegak, garis datar dan lingkaran	Mampu memberi nama warna	Mampu bertanya dengan menggunakan kata apa, siapa, dimana?	Mampu bermain bersama teman

48	Mampu melompat dengan satu kaki di tempat	Mampu memegang pensil dengan ujung jari	Mampu menghitung balok mainan dengan cara menunjuk	Mampu menggunakan kalimat lengkap	Mampu bermain dengan teman satu permainan
60	Mampu berdiri dengan satu kaki selama 6 detik	Mampu meniru tanda titik dan kotak	Mampu menggambar orang	Mampu bercerita dan bermakna	Mampu bermain bersama teman dan mengikuti urutan permainan

*Sumber : Soetjiningsih, 2015.*

### 2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Menurut Wulandari & Erawati (2016), faktor – faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan pada anak yaitu:

#### a. Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan yaitu suku, ras, dan jenis kelamin. Faktor genetik merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Yang termasuk faktor genetik adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga diperoleh hasil akhir yang optimal.

Gangguan pertumbuhan di negara maju lebih sering diakibatkan oleh faktor genetik ini. Sedangkan di negara yang sedang berkembang, gangguan pertumbuhan selain diakibatkan oleh faktor genetik juga faktor lingkungan yang kurang memadai.

#### b. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan

menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan bio psiko sosial yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya. Faktor lingkungan ini terdiri dari:

1. Faktor lingkungan yang mempengaruhi anak pada waktu masih di dalam kandungan (faktor prenatal), terdiri dari:

a) Gizi Ibu pada Waktu Hamil.

Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.

b) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital .

c) Toksin / Zat Kimia

Aminoprotein dan obat kontrasepsi dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d) Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hyperplasia adrenal.

e) Radiasi

Paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin.

f) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH dan PMS.

g) Psikologis

Kehamilan yang diinginkan, perilaku salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

h) Imunitas

Rhesus ABO inkompabilitas sering menyebabkan abortus, kerm ikterus, hydrops fetails atau lahir mati

i) Anoksia Embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta yang menyebabkan pertumbuhan terganggu.

2. Faktor lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang anak setelah lahir (faktor postnatal), terdiri dari:

a) Gizi

Tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

b) Penyakit Kronis/Kelainan Kongenital

Tuberculosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani

c) Lingkungan fisik dan kimia

Sanitas lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktifn, zat kimia serta mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

d) Psikologis

Hubungan anak dengan lingkungan sekitar.

e) Endokrin

Gangguan hormon misalnya pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

f) Sosio-Ekonomi

Kemiskinan berkaitan dengan kekurangan gizi, kesehatan lingkungan yang buruk akan menghambat pertumbuhan anak.

g) Lingkungan Pengasuh

Interaksi ibu dan anak sangat berpengaruh tumbuh dan kembang.

h) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan, khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak dan lain-lain.

i) Obat – obatan

Pemakaian kortikosteroid akan menghambat pertumbuhan,

### **2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dilakukan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu : pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berorientasi pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Rohman, 2012).

#### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan anak. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data analisis data, dan penentuan masalah keperawatan (Setiadi, 2012).  
Dibawah ini pengkajian yang dilakukan sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

1. Identitas

a) Identitas anak

Pada anak perlu dikaji : nama, untuk menghindari kekeliruan antara identitas anak satu dengan anak yang lainnya, mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan serta pemberian obat. Umur, untuk menentukan dalam pemberian intervensi. Agama, untuk

menentukan koping yang digunakan anak dan keyakinan anak.. Suku bangsa, untuk mengetahui apakah ada keyakinan yang dianut oleh anak pada saat masa penyembuhan. Alamat, untuk mengetahui tempat tinggal. Diagnosa medis, No. rekam medik, tanggal masuk, tanggal jam pengkajian.

b) Identitas keluarga anak

Identitas penanggung jawab mencakup : nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan alamat, hubungan dengan anak.

2. Riwayat kesehatan

a) Keluhan saat masuk rumah sakit

Kronologis yang menggambarkan perilaku anak atau keluarga dalam mencari pertolongan. Menguraikan saat pertama kali dirasakan tindakan yang dilakukan sampai anak datang ke rumah sakit, tindakan yang sudah didapatkan sampai anak menjalani perawatan. Pada anak dengan bronkopneumonia adalah, sesak, demam, batuk berdahak dan diare (Riyadi, 2013).

b) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan utama menjelaskan keluhan yang terjadi saat dikaji, keluhan utaman secara terperinci dengan menggunakan PQRST :

- P : Provokatif – Paliatif : Apa penyebabnya  
 Q : Kualitas – Quantitas : Seberapa berat keluhannya  
 R : Region : Lokasi keluhan dimana  
 S : Skala : Tingkat keluhan  
 T : Time : Kapan keluhannya timbul

Pada klien yang terkena bronkopneumonia yang dapat memperberat sesak yaitu menangis lama dan beraktifitas, memperingan sesak bila klien tidur atau beristirahat,

terdapat retraksi dada pada klien, sesak yang dirasakan pada daerah rongga dada, sesak yang dirasakan mengganggu sehingga aktifitas klien terganggu.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan menjelaskan tentang riwayat perawatan di rumah sakit, alergi penyakit kronis, dan riwayat operasi. Selain itu juga menjelaskan tentang riwayat penyakit yang ada hubungan dengan penyakit yang diderita anak sekarang seperti riwayat panas, batuk, pilek atau penyakit serupa pengobatan yang dilakukan.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjelaskan keadaan kondisi anggota keluarga apakah ada yang pernah menderita penyakit serupa, riwayat penyakit keturunan.

3. Riwayat kehamilan dan persalinan

a) Riwayat kehamilan

Ibu perlu ditanyakan apakah ada tanda-tanda resiko tinggi saat hamil seperti infeksi, berat badan tidak bertambah saat hamil, dan lain-lain. Demikian juga dengan pemeriksaan kehamilannya, apakah dipantau secara berkala. Kehamilan resiko tinggi yang tidak ditangani dengan benar atau tidak terdeteksi, dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang dapat berdampak pada kehidupan selanjutnya. Dengan mengetahui prenatal dapat diperkirakan keadaan anaknya setelah lahir.

b) Riwayat persalinan

Perlu ditanyakan kepada ibu cara kelahiran anaknya apakah secara normal atau dengan tindakan, serta bagaimana keadaan anak waktu lahir anak yang dalam kandungan terdeteksi sehat apabila kelahirannya terganggu

(misalnya kelahiran dengan tindakan seperti forceps, vacuum, atau ibu mengalami partus lama) maka akan terganggu juga pertumbuhan dan perkembangannya.

#### 4. Aktivitas Sehari – hari

##### a) Pola Nutrisi

Kebiasaan anak dalam memenuhi nutrisi sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi: jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makanan, porsi, makanan yang disukai dan keluhan yang berhubungan dengan nutrisi.

##### b) Pola Eliminasi

Pola eliminasi biasanya berkembang pada usia minggu kedua dandikaitkan dengan frekuensi dan jumlah pemberian makanan. Konsistensi dan warna feses tergantung pada apa yang bayi makan. Menggambarkan keadaan eliminasi yang meliputi: frekuensi, konsistensi, warna, bau, jumlah. Pada penderita bronkopneumonia penderita sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi demam.

##### c) Pola Istirahat Tidur

Diisi dengan istirahat tidur anak sejak sebelum sakit sampai saat sakit, meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat pengantar tidur, atau masalah tidur. Anak usia infant kebanyakan tidur sampai 7 sampai 8 jam di malam hari tanpa terbangun, untuk usia 1 bulan sampai 1 tahun memerlukan tidur 14 jam/hari. Data yang sering muncul pada anak yang menderita bronkopneumonia yaitu penampilan anak terlihat lemah, sering menguap anak juga sering menangis pada malam hari karena ketidaknyamanan tersebut.

d) Pola Personal Hygiene

Diisi dengan bagaimana kebersihan diri / personal hygiene anak yaitu menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, gunting kuku, ganti pakaian dari sejak sehat dan saat sakit.

e) Aktivitas Sehari-hari

Kaji pada pola aktifitas anak selama sakit. Biasanya pada anak yang sedang sakit sulit untuk beraktifitas sesuai perkembangannya dan menurun aktifitasnya karena dampak kelemahan fisik dan lebih banyak *bedrest*. Pada anak Bronkopneumonia anak tampak menurun aktivitas dan latihannya sebagai dampak kelemahan fisik. Anak tampak lebih banyak minta digendong orang tuannya atau *bedrest*.

5. Pertumbuhan dan Perkembangan

a) Pertumbuhan

Tanyakan tentang status pertumbuhan pada anak, pernah terjadi gangguan dalam pertumbuhan dan terjadinya pada saat umur berapa dengan menanyakan atau melihat catatan kesehatan tentang berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran dada, lingkaran kepala (Soetjningsih, 2015).

b) Perkembangan

Tanyakan tentang perkembangan bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan sosial. Data ini juga dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan (Soetjningsih, 2015).

6. Riwayat Imunisasi

Tanyakan tentang riwayat imunisasi dasar seperti Bacillus Calmet Guirnet (BCG), Difteri Pertusis Tetanus (DPT), polio, hepatitis, campak.

**Tabel 2.2 Keterangan Pemberian Imunisasi pada Anak**

No	Vaksin	Keterangan pemberian
1	Hepatitis B	Hepatitis B diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 3-6 bulan
2	Polio	Polio diberikan pada saat kunjungan pertama.
3	BCG (Bacilus Calmet Guirtnet)	Diberikan sejak lahir.
4	DPT (difteri pertusis tetanus)	Diberikan pada umur > 6 minggu, dan diberikan kembali pada umur 18 bulan, 5 dan 12 tahun
5	Hib	Diberikan umur 2 bulan dengan interval 2 bulan
6	Campak	Campak 1 diberikan pada umur 9 bulan dan campak 2 diberikan pada usia 6 Tahun.
7	MMR	Diberikan pada 12 bulan
8	PVC	Diberikan pada umur 2,4,6 bulan dan umur 1 tahun
9	Influenza	Umur < 8 tahun yang mendapat vaksin influenza pertama kali harus mendapat 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu
10	Hepatitis A	Hepatitis A diberikan pada umur < 2 tahun di berikan sebanyak dua kali dengan interval 6-12 bulan
11	Typhoid	Diberikan pada umur 2 tahun dan diulangi setiap 3 tahun
12	Dt/TT	Menjelang pubertas, vaksin tetanus ke 5 ( dT atau TT ) diberikan kepada anak untuk medapatkan imunitas selama 25 tahun.
13	Varisela	Diberikan pada umur 10 tahun

*Sumber: Fida dan Maya, 2012*

## 7. Pemeriksaan Fisik

### a) Keadaan atau Penampilan Umum

Lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel.

### b) Tingkat Kesadaran

Pada *Bronkopneumonia* observasi tingkat kesadaran anak, anak dengan dapat mengalami resiko penurunan kesadaran sering ditemukan mulai dari apatis, samnolen, spoor, sampai koma, dinilai menggunakan PCS.

c) Tanda - tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa pengkajian respirasi, suhu, nadi.

d) Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Pada anak dengan *Bronkopneumonia* amati bentuk kesimetrisan kepala, kebersihan kepala anak, apakah ada pembesaran kepala, apakah ada lesi pada kepala, fontanel anterior dan sutura, apakah cekung karena kekurangan cairan, rambut rontok karena kurang nutrisi, dan lengket karena kurang perawatan diri, apakah ada nyeri tekan, apakah ada pembengkakan pada klien bronkopneumonia akan ditemukan rambut mudah rontok karena kekurangan nutrisi, rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu (Riyadi,2013)

2) Wajah

Perhatikan wajah apakah simetris, pucat apakah ada nyeri tekan, apakah ada edema apakah ada lesi dan luka,periksa apakah wajah pucat.

3) Mata

Perhatikan kesimetrisan mata kanan dan kiri , periksa alis mata terhadap kesimetrisan dan pertumbuhan rambutnya, amati distribusi dan kondisi bulu matanya. Periksa kalau ada strabismus Periksa warna konjungtiva dan sclera.. Periksa apakah mata tampak cekung atau tidak. Pada klien dengan

bronkopneumonia kondisi konjungtiva tampak pucat akibat intake nutrisi yang tidak adekuat (Riyadi, 2013)

#### 4) Telinga

Periksa penempatan posisi telinga, amati penonjolan atau pendataran telinga, periksa struktur telinga luar terhadap hygiene, amati apabila ada kotoran, massa, tanda-tanda infeksi, apakah ada nyeri tekan. Pada klien bronkopneumonia terjadi otitis media bersamaan dengan pneumonia atau setelahnya karena tidak diobati (Riyadi, 2103)

#### 5) Hidung

Amati ukuran dan bentuk hidung. Adakah pernafasan cuping hidung atau tidak,. Lakukan palpasi setiap sisi hidung untuk menentukan adakah nyeri tekan atau tidak, apakah ada pernafasan cuping hidung, apakah ada dispnea, apakah ada sekret. Pada klien Bronkopneumonia ditemukan pernafasan cuping hidung dan produksi sekret, adanya sianosis. (Riyadi,2103)

#### 6) Mulut

Periksa bibir terhadap kesimetrisan, warna, kelembaban, pembengkakan , lesi periksa gusi lidah dan palatum. Periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk. Inpeksi faring menggunakan tongue spatel, amati kualitas suara, reflek sucking, rooting, pada anak dengan *Bronkopneumonia* biasanya terdapat sianosis di sekeliling mulut, terdapat sputum yang sulit dikeluarkan (Riyadi, 2013)

#### 7) Leher

Gerakan kepala dan leher anak dengan ROM yang penuh. Palpasi apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening atau pembesaran kelenjar tiroid.

8) Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kedalam. Amati jenis pernafasan, amati gerakan pernafasan. Bergerak secara simetris atau tidak, palpasi apakah ada nyeri atau tidak, auskultasi suara nafas tambahan ronkhi atau wheezina, apakah ada retraksi dada, apakah suara jantung normal apakah ada nyeri tekan pada dada. Pada klien Bronkopneumonia akan ditemukan ronchi atau wheezing dan kemungkinan terdapat retraksi dinding dada (Riyadi, 2013)

9) Abdomen

Periksa kontur abdomen ketika sedang berbaring terlentang, simetris atau tidak, periksa warna atau keadaan kulit abdomen, amati turgor kulit, lakukan auskultasi pada bising usus serta perkusi semua area abdomen. Pada klien bronkopneumonia akan ditemukan ekspansi kuman melalui pembuluh darah yang masuk kedalam saluran pencernaan dan mengakibatkan infeksi sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus (Riyadi, 2013)

10) Genetalia dan anus

Pada anak periksa terhadap kemerahan dan ruam, kaji kebersihan sekitar genetalia, periksa tanda-tanda hemoroid

11) Periksa kelainan punggung apakah terdapat skoliosis, lordosis, kifosis. Pada klien Bronkopneumonia akan ditemukan ronkhi saat dilakukan auskultasi pada paru

bagian belakang dan ketidaksimetrisan pergerakan thoraks dan palpasi (Riyadi, 2013)

#### 12) Ekstremitas

Kaji bentuk kesimetrisan bawah dan atas, kelengkapan jari, tonus otot meningkat, rentang gerak terbatas, kelemahan otot, dan gerakan abnormal. Pada klien dengan Bronkopneumonia akan ditemuakn sianosis pada ujung jari, biasanya CRT kembali lebihdari 2 detik (Riyadi, 2013 )

### 8. Data psikologis

#### a) Data Psikologi Klien

Pada saat dilakukan pengkajian, klien merasakan gelisah dan menangis.

#### b) Data Psikologi Keluarga

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

#### c) Data Sosial

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

#### d) Data Spiritual

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

### 9. Data Hospitalisasi

Data yang diperoleh dari kemampuan anak menyesuaikan dengan lingkungan rumah sakit, Perasaan yang sering muncul yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah. Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasanya aman. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak adalah menangis dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan (Wulandari & Erawati, 2016).

### 10. Data Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

Untuk mengidentifikasi adanya anemia karena asupan makanan yang terbatas, malabsorpsi, hambatan pembentukan darah dalam sumsum, dan penghancuran sel darah merah dalam peredaran darah. Pemeriksaan darah ditemukan leukopenia antara  $3000-4000/\text{mm}^3$  (Muttaqin, 2013).

b) Pemeriksaan radiologis

Memberikan gambaran bervariasi pada paru dengan adanya bercak-bercak konsolidasi merata pada satu atau beberapa lobus (Riyadi, 2013)

11. Terapi obat

untuk mengatasi infeksi berikan obat antibiotik sesuai program pengobatan misal antibiotik golongan beta-lactam, cefiksim, ampicilin, cefotaksim, ceftriaxon, kloramfenikol, dan aminoglikosida. (Polii, et al. 2018)

### **2.3.2 Analisa Data**

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman, dan dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses keperawatan (Nursalam, 2013).

### **2.3.3 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah, 2012). Di bawah ini adalah diagnosa keperawatan menurut (Wulandari & Erawati, 2016)

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakheobronkhial, pembentukan edema, akumulasi secret di bronkus, peningkatan produksi sputum.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveoluskapiler, gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, gangguan kapasitas pembawa darah.
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan proses inflamasi dalam alveoli.
- d. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan cairan berlebih, penurunan masukan oral.
- e. Resiko tinggi terhadap nutrisi kurang dari kebutuhantubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia, distensi abdomen.

#### **2.3.4 Intervensi**

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan, desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien (Rohmah, 2012).

Rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan menurut (Wulandari & Erawati, 2016) :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakheobronkhial, pembentukan edema, akumulasi secret di bronkus, peningkatan produksi sputum

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam jalan nafas efektif dengan bunyi bersih kembali normal.

Kriteria hasil :

1. Mempertahankan jalan nafas anak dengan bunyi nafas bersih
2. Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan nafas, missal : batuk efektif dan mengeluarkan secret

**Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Bersihan Jalan nafas**

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1) Kaji dan pantau frekuensi nafas, ,serta gerakan dada	1) Kecepatanbiasanyameningkat, dipsnea ,terjadi peningkatan kerja nafas dan terjadi retraksi dada
2) Auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas tambahan, missal : ronki dan wheezing.	2) Bersihan jalan nafas yang tidak efektif dapat dimanifestasikan dengan adanya bunyi nafas tambahan
3) Berikan posisi yang nyaman buat anak misalnya posisi semi fowler	3) Posisi semi fowler akan mempermudah anak untuk bernafas.
4) Dorong dan bantu anak latihan nafas abdomen	4) Memberikananak beberapa cara untuk mengatasi dispneu
5) Observasi karakteristik batuk, bantu tindakan untuk memperbaiki keefektifan batuk	5) Batuk dapat menetap namun tidak efektif. Batuk paling efektif adalah pada posisi duduk tinggi
6) Berikan air hangat sesuai toleransi jantung	6) Hidrasi menurunkan kekentalan secret dan mempermudah pengeluaran

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveoluskapiler, gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, gangguan kapasitas pembawa darah

Tujuan : Perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan dengan AGD dalam rentang normal dan tidak distress pernafasan

Kriteria hasil :

1. Menunjukkan adanya perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan.
2. Berpartisipasi pada tindakan untuk memaksimalkan oksigenasi.

**Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Gangguan pertukaran gas**

Intervensi	Rasional
(1)	(2)

1) Kaji frekuensi, kedalaman, dan kemudahan nafas	1) Untuk mengetahui dengan jelas nyeri anak
2) Observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku	2) Sianosis menunjukkan vasokonstriksi
3) Kaji status mental	3) Gelisah, mudah terangsang, bingung dapat menunjukkan hipoksemia
4) Awasi frekuensi jantung dan irama	4) Takikardi timbul karena demam
5) Awasi suhu tubuh, untuk mengurangi demam dan menggigil	5) Demam tinggi meningkatkan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenisasi seluler
6) Kolaborasi pemberian oksigen	6) Mempertahankan PaCO <sub>2</sub> di atas 60mmHg

c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan proses inflamasi dalam alveoli

Tujuan :

pola nafas yang efektif dengan frekuensi dan kedalaman dalam rentang normal dan paru jelas/bersih

Kriteria hasil : Pola nafas yang normal/efektif.

**Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Pola nafas tidak efektif**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
(1)	(2)
1) Kaji frekuensi, kedalaman nafas, dan ekspansi dada	1) Agar lebih terarah dalam memberikan pendidikan yang sesuai dengan pengetahuan anak secara efisien dan efektif.
2) Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas tambahan	2) Bunyi nafas menurun tidak ada karena ada obstruksi.
3) Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi	3) Duduk tinggi meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan bernafas
4) Observasi pola batuk dan karakteristik sekret	4) Batuk biasanya mengeluarkan sputum
5) Berikan humidifikasi tambahan	5) Memberikan kelembapan pada membran mukosa membantu mengencerkan sekret
6) Kolaborasi pemberian oksigen tambahan	

- 
- 6) Memaksimalkan pernafasandan menurunkan kerja nafas
- 

d. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan cairan berlebih, penurunan masukan oral

Tujuan :

1. Menunjukkan keseimbangan cairan dan elektrolit

Kriteria hasil :

1. Balance cairan seimbang
- b. Membran mukosa lembab, turgor kulit normal, pengisian kapiler cepat

**Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Keseimbangan Cairan**

Intervensi	Rasional
(1)	(2)
1) Kaji perubahan tanda vital	1) Untuk menunjukkan adanya kekurangan cairan sistemik
2) Kaji turgor kulit, kelembapan membran mukosa	2) Indikator langsung keadekuatan cairan
3) Catatan laporan mual/muntah	3) Adanya gejala ini menurunkan masukan oral
4) Pantau masukan dan keluaran urin	4) Memberikan informasi keadekuatan volume cairan dan kebutuhan penggantian
5) Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi	5) Memperbaiki status kesehatan

e. Resiko tinggi terhadap nutrisi kurang dari kebutuhantubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia, distensi abdomen

Tujuan :

1. Menunjukkan peningkatan nafsu makan.
2. Mempertahankan/meningkatkan berat badan

Kriteria hasil :

1. Peningkatan nafsu makan
2. Berat badan normal/meningkat

**Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Resiko nutrisi kurang**

Intervensi (3)	Rasional (4)
1) Identifikasi faktor penyebab mual/muntah	1) Pilih intervensi tergantung pada penyebab masaah
2) Berikan wadah tertutup untuk sputum dan buang sesering mungkin	2) Menghilangkan bahaya, rasa, bau, dari lingkungan anak yang menyebabkan mual
3) Jadwalkan pengobatan pernafasan sedikitnya 1jam sebelum makan	3) Menurunkan efek mual
4) Auskultasi bunyi usus dan observasi/palpasi distensi abdomen	4) Bunyi usus menurun mungkin menurun bila proses infeksi berat, distensi terjadi akibat menelan udara dan menunjukkan pengaruh toksin bakteri di gastro intestinal
5) Berikan makan porsi kecil dan sering	5) Dapat meningkatkan asupan makanan awalaupun nafsu makan lambat untuk kembali

### 2.3.5 Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap implementasi pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan mengecek tanda-tanda vital, auskultasi bunyi nafas, kaji dan pantau frekuensi nafas catat bunyi nafas tambahan dan pemberian fisioterapi dada postural drainage (Wulandari & Erawati, 2016).

### 2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan anak dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap-tahap perencanaan setelah dilakukan evaluasi keperawatan, (Rohmah, 2012). klien dengan brokopneumonia diharapkan dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif dapat teratasi (Wulandari & Erawati, 2016).

Tujuan dari evaluasi adalah untuk :

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.
- c. Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Menurut (Rohmah, 2012) jenis evaluasi :

- a. Evaluasi Formatif

Menyatakan evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dan dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan selesai.

- b. Evaluasi Sumatif

Merupakan evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, serta merupakan rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan anak sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan anak, digunakan komponen SOAP atau SOAPIE atau SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat, yang dimaksud SOAPIER yaitu :

Subjektif Data, Objektif Data, Analisa atau Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Re-Asseement

1. Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan anak yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. Data Objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada anak, dan yang dirasakan anak setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. Analisa data

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan anak yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

5. Implementasi

Merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan), tuliskan tanggal dan jam perencanaan.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah respon anak setelah dilakukan tindakan keperawatan.

7. Reassessment

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.