

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAPAS DI RUANG KALIMAYA ATAS  
RSUD DR. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.kep) Pada Prodi DIII keperawatan  
UNIVERSITAS Bhakti Kencana Bandung

**Oleh :**

**DIAN ISLAMİYATI**

**AKX.17.021**



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

**2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dian Islamiyati  
NIM : AKX.17.021  
Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronkhopneumonia Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Kalimaya Atas Rsud Dr. Slamet Garut.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma atau sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing dan masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 09 Agustus 2020  
Yang Membuat Pernyataan



Dian Islamiyati  
Akx.17.021

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAPAS DI RUANG KALIMAYA ATAS  
RSUD DR. SLAMET GARUT**

**OLEH :  
DIAN ISLAMİYATI  
AKX.17.021**

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbingan Utama**



**Agus Miraj D., SPd., Skep., Ners., MKes**

**NIP: 02005020119**

**Pembimbing Pendamping**



**Novitasari TF, S.Kep., Ners., MKep**

**NIP:02014020169**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., MKep**

**NIP:02001020009**

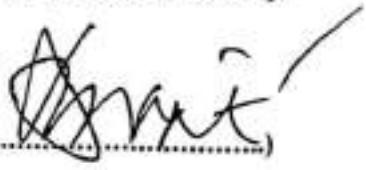
LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAPAS DI RUANG KALIMAYA ATAS  
RSUD DR. SLAMET GARUT

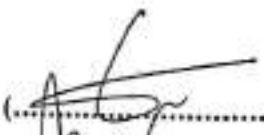
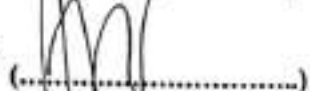
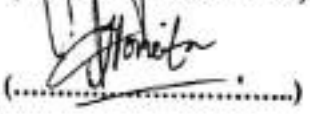
OLEH  
DIAN ISLAMIYATI  
AKX.17.021

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,

PANITIA PENGUJI

Ketua : Agus Miraj D.,SPd.,Skep.,Ners.,MKes (.....)   
(Pembimbing Utama)

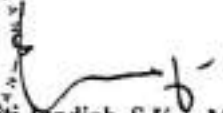
Anggota :

1. Djubaedah, S.pd.,MM (Penguji I) (.....) 
2. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep (Penguji II) (.....) 
3. Novitasari TF, S.Kep.,Ners.,MKep (Pembimbing Pendamping) (.....) 

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan



  
Rti. Siti Jundiah, S.Kep., M.Kep

NIK : 02007020132

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronkopneumonia Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Kalimaya Atas Rsud Dr. Slamet Garut” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sustrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Agus Miraj D.,SPd., Skep., Ners., MKes, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Novita Tsamroatul F, S.kep., Ners., M.Kep, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H. Husodo Dewo Adi Sp.OT selaku Direktur 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 Ruangan Kalimaya Atas yang telah memberikan bimbingan dalam melakukan kegiatan selama praktik keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Kepada kedua orang tua ku Ayahanda tercinta Sudirno, Ibunda tercinta Serti. Serta untuk kakak terbaik Akhmad Fauzi dan adik tersayang Retno Rahma Dini yang selalu menemani dan membantu penulis selama penyusunan karya tulis ini.
11. Kepada sahabatku Rabiul Tsani Muslimah, Ravi Oktapyan Lestari dan Sri Mulyani yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama proses pengumpulan data dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Kepada sahabatku Winda Amalia Sari dan Liza Hartiningsih yang telah memberikan bantuan, semangat dan motivasi kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
13. Seluruh teman sejawat yang saling memberi dukungan selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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, Agustus 2020

Penulis

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** bronchopneumonia menjadi salah satu penyebab tertinggi kematian balita di dunia maupun di Indonesia. Ketidakefektifan bersihan jalan napas menjadi masalah utama yang muncul pada pasien bronchopneumonia karena ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret yang sering dijumpai pada anak usia bayi sampai dengan pra sekolah, ketidakmampuan ini terjadi karena pada usia tersebut reflek batuk masih sangat lemah. Ketidakefektifan bersihan jalan napas dapat menimbulkan masalah yang leboh berat apabila tidak segera ditangani dengan cepat, seperti sesak yang hebat bahkan dapat menimbulkan kematian. Observasi bersihan jalan napas, terapi nebulizer dan fisioterapi dada dapat dilakukan sebagai penanganan pada pasien untuk mengurangi timbulnya masalah yang lebih berat. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien bronchopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas pada klien 1 teratasi pada hari ketiga sedangkan pada klien 2 sampai hari ketiga dapat teratasi sebagian. **Diskusi :** Anak dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien *bronchopneumonia* hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya, penyakit yang dapat memperberat. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

**Kata Kunci :** *Bronchopneumonia, Ketidakefektifan bersihan jalan napas, Asuhan Keperawatan.*  
Daftar Pustaka : 6 buku (2016-2020), 2 jurnal (2017-2019), 1 website

## ABSTRACT

**Background:** *bronchopneumonia is one of the highest causes of infant mortality in the world and in Indonesia. The ineffectiveness of airway clearance is a major problem that arises in bronchopneumonia patients due to the inability to remove secretions that are often found in infants to pre-school age, this inability occurs because at that age cough reflexes are still very weak. The ineffectiveness of airway clearance can cause more severe problems if not treated quickly, such as severe tightness and even death. Observation of airway clearance, nebulizer therapy and chest physiotherapy can be done as a treatment for patients to reduce the incidence of more severe problems. Method:* *Case study is to explore a phenomenon problem with detailed limitations, has in-depth data retrieval and includes various sources of information. This case study was carried out on two bronchopneumonia patients with ineffective airway clearance. Results:* *After nursing care was performed by providing nursing intervention, the problem of ineffectiveness in cleansing the airway in the client 1 was resolved on the third day while in the client 2 to the third day it could be partially resolved. Discussion:* *Patients with the problem of ineffective airway cleansing do not always have the same response in every bronchopneumonia patient, this is influenced by the client's condition or health status. So nurses must conduct comprehensive care to deal with nursing problems in each patient.*

**Keyword:** *Bronchopneumonia, Ineffectiveness Of Airway Clearance, Nursing Care*  
*Bibliography:* 6 books (2016-2020), 2 journals (2017-2019), 1 website

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Bagan .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
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 .....	5
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.....	8
2.1.3 Etiologi.....	19
2.1.4 Patofisiologi .....	20
2.1.5 Pathway .....	22
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	23



2.1.7 Penatalaksanaan .....	23
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	24
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	25
2.2.1 Pengkajian.....	25
2.2.2 Analisa Data.....	41
2.2.3 Diagnosa Keperawatan .....	41
2.2.4 Rencana Asuhan Keperawatan.....	42
2.2.5 Implementasi.....	53
2.2.6 Evaluasi.....	53
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian.....	56
3.2 Batasan Istilah .....	56
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	58
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	58
3.5 Pengumpulan Data .....	58
3.6 Uji Keabsahan Data.....	60
3.7 Analisa Data .....	61
3.8 Etik Penelitian .....	62
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	69
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	69
4.1.2 Pengkajian.....	70
4.1.3 Analisa Data.....	79
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	81
4.1.5 Perencanaan .....	83
4.1.6 Implementasi.....	85
4.1.7 Evaluasi.....	95
4.2 Pembahasan.....	96
4.2.1 Pengkajian.....	97
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	99

4.2.3 Perencanaan .....	100
4.2.4 Pelaksanaan .....	101
4.2.5 Evaluasi .....	102

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	103
5.2 Saran.....	105

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Paru-paru Dan Alveoli Penderita Pneumonia .....	8
Gambar 2.2 Anatomi Hidung.....	9
Gambar 2.3 Anatomi Laring .....	10
Gambar 2.4 Anatomi Trakhea.....	12
Gambar 2.5 Anatomi Bronkhial.....	13
Gambar 2.6 Anatomi Paru-paru .....	14

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Denver Development Screening Test .....	32
Tabel 2.2 Imunisasi .....	34
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas .....	44
Tabel 2.4 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas.....	45
Tabel 2.5 Intervensi Intoleransi Aktivitas .....	47
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi .....	49
Tabel 2.7 Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit.....	51
Tabel 2.8 Peningkatan Suhu Tubuh .....	52
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	70
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	70
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari .....	72
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik .....	73
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologi .....	77
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	77
Tabel 4.7 Program dan rencana pengobatan .....	78
Tabel 4.8 Analisa Data.....	79
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan .....	81
Tabel 4.10 Intervensi.....	83
Tabel 4.11 Implementasi .....	85
Tabel 4.12 Evaluasi.....	95

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Patofisiologi Bronkhopneumonia .....	22
--	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	: Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	: Lembar Observasi
Lampiran IV	: Lembar Justifikasi
Lampiran V	: Format Review Artikel
Lampiran VI	: Jurnal
Lampiran VII	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VIII	: Leaflet
Lampiran IX	: Riwayat Hidup Penulis

## 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>
BHP	: Bronkhopneumonia
C	: <i>Celcius</i>
Cm	: <i>Centimeter</i>
CO <sub>2</sub>	: <i>Carbon Diokside</i>
CRT	: <i>Cappillary Refill Time</i>
Dr.	: Dokter
DDST	: <i>Denver Development Screning Test</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DPT	: Difteri, Pertusis, dan Tetanus
GCS	: <i>Glas Glow Scale</i>
GDA	: Gula Darah Acak
HR	: <i>Heart Rate</i>
HB	: <i>Hemoglobin</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IM	: Intra Muscular
IV	: Intra Vena
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
Kg	: Kilo Gram
LED	: Laju Endap Darah
LK	: Lingkar Kepala
LL	: Lingkar Lengan

LD	: Lingkar Dada
Medrec	: <i>Medical Record</i>
mm <sup>3</sup>	: Milimeter Kubik
ml	: Mili Liter
N	: Nadi
Ny	: Nyonya
O <sub>2</sub>	: Oksigen
PB	: Panjang Badan
RR	: <i>Respiration Rate</i>
PASI	: Pengganti Air Susu Ibu
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
S	: Suhu
SOAP	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Palnning</i>
SOAPIER	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi Evaluasi Re-Assesment</i>
TD	: Tekanan Darah
TB	: Tinggi Badan
TBC	: <i>Tubercullosis</i>
TTV	: Tanda-tanda Vital
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumentasi



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Bronchopneumonia menjadi salah satu penyebab tertinggi kematian balita didunia maupun di Indonesia. Bronkhopneumonia membunuh lebih dari 19.000 anak setiap harinya di tahun 2018 yang berarti bronchopneumonia pembunuh terbesar dan merupakan penyebab kematian utama penyakit infeksi. Estimasi global menunjukkan bahwa setiap satu jam ada 71 anak di Indonesia yang tertular pneumonia (Menurut UNICEF, 2013).

Berdasarkan data pada tahun 2015 yang dirilis oleh Direktorat Jenderal Pengadilan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen P2PL) Kemenkes RI, diperkirakan sekitar 16% (944.000) dari seluruh kematian (5,9 juta) di dunia diakibatkan oleh penyakit Bronkhopneumonia. Angka kematian akibat pneumonia di seluruh dunia pada anak dengan usia infant adalah sebesar 15%. (*World Health Organisation, 2016*).

Kementrian Kesehatan (2015), menyebutkan anak dengan usia infant yang menderita bronchopneumonia sebanyak 870.893 kasus, pada tahun 2016 terdapat 922.000 dan di tahun 2017 terdapat 999.057. Berdasarkan data prevalensi hasil dari Riskesdas tahun 2018 di Indonesia yang mengalami pneumonia 4,0%.

Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015, sebanyak 4,62% kasus bronchopneumonia pada balita ditemukan di provinsi Jawa Barat. Pada tahun 2016 sebesar 103,32 % dengan jumlah 169,791. Angka tersebut merupakan

angka tertinggi di pulau Jawa. Berdasarkan Catatan *Medical Record* RSUD dr.Slamet Garut ditemukan 1.240 kasus pada periode tahun 2019 *bronchopneumonia* menduduki peringkat 10 besar penyakit pada balita.

Berdasarkan data rekam medik RSUD dr. Slamet Garut periode tahun 2019 didapatkan 10 besar di Rawat Inap dengan hasil, Penyakit CHF dengan jumlah pasien 1.530 (4%), Gastroenteritis dengan jumlah pasien 1.240 (3,27%), Bronkhopneumonia dengan jumlah pasien 1.214 (3,20%), TB dengan jumlah pasien 977 (2,58%), Anemia dengan jumlah pasien 901 (11,23%), Dengue dengan jumlah pasien 786 (2,07%), CKD dengan jumlah pasien 782 (2,06%), serebral dengan jumlah pasien 775 (2,04%), *Typoid* dengan jumlah pasien 738 (1,95%), Dispepsia dengan jumlah pasien 554 (1,46%). Berdasarkan data rekam medik yang diperoleh, maka angka kejadian *Bronchopneumonia* di RSUD dr. Slamet Garut mencapai peringkat ke-3 dengan jumlah pasien 1.214 (3,20%) dalam sepuluh besar penyakit di RSUD dr. Slamet Garut dalam kurun waktu 1 tahun pada tahun 2019. Data yang diperoleh dari ruangan Kalimaya Atas periode Januari sampai dengan Desember 2019 pada anak dengan Bronkhopneumonia yaitu sebanyak 147 anak. *Bronchopneumonia* menempati posisi pertama dari 10 daftar penyakit terbanyak di ruangan Kalimaya Atas.

Ketidakefektifan bersihan jalan napas menjadi masalah utama yang selalu muncul pada pasien *bronchopneumonia*. Ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret juga merupakan kendala yang sering dijumpai pada anak usia bayi sampai dengan pra sekolah. Hal ini dapat terjadi karena pada usia

tersebut reflek batuk masih sangat lemah. Apabila masalah bersihan jalan napas ini tidak ditangani secara cepat maka dapat menimbulkan masalah yang lebih berat seperti pasien akan mengalami sesak yang hebat bahkan bisa menimbulkan kematian.

Pentingnya peran perawat dalam melakukan setiap tindakan pada pasien *bronchopneumonia*. Perawat perlu melakukan observasi bersihan jalan napas, untuk menentukan adanya sekret yang menghalangi jalan napas. Cara yang dapat dilakukan perawat dalam membantu mengeluarkan sekret yaitu dengan cara pemberian terapi inhalasi nebulizer dan fisioterapi dada.

Menurut Astuti, Marhamah & Diniyah (2019) dalam penelitian penerapan terapi inhalasi nebulizer untuk mengatasi bersihan jalan napas pada anak dengan *bronchopneumonia* di Ruang Flamboyan RS TK II. 04.05.01 dr. Soedjono Magelang hasilnya pemberian terapi inhalasi dengan obat Ventolin yang dapat melebarkan saluran pernapasan bagian bronkus sehingga membuat keluhan sesak napas dan adanya bunyi napas tambahan menjadi menghilang. Penelitian lain dari Puspitaningsih, Rachma, dan Kartini (2019) penanganan bersihan jalan napas pada anak dengan bronkhipneumonia di Ruang Kertawijaya RSU dr, Wahidin Sudirohusodo Mojokerto, setelah dilakukan intervensi auskultasi suara nafas tambahan dan catat adanya suara nafas tambahan, berikan posisi nyaman, berikan O<sub>2</sub> nasal kanul, berikan terapi nebulizer, lakukan fisioterapi dada (*clapping*) (Nurarif, 2015), suara ronkhi menghilang dan batuk berkurang. Ketidakmampuan mengeluarkan sekret merupakan kendala yang sering dijumpai pada anak usia bayi sampai usia pra

sekolah. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut reflek batuk masih sangat lemah.

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan di atas bahwa bronchopneumonia menjadi salah satu masalah kesehatan pada anak. Berdasarkan data yang menunjukkan tingginya penderita bronkopneumonia, masalah yang dapat timbul dan pentingnya pemberian tehnik inhalasi nebulizer dalam mengatasi bersihan jalan napas pada pasien bronchopneumonia, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Bronchopneumonia Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Kalimaya Atas Rsud Dr. Slamet Garut Tahun 2019”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas maka rumusannya adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan pendekatan proses keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

### 1.3.2 Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet garut tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi pada Anak *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus Komprehensif ini diharapkan mampu memberikan pengetahuan tentang cara bagaimana menangani pasien sesak napas dengan tehnik inhalasi pada anak yang dapat beresiko bila tidak segera ditangani dengan melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang asuhan keperawatan pada klien *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

b. Bagi Rumah Sakit

Mahasiswa dapat mempraktikkan teori yang didapat dari Institusi pendidikan ke Rumah Sakit dan dapat menimba ilmu yang tidak didapatkan dalam teori secara langsung sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang ada.

c. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa program studi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan komprehensif kepada klien *bronchopneumonia* dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas.

d. Klien

Diharapkan klien dan keluarga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan penyakit *bronchopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Definisi Bronkhopneumonia**

Bronchopneumonia adalah salah satu jenis pneumonia yang mempunyai pola penyebaran berbercak, teratur dalam satu atau lebih area terlokalisasi didalam bronchi dan meluas ke parenkim paru yang berdekatan disekitarnya (Smeltzer & Suzane C, 2002).

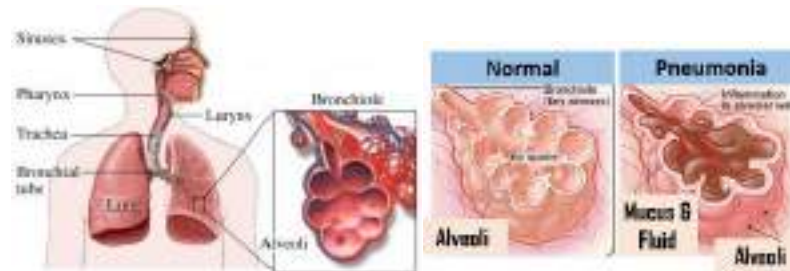
Bronchopneumonia adalah suatu peradangan paru yang biasanya menyerang di bronkioli terminal tersumbat oleh eksudat mukopurulen yang membentuk bercak-bercak konsolidasi di lobuli yang berdekatan. Penyakit ini sering bersifat sekunder, menyertai infeksi saluran pernapasan atas, demam infeksi yang spesifik dan penyakit yang melemahkan daya tahan tubuh. Kesimpulannya bronchopneumonia adalah jenis infeksi paru yang disebabkan oleh agen infeksius dan terdapat didaerah bronkus dan sekitar alveoli. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Bronchopneumonia adalah istilah medis yang digunakan untuk menyatakan peradangan yang terjadi pada dinding bronkiolus dan jaringan paru sekitarnya. Bronchopneumonia dapat disebut sebagai pneumonia lobularis karena peradangan yang terjadi pada parenkim paru bersifat terlokalisir pada bronkiolus beserta alveolus di sekitarnya (Muhlisin, 2017).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan *bronchopneumonia* adalah peradangan pada paru yang disebabkan oleh

masuknya virus, bakteri, mikroorganisme dan jamur yang mengakibatkan terjadinya infeksi parenkim paru ditandai dengan meningkatnya produksi sputum.

### 2.1.2 Anatomi & Fisiologi Pernapasan



**Gambar 2.1** Gambaran paru-paru dan aveoli penderita pneumonia  
Sumber : (Atika,2015)

Respirasi atau yang biasa disebut dengan pernapasan adalah proses menghirup udara bebas yang mengandung  $O_2$  (oksigen) dan mengeluarkan udara yang mengandung  $CO_2$  (karbondioksida) sebagai sisa oksidasi keluar dari tubuh. Proses menghirup oksigen ini disebut inspirasi sedangkan proses mengeluarkan karbondioksida disebut ekspirasi. Dalam proses pernapasan, oksigen merupakan zat kebutuhan utama. Oksigen untuk pernapasan diperoleh dari udara lingkungan sekitar. (Saktya Yudha Ardhi Utama, 2018)

Organ yang berperan penting dalam proses respirasi adalah paru-paru/pulmo. System respirasi terdiri dari hidung/nasal, faring, laring, trakea, bronkus, bronkiolus dan alveolus. Respirasi adalah pertukaran antara  $O_2$  dan  $CO_2$  dalam paru-paru, tepatnya dalam alveolus. Pernapasan sangat penting bagi kelanjutan hidup manusia. Apabila seseorang tidak bernapas dalam beberapa saat, maka orang tersebut akan kekurangan  $O_2$ , hal ini dapat



mengakibatkan orang tersebut kehilangan nyawanya. (Saktya Yudha Ardhi Utama, 2018).

a. Hidung



**Gambar 2.2 Anatomi hidung**  
**Sumber: (Utama, 2018)**

Hidung terdiri atas dua nostril yang merupakan pintu masuk menuju rongga hidung. Rongga hidung adalah dua kanal sempit yang dipisahkan oleh septum. Dinding rongga hidung dilapisi oleh mukosa respirasi serta sel epitel batang, bersilia, dan berlapis semu. Mukosa tersebut menyaring, menghangatkan, dan melembapkan udara yang masuk melalui hidung. Vestibulum merupakan bagian dari rongga hidung yang berambut dan berfungsi menyaring partikel-partikel asing berukuran besar agar tidak masuk ke saluran napas pernapasan bagian bawah. (Arif Muttaqin, 2012)

Fungsi dari organ hidung antara lain (Saktya Yudha Ardhi Utama, 2018) :

- a. Bekerja sebagai saluran udara pernapasan
- b. Sebagai penyaring udara pernapasan yang dilakukan oleh bulu-bulu hidung

- c. Dapat menghangatkan udara pernapasan oleh mukosa
  - d. Membunuh kuman yang masuk bersama udara pernapasan oleh leukosit yang terdapat dalam selaput lendir (mukosa) atau hidung.
- b. Faring



**Gambar 2.3 Anatomi laring**  
**Sumber: (Utama, 2018).**

Faring (tekak) adalah pipa berotot yang bermula dari dasar tengkorak dan berakhir sampai persambungannya dengan esophagus dan batas tulang rawan krikoid. Faring terdiri atas tiga bagian yang dinamai berdasarkan letaknya yakni nasofaring (dibelakang hidung), orofaring (dibelakang mulut), dan laringofaring (dibelakang laring). (Arif Muttaqin, 2012)

1) Nasofaring

Bagian faring ini terdapat di dorsal kavum nasi dan terhubung dengan kavum nasi melalui konka dinding lateral yang dibentuk oleh M. Tensor platini, M. Levator villi platini (membentuk *platum mole*), serta M. Konstruktur faringis superior.

## 2) Orofaring

Orofaring terletak dibelakang cavum oris dan terbentang dari platum mole sampai ke tepi atas epiglottis. Orofaring mempunyai atap, dasar, dinding anterior, dinding posterior, dan dinding lateral. Orofaring mempunyai dua cabang, yakni ventral dengan kavum oris dan kaudal terhadap radiks lingua.

## 3) Laringofaring

Bagian ini terhubung dengan laring melalui mulut, yaitu melalui saluran auditus laringeus. Dinding depan laringofaring memiliki plika laringisi epiglotika.

## c. Laring

Larynx (laring) atau tenggorokan merupakan salah satu saluran pernapasan (tractus respiratorius). Laring membentang dari laryngoesophageal junction dan menghubungkan faring (pharynx) dengan trakea. Laring terletak setinggi Vertebrae Cervical IV-VI. Laring juga bertindak sebagai pembentukan suara. Laring atau pangkal tenggorok yang disebut epiglottis yaitu terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring. Laring terdiri dari 5 tulang rawan antara lain:

- 1) Kartilago tiroid (1 buah)
- 2) Kartilago ariteanoid (2 buah) sepasang kartilago yang menjulang dibelakang krikoid dan di atasnya terdapat kartilago kuneiform dan kornikulata yang sangat kecil.

- 3) Kartilago krikoid (1 buah) yang berbentuk cincin yang terletak dibawah kartilago tiroid, satu-satunya kartilago yang berbentuk lingkaran lengkap.
- 4) Kartilago epiglotis (1 buah) yang berupa katup dan berfungsi membantu menutup laring saat menelan makanan.

d. Trakhea

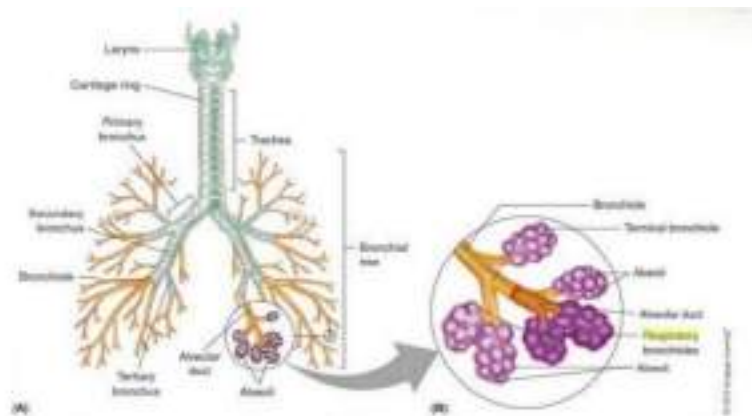


**Gambar 2.4 Anatomi Trakhea**  
**Sumber: (Tortora dan Derrickson, 2009)**

Trakhea adalah sebuah tabung yang berdiameter 2,5 cm dengan panjang 11 cm. trakhea terletak setelah laring dan memanjang kebawah setara dengan vertebra torakalis ke 5. Ujung trakhea bagian bawah bercabang menjadi dua brokus (bronchi) kanan dan kiri. Percabangan bronkus kanan dan kiri dikenal sebagai karina (*carina*). Trakhea tersusun atas 16-20 kartilago hialin berbentuk huruf C yang melekat pada dinding trakhea dan berfungsi untuk melindungi jalan udara. Kartilago ini juga berfungsi untuk mencegah terjadinya kolaps atau ekstransi berlebihan akibat perubahan tekanan udara yang terjadi dalam system pernapasan. Bagian terbuka dari bentuk C kartilago trakhea ini

saling berhadapan secara posterior ke arah esophagus dan disatukan oleh ligament elastis dan otot polos.

e. Bronkhus dan bronkiolus

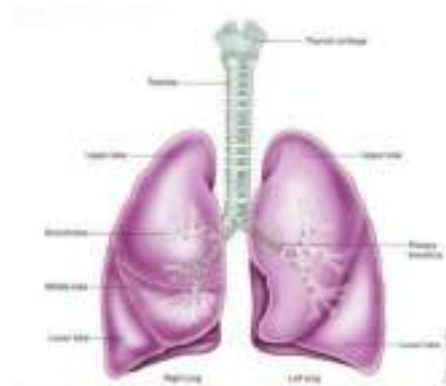


**Gambar 2.5 Anatomi bronchial**  
**Sumber:(Donald C Rizzo, 2010)**

Bronkus atau cabang tenggorok merupakan lanjutan dari trakea, ada dua buah yang terdapat pada ketinggian vertebrae torakalis IV dan V mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis set yang sama. Bronkus itu berjalan kebawah dan ke samping ke arah tampuk paru-paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar daripada bronkus kiri, terdiri 6-8 cincin mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang.

Bronkus bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil disebut bronkiolus (bronkioli). Pada bronkioli tidak terdapat cincin lagi dan pada ujung bronkioli terdapat gelembung paru atau gelembung hawa yang disebut alveolus.

f. Paru-paru



**Gambar 2.6 Anatomi Paru-paru**  
**Sumber: (Donald C Rizzo, 2010)**

Paru merupakan organ yang elastis, berbentuk kerucut, dan terletak dalam rongga thora. Kedua paru dipisahkan oleh mediastinum sentral yang berisi jantung dan beberapa pembuluh darah besar. Paru kanan lebih besar dari paru kiri. Selain itu, paru juga dibagi menjadi tiga lobus, satu lobus pada paru kanan dan dua lobus pada paru kiri.

Lobus-lobus tersebut dibagi menjadi beberapa segmen yaitu 10 segmen pada paru kanan dan 9 segmen pada paru kiri. Proses patologis seperti atelectasis dan pneumonia sering kali terbatas pada satu lobus atau satu segmen saja. Oleh karena itu, pengetahuan anatomi segmen baru penting sekali bagi perawat saat melakukan fisioterapi dada. Fisioterapi dada dilakukan untuk mengetahui dengan tepat letak lesi dan akumulasi sekret, sehingga perawat dapat menerapkan keahliannya dalam mengeluarkan sekret saat drainase postural (postural drainage).

Berikut penjelasan lebih lanjut mengenai bagian-bagian dari organ paru-paru tersebut (Ardiyansyah, 2012).

1) Apeks pulmo

Berbentuk bundar menonjol ke arah dasar yang melebar melewati apartura oralis superior, letaknya sekitar 2,5-4 cm diatas ujung iga pertama.

2) Basis pulmo

Paru-paru kanan dan bagian yang berada diatas permukaan cembung diafragma akan lebih menonjol keatas daripada paru-paru bagian kiri. Oleh karena itu, basis paru kanan lebih banyak berkontak dengan organ-organ lain daripada paru-paru kiri.

3) Insisura atau fisura

Dengan adanya fisura atau takik yang ada pada permukannya, paru-paru dapat dibagi menjadi beberapa lobus. Letak insura dan lobus dapa digunakan untuk menentukan diagnosis. Pada paru-paru kiri terdapat insisura obligus. Insisura ini membagi paru-paru kiri atas menjadi dua lobus, yaitu lobus superior, yakni bagian paru-paru yang terletak di atas dan depan insisura, dan lobus anferior, yakni bagian paru-paru yang terletak di belakang dan bawah insisura.

Paru-paru kanan memiliki dua insisura yaitu insisura oblingue dan insisiura interlobularis sekunder. Insisura oblingue (interlobularis primer) merentang mulai dari daerah atas dan ke belakang sampai

ke hilus setinggi vertebra torakalis yang ke-4, kemudian terus ke bawah dan ke depan searah dengan iga ke-6 sampai lini aksilaris media ke ruang interkosta ke-6, memotong margo inferior setinggi artikulasi iga ke-6 dan kembali ke hilus. Sementara, insisura interlobularis sekunder dimulai dari insisura oblique pada aksilaris media, kemudian terentang secara horizontal hingga memotong margo anterior pada artikulasi kosta kondralis keenam dan terus ke hilus. Insisura oblique memisahkan antara lobus medius dari lobus superior.

#### 4) Pleura

Pleura adalah suatu membran serosa (*serous membrane*) yang halus dan membentuk suatu kantong tempat dimana terdapat dua paru, yaitu kiri dan kanan, yang tidak saling bersentuhan. Pleura mempunyai dua lapisan, yaitu permukaan parietalis dan permukaan viseralis.

Lapisan permukaan disebut pleura parietalis yang langsung berhubungan dengan paru-paru dan memisahkan lobus-lobus dari paru-paru. Lapisan dalam yang sering disebut pleura viseralis ini berhubungan dengan faisaendotorasika dan merupakan permukaan dalam dari dinding toraks (Ardiyansyah, 2012).

Sesuai dengan letaknya, pleura parietalis memiliki empat bagian sebagai berikut:



- a) Pleura kostalis, yaitu bagian pleura yang menghadap ke permukaan lengkung kosta.
  - b) Pleura servikalis, yaitu bagian pleura yang melewati apartura torasis superior, memiliki dasar lebar, berbentuk seperti kubah dan diperkuat oleh membran suprapleura.
  - c) Pleura diafragmatik, yaitu bagian pleura yang berada diatas diafragma
  - d) Diafragma medisastinalis, yakni bagian pleura yang meliputi permukaan lateral mediastinum serta susunan yang terletak di dalamnya.
- 5) Sinus pleura

Tidak seluruh kantong yang dibentuk oleh lapisan pleura diisi secara sempurna oleh paru-paru, baik ke arah bawah maupun depan. Kavum pleura hanya dibentuk oleh lapisan pleura parietalis, sehingga rongga ini disebut sinus pleura (recessus pleura). Pada waktu inspirasi, bagian paru-paru ini akan memasuki sinus. Sebaliknya, pada waktu ekspirasi, bagian ini akan ditarik kembali dari rongga tersebut (Ardiyansyah, 2012).

Sinus pleura terdiri atas dua bagian, yaitu:

- a) Sinus kostamediastinal, yang terbentuk pada pertemuan pleura mediastinalis dengan pleura kostalis. Pada waktu inspirasi, sinus ini hampir semua terisi oleh paru paru.

b) Sinus frenikokostalis, yang terbentuk pada pertemuan pleura diafragmatika dengan pleura kostalis. Pada inspirasi yang sangat dalam, bagian ini belum dapat diisi akibat pengembangan paru-paru.

6) Ligamentum pulmonale

Radiks pulmonalis bagian depan, atas, dan belakang ditutupi oleh pertemuan pleura parietalis dan pleura viseralis. Bagian bawah radiks yang berasal dari depan dan belakang bergabung membentuk lipatan yang disebut ligamentum pulmonale. Ligamentum ini terdapat diantara bagian bawah fasies mediastinal dan perikardium, kemudian berakhir pada tepi yang bulat (Ardiyansyah, 2012).

7) Pembuluh limfe

Didalam paru-paru, terdapat dua pasang pembuluh limfe yang saling berhubungan. Bagian superfisial pembuluh limfe yang terletak dalam pleura ini berukuran relatif lebih besar dan membatasi lobus dipermukaan paru. Pembuluh limfe tampak hitam karena pengisapan zat karbon, khususnya pada individu yang tinggal di perkotaan.

Pembuluh limfe yang lebih kecil membentuk jala-jala halus pada tepi lobulus. Pembuluh superfisial ini mengalir sepanjang tepi paru-paru menuju hilus. Bagian profunda atau pulmonal merentang berdampingan ke bronkus, sedangkan arteri pulmonalis dan bronki

meluas hanya sampai ke duktus alviolaris bagian tepi. Semua cabang ini menuju kebagian pusat hilus dan bertemu dengan pembuluh limfe eferen superfisial. Nodus limfatikus juga banyak dijumpai di bagian hilus (Ardiyansyah, 2012).

#### 8) Persarafan

Dalam jaringan paru-paru dijumpai serat-serat kecil, terutama di daerah hilus yang berkaitan dengan bronkus serta pembuluh besar. Serat-serat saraf yang berhubungan dengan percabangan ronkial membentuk pleksus pulmonalis yang tersusun dari cabang vagus (bronko konstruktor) dan cabang dari ganglia simpatis berjalan bersama dengan pembuluh pulmonalis dan sekelompok kecil sel saraf yang terdapat pada dinding bronkial (Ardiyansyah, 2012).

### **2.1.3 Etiologi Bronkhopneumonia**

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

Penyakit bronchopneumonia biasanya disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, protozoa, mikobakteri, mikoplasma, dan riketsia. (Sandra M. Nettiria) antara lain:

- a. Bakteri : *Streptococcus, Staphylococcus, H. Influenzae, Klebsiella.*
- b. Virus : *Legionella Pneumoniae.*
- c. Jamur : *Aspergillus Spesies, Candida Albicans.*
- d. Aspirasi Makanan, sekresi orofaringeal atau isi lambung ke dalam paru-paru
- e. Terjadi karena kongesti paru yang lama.

#### **2.1.4 Patofisiologi Bronkhopneumonia**

Bronchopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronchopneumonia yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan bronkus, 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 yang meliputi empat stadium (Wijayaningsih, 2013) di kutip dari Buku Ajar Keperawatan Anak 2016, yaitu :

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

Disebut hyperemia, 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.

b. Stadium II/hepatisasi (48 jam berikutnya)

Disebut hepatisasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (*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.

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

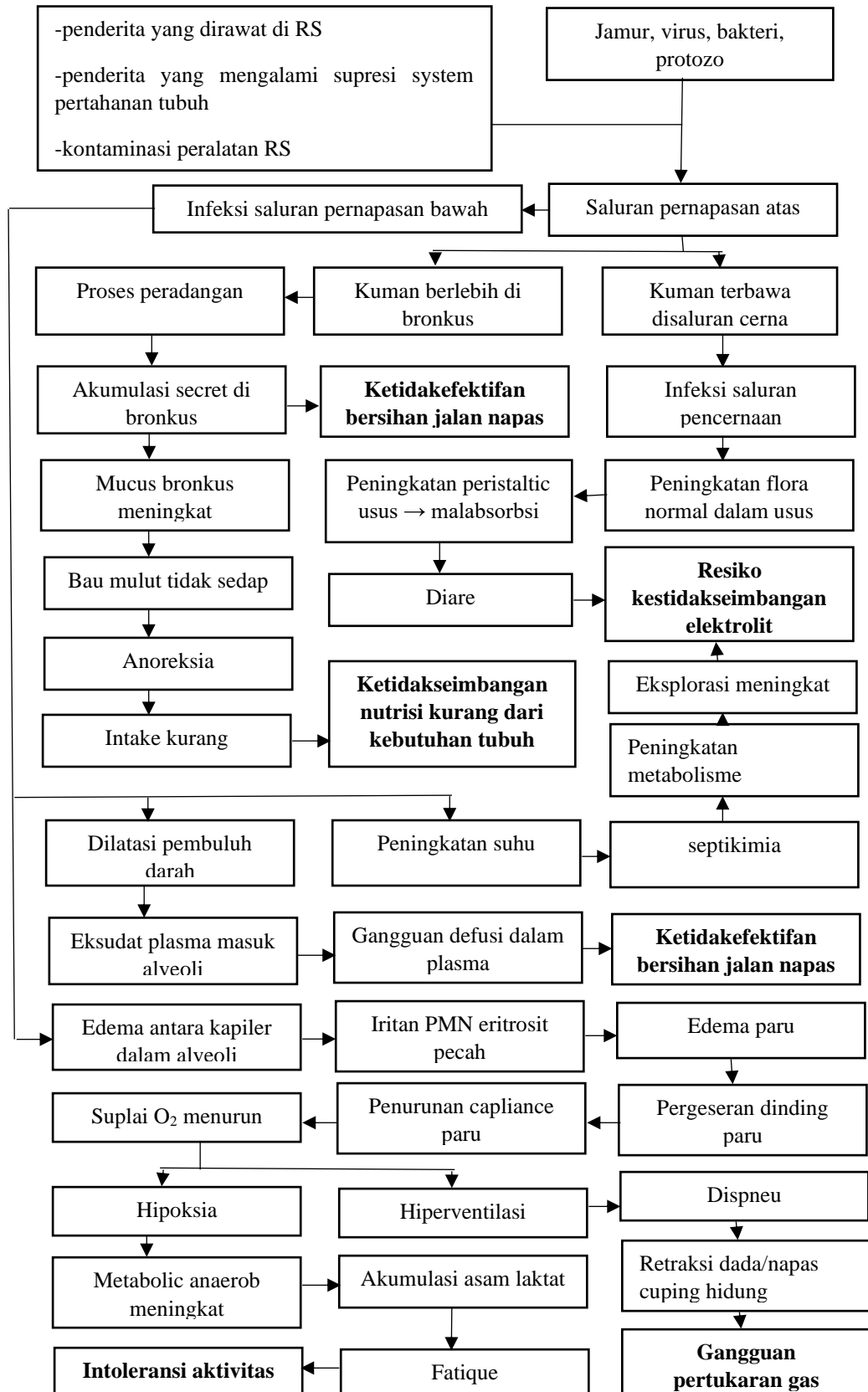
Disebut hepatisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi di seluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai diresorpsi, lobus masih tetap padat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

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

Disebut juga stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis 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.

## 2.1.5 Pathway

**Bagan 2.1 Pathway Bronkhopneumonia**



### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala bronkopneumonia adalah sebagai berikut (Dewi, 2016) :

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

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan bronkopneumonia adalah sebagai berikut (Dewi, 2016) :

- a. Penatalaksanaan keperawatan

Sering kali pasien bronkopneumonia datang sudah dalam keadaan payah, sangat *dispneu*, pernapasan cuping hidung, sianosis dan gelisah.

Masalah yang perlu diperhatikan ialah:

- 1) Menjaga kelancaran pernapasan.
- 2) Kebutuhan istirahat.
- 3) Kebutuhan nutrisi/ cairan.
- 4) Mengontrol suhu tubuh.

- 5) Mencegah komplikasi.
- 6) Kurangnya pengetahuan orangtua mengenai penyakit.
- 7) Fisioterapi dada, yaitu salah satu dari fisioterapi yang menggunakan tehnik postural drainase, vibrasi dan perkusi.

b. Penatalaksanaan medis

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

- 1) Umur 3bulan - 5tahun, bila toksis disebabkan oleh streptkokus. Pada umumnya tidak diketahui penyebabnya, maka secara praktis dipakai: kombinasi penisilin prokain 50.000-100.00kl/kg/24jam IM.
- 2) Terapi oksigen jika pasien mengalami pertukaran gas yang tidak adekuat. Ventilasi mekanik mungkin diperlukan jika normal GDA tidak dapat dipertahankan. (Wijayaningsih, 2013).

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Bronkhopneumonia**

Pemeriksaan penunjang pada bronkopneumonia adalah sebagai berikut (Dewi Wulandari,2016):

a. Foto thoraks

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

b. Laboratorium

Leukositosis dapat mencapai 15.000-40.000/mm<sup>3</sup> dengan pergesaran ke kiri.



- c. GDA : Tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan peenyakit paru yang ada.
- d. Analisa gas darah arteri bisa menunjukkan asidosis metabolik dengan atau retensi CO<sub>2</sub>.
- e. LED meningkat.
- f. WBC (*White blood cell*) biasanya kurang dari 20.000 cells mm<sup>3</sup>.
- g. Elektrolit: natrium dan klorida mungkin rendah.
- h. Bilirubin mungkin meningkat.
- i. Aspirasi perkutan/biopsi jaringan paru terbuka: menyatakan intranuklear tipikal dan keterlibatan sistplasmik (Padila, 2013).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan (Muttaqin, 2008).

### **2.1.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan suatu tahap penting dari proses pemberian asuhan keperawatan yang sesuai bagi kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian yang akurat, lengkap sesuai kenyataan dan kebenaran data sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respons individu.

Pengkajian keperawatan pada system pernapasan adalah salah satu komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan system pernapasan klien. Kegiatan tersebut meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. (Arif Mutaqqin, 2012)

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien (Rohmah, 2009). Macam Sumber Data:

1) Data Dasar

Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan klien, data ini meliputi : data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan.

2) Data Fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus bisa berupa pengungkapan klien ataupun pemeriksaan langsung oleh perawat.

3) Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independent tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi.

#### 4) Data Objektif

Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur. Informasi tersebut biasanya diperoleh melalui pengamatan pancaindra selama pemeriksaan fisik.

#### b. Identitas

##### 1) Identitas Klien

Gambaran umum mengenai klien yang terdiri atas nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, bahasa, pekerjaan, pendidikan, status, alamat, diagnosa medis, nomor rekam medik, tanggal masuk dan tanggal pengkajian.

##### 2) Identitas Penanggung Jawab

Diisi nama orang atau perusahaan dan alamat. Nama orang tua ditulis inisial dan alamat ditulis singkat. Hal ini menjelaskan mengenai siapa yang bertanggung jawab terhadap klien secara keseluruhan.

#### c. Riwayat kesehatan

Riwayat adalah lebih dari sekedar informasi sederhana, namun dari riwayat kesehatan inilah kita dapat memperoleh informasi lebih banyak tetapi memerlukan waktu yang lama untuk mendapatkan riwayat kesehatan ini.

d. Riwayat kesehatan sekarang

1) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Merupakan keluhan atau gejala yang membuat klien meminta bantuan ataupun yang membawa klien ke rumah sakit. Biasanya ditulis singkat dan jelas, terdiri dari dua atau tiga kalimat (Rohmah, 2009).

2) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan yang dikemukakan dari permulaan klien sampai dibawa ke rumah sakit dan masuk ke ruang perawatan, komponen ini terdiri dari PQRST, yaitu :

P : *Paliatif*

Apa yang menyebabkan gejala? Apa yang bisa memperberat?

Apa yang bisa mengurangi? Pada klien yang menderita *bronkopneumonia* mula-mula anak menderita batuk, sesak napas yang dapat memperberat keluhan pada saat beraktivitas dan berkurang pada saat beristirahat dan diberikan oksigen, terapi nebulizer dan terapi fisioterapi dada.

Q : *Quality or Quantity*

Kualitas dari masalah yang dirasakan/digambarkan klien sering berbeda-beda. masalah batuk yang perlu mendapat perhatian adalah berapa lama batuk diderita? Apakah batuk disertai sputum yang purulen? Dan bagaimana kualitas sputum yang keluar?

R : Region

Dimana gejala dirasakan? Apakah menyebar atau tidak?.

S : Scale

Pada skala berapa tingkat kesakitan dirasakan?

T : Time

Kapan keluhan lebih sering muncul? Berapa lama biasanya keluhan muncul/berlangsung? Dan apakah keadaannya bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

e. Riwayat kemahilan dan kelahiran

1) Pre Natal

Apakah ibu klien terdapat kelainan atau keluhan yang dapat memperberat keadaan ibu dan anak saat proses persalinan, serta jumlah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu klien.

2) Intra Natal

Proses persalinan ditolong oleh siapa, apakah persalinan secara normal atau memerlukan bantuan alat atau operasi dan bagaimana keadaan bayi saat dilahirkan (langsung menangis atau tidak).

3) Post Natal

Bagaimana keadaan saat setelah lahir, apakah mendapat ASI atau PASI sesuai kebutuhan serta bagaimana reflek menghisapnya.

f. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian riwayat penyakit keluarga dalam gangguan system pernapasan merupakan hal yang mendukung keluhan penderita, perlu

dicari riwayat keluarga yang dapat memberikan perdisposisi keluhan seperti adanya riwayat sesak napas, batuk dalam jangka waktu yang lama, dan batuk darah dari generasi terdahulu. Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit diabetes melitus dan tekanan darah tinggi, kedua penyakit itu juga akan mendukung/memperberat keluhan penderita.

g. Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami klien sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah mengalami sakit yang berat, dan sebagainya. Pengobatan yang pernah dijalani dan riwayat alergi karena ada beberapa obat yang diminum oleh klien sebelumnya yang masih relevan OAT (obat anti Tuberkulosis).

h. Aktivitas sehari-hari

1) Makanan

Makanan yang disukai/tidak disukai apa saja makanan yang disukai dan tidak disukai klien. Pada saat apa klien mau makan kesukaannya. Biasanya klien menggunakan alat makan yang khusus atau tidak. Pola makan klien bagaimana dan jam berapa saja. Bagaimana pola minum klien, apakah klien mau makan sesukanya.

2) Pola Tidur

Bagaimana pola tidur klien dan berapa jam sehari. Bagaimana kebiasaan klien sebelum tidur, apakah klien perlu mainan,

dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur. Apakah klien suka tidur siang atau tidak dan berapa jam pada saat tidur siang.

3) Mandi

Berapa kali klien mandi sehari, sebelum dan selama dirawat di rumah sakit.

4) Aktivitas Bermain

Bagaimana aktifitas bermain klien (didalam rumah/diluar rumah dan dengan siapa saja).

5) Eliminasi

Bagaimana pola eliminasi klien (Buang Air Besar / Buang Air Kecil berapa kali sehari) sebelum dan selama dirawat.

i. Pertumbuhan dan perkembangan

1) Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik. Pertumbuhan fisik dapat dinilai dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan tanda-tanda seks sekunder. Pada bayi yang lahir cukup bulan akan menjadi 2 kali berat badan waktu lahir. Pada bayi umur 5 bulan. Berat badan bayi 0-6 bulan setiap minggunya berat badan akan bertambah 140-200 gr. Sedangkan panjangnya setiap bulannya bertambah  $\pm 2,5$  cm/bln.

2) Perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur,

dapat diperkirakan, sebagai dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistemnya yang terorganisasi.

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

**Tabel 2.1 Denver Development Screening Test**

Usia	Gerakan kasar	Gerakan halus	Pengamatan	Bicara	Sosialisasi
1	2	3	4	5	6
0-4 bulan	Mampu menumpu dengan kedua lengan dan berusaha mengangkat kepala	Mampu bermain dengan kedua tangan dan kaki	Anak mampu mengamati mainan	Mampu mendengar suara kertas diremas dan bermain bibir sambil mengeluarkan air liur	Mampu tersenyum pada ibunya
5-7 bulan	Mampu duduk tanpa pegangan, mampu berdiri dengan pegangan	Mampu mencari benang, menggaruk manik-manik, memindahkan kubus	Mampu mengamati bahasa atau cara bicara	Mampu meniru bunyi kata-kata, papa/mama tidak spesifik, mengoceh	Makan sendiri, berusaha mengapai mainan
8 bulan	Mampu duduk sendiri dan mengambil posisi onggong-ongkong	Mampu menggenggam balok mainan dengan seluruh permukaan tangan	Mampu memperhatikan dan mencari mainan yang jatuh	Mampu mengeluarkan suara Ma...ma... ta... ta... da...da...	Mampu bermain ciluk... baaaa
12 bulan	Mampu berdiri sendiri dan berjalan dengan berpegangan	Mampu mengambil benda kecil dengan ujung ibu jari dan telunjuk	Dapat menunjukan roda mobil-mobilan (anak laki-laki) dan menunjukan 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 bulan	Mampu melompat dengan satu kaki di tempat	Mampu memegang pensil dengan ujung jari	Mampu menghitung balok mainan dengan cara menunjuk	Mampu menggunakan kalimat lengkap	Mampu bermain dengan teman satu permainan
60 bulan	Mampu melompat dengan satu kaki ke arah depan	Mampu meniru tanda titik dan kotak	Mampu menggambar orang	Mampu bercerita dan bermakna	Mampu bermain bersama teman dan mengikuti urutan permainan

Sumber : (Unimas,2013).

#### j. Riwayat imunisasi

Tanyakan tentang riwayat imunisasi dasar seperti BCG, DPT, polio, hepatitis, campak, maupun imunisasi ulangan (Alimul, 2009).

**Tabel 2.2 Imunisasi**

No	Vaksin	Keterangan
1	Hepatitis B	Hepatitis B diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dianjurkan pada usia 1 dan 3-5 bulan. Interval dosis minimal 4 minggu.
2	Polio	Polio diberikan pada saat kunjungan pertama.
3	BCG ( <i>basillus calmette Guerin</i> )	Diberikan sejak lahir.
4	DPT ( <i>diphtheria, pertussis, tetanus</i> )	DPT diberikan paling cepat usia 6 minggu.
5	HiB ( <i>haemophilus influenza tipe b</i> )	HiB diberikan mulai usia 12 bulan dengan interval 2 bulan secara terpisah atau kombinasi.

6	PCV ( <i>pneumokokus</i> )	Diberikan pada umur 2, 4, 6 bulan dan umur 1 tahun.
7	Rotavirus	Diberikan pada umur 2, 4 dan 6 bulan.
8	Influenza	Diberikan pada usia > 6 bulan, diulang setiap tahun. Pada anak usia < 9 tahun diberi 2 kali dengan interval minimal 4 minggu.
9	Campak	Campak-1 diberikan pada usia 9 bulan, sedangkan campak-2 (18 bulan) tidak perlu diberikan apabila sudah mendapatkan MMR.
10	MMR ( <i>measles, mumps, rubella</i> )	Diberikan pada usia 15 bulan apabila telah mendapatkan vaksin campak pada usia 9 bulan, dengan interval minimal 6 bulan.
11	<i>Typhoid</i>	Diberikan pada usia $\geq 2$ tahun, diulang setiap 3 tahun.
12	Hepatitis A	Diberikan pada usia $\geq 2$ tahun sebanyak 2 kali dengan interval 6-12 bulan
13	Varisela	Diberikan setelah usia 12 bulan. Apabila diberikan pada usia > 13 tahun, pemberiannya 2 kali dengan interval minimal 4 minggu.
14	HPV ( <i>human papiloma virus</i> )	Diberikan mulai usia 10 tahun sebanyak 3 kali dengan interval 0, 1, 6 bulan.
15	JE ( <i>Japanese encephalitis</i> )	Diberikan mulai usia 12 bulan.
16	Dengue	Diberikan usia 9-16 tahun dengan interval 6 bulan.

**Sumber : (Leilaniwanda,2017)**

k. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan dan penampilan

Lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah dan rewel

a) Kesadaran

Dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang dapat dipilih sesuai dengan keadaan klien.

Secara kuantitatif dapat dilakukan dengan pengukuran *Glasgow Coma Scale* (GCS), sedangkan secara kualitatif tingkat kesadaran dimulai dari compos mentis, apatis, somnolen, sopor dan koma).

b) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital biasanya mencakup tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi. Pada anak usia 1-12 bulan Nadi 100-150x/menit, suhu 36,5-37,5°C dan respirasi 20-30x/menit. Namun pada anak penderita *bronkopneumonia* biasanya akan mengalami kenaikan suhu yang mencapai 39°-40°C serta respirasi lebih dari 30x/menit.

2) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala

Dikaji mengenai bentuk kepala, warna rambut, distribusi rambut, kaji kulit kepala berminyak atau tidak, adakah kerontokan atau tidak, adanya lesi atau tidak, ada hematom atau tidak. Ada nyeri tekan atau tidak.

b) Wajah

Kaji bentuk wajah simetris atau tidak, adakah nyeri tekan, adakah lesi atau benjolan. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada wajah.

## c) Mata

Kaji letak mata simetris atau tidak, pupil isokor atau tidak, reflek cahaya, konjungtiva anemis atau tidak, kaji sklera, pergerakan bola mata serta tes fungsi penglihatan.

## d) Telinga

Dikaji mengenai bentuknya simetris atau tidak, kebersihan dan tes fungsi pendengaran. Pada *Bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada telinga.

## e) Hidung

Dikaji apakah terdapat polip, nyeri tekan, kebersihan hidungnya, adakah pernapasan cuping hidung, fungsi penciuman. Pada penderita *Bronkopneumonia* dapat terlihat pernafasan cuping hidung dan terlihat penumpukan secret didalam hidung.

## f) Mulut

Kaji mukosa bibir lembab atau tidak, biasanya jika demam *bronkopneumonia* akibat meningkatnya suhu tubuh maka mukosa bibir akan kering, napas berbau tidak sedap, lidah tertutup selaput putih kotor (*coated tongue*), sementara ujung dan tepi lidah berwarna kemerahan dan terdapat penumpukan secret.

## g) Leher

Amati gerakan kepala dan leher, ada kaku kuduk atau tidak, nyeri telan, adakah pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada leher.

## h) Dada

Kaji frekuensi, irama dan kedalaman napas, adakah penggunaan otot bantu napas, ada nyeri tekan atau tidak, adakah bunyi napas tambahan seperti *ronchi*. Pada *bronkopneumonia*, ditemukan kelainan pada dada seperti pergerakan retraksi dinding dada, bunyi napas tambahan ronchi.

## i) Abdomen

Lakukan auskultasi terhadap bising usus, normalnya bising usus 6-12x/menit, pada kasus *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan.

## j) Punggung dan bokong

Kaji bentuk punggung dan bokong simetris atau tidak, adakah lesi, adakah kelainan tulang belakang seperti kifosis, lordosis ataupun skoliosis. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada punggung dan bokong.

k) Ekstremitas

Kaji apakah simetris atau tidak antara kanan dan kiri, kekuatan otot, adakah nyeri sendi. Biasanya penderita *bronkopneumonia* tidak ditemukan kelainan.

l) Kulit dan kuku

Kaji warna dan elastisitas kulit, adakah lesi, kebersihan kuku, pengukuran *Capillary Refill Time* (CRT) normalnya <3 detik, perabaan akral dingin atau hangat. Pada klien *bronkopneumonia*, pada gejala awal demam akan ditemukan kulit kemerahan.

m) Genetalia

Kaji keadaan genetalia, apakah terpasang kateter atau tidak, adakah lesi maupun edema. Pada *bronkopneumonia*, tidak ditemukan kelainan pada daerah genetalia.

l. Data psikolog

1) *Body image*

Persepsi atau perasaan tentang penampilan dari segi ukuran dan bentuk. Pada klien *bronkopneumonia* penampilannya terlihat lemas.

2) Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi. Pada

*bronkopneumonia* biasanya klien ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah.

### 3) Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri. Pada klien *bronkopneumonia* biasanya mengetahui identitas akan dirinya sendiri.

### 4) Peran Diri

Perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok. Pada klien *bronkopneumonia* biasanya klien mengerti peranannya di dalam keluarga maupun di masyarakat.

### m. Data sosial

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, faktor sosiokultural serta keadaan lingkungan sekitar dan rumah. Pada klien *bronkopneumonia* biasanya sulit untuk berkomunikasi dan berinteraksi karena lemah dan keterbatasan gerak yang diakibatkan oleh demam, mual/muntah, sesak napas.

### n. Data spiritual

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien dan berdampak pada kesehatan. Termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit. Klien

*bronkopneumonia* biasanya menjalankan ibadah di atas tempat tidur karena lemas dan harus tirah baring.

o. Data hospitalisasi

Perawatan di rumah sakit memaksakan meninggalkan lingkungan yang dicintai seperti keluarga dan kelompok sosial, sehingga menimbulkan kecemasan dan stres pada anak. Anak juga takut kehilangan status hubungan dengan temannya. Anak takut akan kehilangan kontrol dirinya karena penyakit dan rasa nyeri yang dialaminya. Rasa nyeri dapat tergambarkan baik secara verbal maupun non verbal.

p. Data penunjang

1) Laboratorium

Pemeriksaan darah ditemukan leukosit antara 15000-40.000/mm<sup>3</sup>.

2) Radiologi

Pemeriksaan radiologi foto thoraks ditemukan adanya terdapat bercak-bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus.

3) Terapi

Obat obat seperti antibiotik untuk membunuh zat patogen yang mengakibatkan infeksi, obat golongan antipiretik seperti paracetamol guna menurunkan suhu tubuh serta kolaborasi obat inhalasi seperti ventolin, combivent dalam penanganan mengeluarkan secret yang menumpuk dalam paru-paru.



### **2.1.2 Analisa Data**

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman serta pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokkan data, menafsirkan adanya ketimpangan atau kesenjangan serta membuat kesimpulan tentang masalah yang ada.

### **2.1.3 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang individu, keluarga atau masyarakat yang berasal dari proses pengumpulan dan analisa data yang cermat dan sistematis. Berdasarkan patofisiologi dan dari pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan gangguan sistem pernafasan : bronkopneumonia adalah sebagai berikut. (Hermans dan Kamitsuru, 2018)

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler, gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, gangguan pengiriman oksigen.

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia yang berhubungan dengan toksin bakteri bau dan rasa sputum, distensi abdomen atau gas.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan insufisiensi O<sub>2</sub> untuk aktivitas sehari-hari
- e. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit dalam serum (diare)
- f. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan toksemia.

#### **2.1.4 Rencana asuhan keperawatan**

Perencanaan adalah pengembangan strategi untuk menyelesaikan, mengurangi serta mencegah masalah-masalah yang telah teridentifikasi dalam diagnosa keperawatan serta menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara untuk menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

Menurut Herdman dan Kamitsuru, 2018 tindakan keperawatan pada pasien bronkhopneumonia adalah sebagai berikut:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.

**Tabel 2.3 Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan napas (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)**

<b>Diagnosa</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum <b>Definisi :</b> Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas. <b>Batasan karakteristik :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada batuk</li> <li>- Suara napas tambahan</li> <li>- Perubahan pola napas</li> <li>- Perubahan frekuensi napas</li> <li>- Sianosis</li> <li>- Kesulitan verbalisasi</li> <li>- Penurunan bunyi napas</li> <li>- Dispneu</li> <li>- Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>- Batuk yang tidak efektif</li> <li>- Ortopnea</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Mata terbuka lebar</li> </ul>	<b>Tujuan (NOC)</b> - Status pernapasan: kepatenan jalan napas <b>Kriteria hasil</b> - Suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips). - Menunjukan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) - Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan napas.	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Airway Suction</b> a) Kaji frekuensi dan kedalaman pernapasan serta gerakan dada b) Auskultasi area paru, catat area penurunan atau tak ada aliran udara. c) Tinggikan kepala tempat tidur, ubah posisi secara sering. d) Bantu pasien latihan nafas dan batuk secara efektif. e) Melakukan fisioterapi dada f) Suction sesuai indikasi g) Berikan cairan sedikitnya 1000ml/hari (kecuali kontra indikasi). Tawarkan air hangat daripada dingin. Kolaborasi : h) Terapi obat-obatan bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (nebulizer). Contoh pemberian obat flexotid dan ventolis atau bisolvon i) Kolaborasi pemberian antibiotic	<b>Airway Suction</b> a) Takipneu, pernapasan dangkal dan gerakan dada tak simetris terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru dan penyempitan bronkus. b) Suara mengi mengindikasikan terdapatnya penyempitan bronkus oleh sputum. c) Mempertahankan kepala ditinggikan akan menurunkan diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada. d) Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimu paru-paru atau jalan napas lebih kecil. e) Merangsang gerakan mekanik lewat vibrasi dinding dada supaya sputum mudah bergerak keluar. f) Mengeluarkan sputum secara mekanik dan mencegah obstruksi jalan napas.

---

**Factor yang berhubungan :**

- Mucus berlebihan
- Sekresi yang tertahan
- Benda asing dalam jalan napas

- g) Meningkatkan hidrasi sputum. Air hangat mengurangi tingkat kekentalan dahak sehingga mudah dikeluarkan.
  - h) Memudahkan pengenceran, dan pembuangan sekret dengan cepat.
  - i) Antibiotik membantu membunuh mikroorganisme penyebab sehingga dapat mengurangi peningkatan produk sputum yang merupakan sebagai akibat timbulnya peradangan.
-

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

**Tabel 2.4 Intevensi gangguan pertukaran gas (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan membrane alveolus kapiler, gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, gangguan pengiriman oksigen.</p> <p><b>Definisi :</b> Kelebihan atau defisit oksigenasi dan/atau eliminasi karbon dioksida pada membrane alveolar-kapiler.</p> <p><b>Batasan karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gas darah arteri abnormal</li> <li>- pH arteri abnormal</li> <li>- pola pernapasan abnormal</li> <li>- warna kulit abnormal</li> <li>- konfusi</li> <li>- penurunan karbon dioksida</li> <li>- diaforesis</li> <li>- dyspnea</li> <li>- sakit kepala saat bangun</li> </ul> <p><b>Factor yang berhubungan :</b></p>	<p><b>Tujuan (NOC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status pernapasan: pertukaran gas</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat</li> <li>- Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernapasan</li> <li>- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea</li> <li>- Tanda-tanda vital dalam rentang normal</li> </ul>	<p><b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b></p> <p><b>Manajemen Airway</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kaji frekuensi, kedalaman dan kemudahan bernapas</li> <li>b) Observasi warna kulit, catat adanya sianosis pada kulit, kuku dan jaringan sentral</li> <li>c) Kaji status mental dan penurunan kesadaran</li> <li>d) Awasi frekuensi jantung atau irama.</li> <li>e) Awasi suhu tubuh</li> <li>f) Kaji tingkat ansietas sediakan waktu untuk berdiskusi dengan pasien atau susun bersama jadwal pertemuan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g) Berikan terapi oksigen dengan benar, misalnya: dengan nasal prong, masker, masker venturi</li> <li>h) Pemantauan AGD (analisa gas darah).</li> </ul>	<p><b>Manajemen Airway</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Distres pernapasan yang dibuktikan dengan dispnea dan takipnea sebagai indikasi penurunan kemampuan menyediakan oksigen bagi jaringan</li> <li>b) Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi. Sedangkan sianosis daun telinga, membran mukosa dan kulit sekitar mulut (membran hangat) menunjukkan hipoksemia sistemik.</li> <li>c) Gelisah, mudah terangsang, bingung dan samnolen sebagai petunjuk hipoksemia atau penurunan oksigenasi serebral</li> <li>d) Takikardi biasanya ada sebagai akibat demam atau dehidrasi tetapi dapat</li> </ul>

- 
- lingkungan
  - obstruksi jalan nafas
  - fisiologis: jalan nafas alergik, asma, penyakit paru, hiperplasi dinding bronkial, infeksi, disfungsi neuromuscular.
- sebagai respons terhadap hipoksemia
- e) Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler.
  - f) Ansietas adalah manifestasi masalah psikologi sesuai dengan respons fisiologi terhadap hipoksia.
  - g) Tujuan terapi oksigen adalah mempertahankan  $\text{PaO}_2$  diatas 60 mmHg (normal  $\text{PO}_2$  80-100 mmHg).
  - h) AGD yang menunjukkan penurunan  $\text{PO}_2$  sebagai indikasi penurunan oksigen jaringan
-

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan insufisiensi O<sub>2</sub> untuk aktifitas sehari-hari.

**Tabel 2.5 Intervensi intoleransi aktivitas (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)**

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan insufisiensi O <sub>2</sub> untuk aktifitas sehari-hari. <b>Definisi :</b> Ketidacukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. <b>Batasan karakteristik :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas</li> <li>- Respon frekwensi jantung abnormal terhadap aktivitas</li> <li>- Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia</li> <li>- Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia</li> <li>- Ketidaknyamanan setelah beraktivitas</li> <li>- Menyatakan merasa letih</li> </ul>	<b>Tujuan (NOC)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toleransi terhadap aktifitas</li> <li>- Daya tahan</li> <li>- Energi psikomotor</li> </ul> <b>Kriteria hasil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR</li> <li>- Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri</li> <li>- Tanda-tanda vitalitas normal</li> <li>- Energy psikomotor</li> <li>- Level kelemahan</li> <li>- Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat</li> <li>- Status kardiopulmunari adekuat</li> <li>- Sirkulasi status baik</li> </ul>	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Activity Therapy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Evaluasi respons pasien terhadap aktivitas. Catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan atau kelelahan dan perubahan tanda vital selama dan setelah aktivitas</li> <li>b) Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi. Dorong penggunaan manajemen stres dan pengalih yang tepat</li> <li>c) Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat</li> <li>d) Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat dan atau tidur</li> </ul>	<b>Activity Therapy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Menetapkan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi</li> <li>b) Menurunkan stres dan rangsangan berlebihan, meningkatkan istirahat</li> <li>c) Tirah baring dipertahankan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, menghemat energi untuk penyembuhan. Pembatasan aktivitas ditentukan dengan respons individual pasien terhadap aktivitas dan perbaikan kegagalan napas</li> <li>d) Klien mungkin nyaman dengan kepala tempat tidur ditinggikan</li> </ul>

---

- Menyatakan merasa lemah	- Status respirasi pertukaran gas dan ventilasi adekuat	e) Bantu aktivitas perawatan diri yang diperlukan. Berikan kemajuan peningkatan aktivitas selama fase penyembuhan	e) Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
---------------------------	---	---	--

**Factor yang berhubungan :**

- Tirah baring atau imobilisasi
- Kelemahan umum
- Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- Imobilitas
- Gaya hidup monoton

---



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

**Tabel 2.6 Intervensi Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)**

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia yang berhubungan dengan toksin bakteri bau dan rasa sputum, distensi abdomen atau gas. <b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic <b>Batasan karakteristik :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kram abdomen</li> <li>- Nyeri abdomen</li> <li>- Gangguan sensai rasa</li> <li>- BB 20% atau lebih dibawah rentang BBI</li> <li>- Kerapuhan kapiler</li> <li>- Diare</li> <li>- Enggan makan</li> <li>- Asupan makan kurang dari</li> </ul>	<b>Tujuan (NOC)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status nutrisi</li> <li>- Status nutrisi: asupan nutrisi</li> <li>- Berat badan : massa tubuh</li> </ul> <b>Kriteria hasil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya peningkatan BB sesuai dengan tujuan</li> <li>- BBI sesuai dengan tinggi badan</li> <li>- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>- Tidak terdapat tanda malnutrisi</li> <li>- Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan</li> <li>- Tidak terjadi penurunan BB yang berarti</li> </ul>	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Manajemen Nutrisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kaji adanya alergi makanan</li> <li>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan</li> <li>c) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>d) Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>e) Rekomendasikan makanan selingan</li> <li>f) Motivasi dan bantu oral hygiene</li> </ul>	<b>Manajemen Nutrisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengidentifikasi defisien dan kebutuhan untuk membatu dalam pilihan intervensi.</li> <li>b) Bermanfaat dalam, mengkaji kebutuhan nutrisi klien akibat perubahan pada fungsi pencernaan dan usus, termasuk absorpsi vitamin dan mineral</li> <li>c) Pantau asupan kalori atau insufisiensi kualitas makanan yang dikonsumsi.</li> <li>d) Pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi.</li> <li>e) Dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung.</li> <li>f) Meningkatkan nafsu makan dan asupan oral.</li> </ul>

---

*Recommended daily allowance (RDA)*

- Bising usus hiperaktif
- Tonus otot menurun
- Membrane mukosa pucat
- Ketidakmampuan memakan makanan
- Sariawan rongga mulut
- Kelemahan otot pengunyah dan menelan
- Penurunan BB dengan asupan makan adekuat

**Factor yang berhubungan :**

Asupan diet kurang

**Populasi resiko :**

- Factor biologis
- Kesulitan ekonomi

**Kondisi terkait :**

- Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
  - Ketidakmampuan mencerna makanan
  - Ketidakmampuan makan
  - Gangguan psikososial
- 

Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan infeksi.

- e. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kadar elektrolit dalam serum (diare)

**Tabel 2.7 Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)**

<b>Diagnosa</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kadar elektrolit dalam serum (diare) <b>Definisi :</b> Rentan mengalami perubahan kadar elektrolit serum, yang mengganggu kesehatan <b>Faktor Resiko :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisiensi volume cairan</li> <li>- Diare</li> <li>- Disfungsi endokrin</li> <li>- Kelebihan volume cairan</li> <li>- Gangguan mekanisme regulasi</li> <li>- Disfungsi ginjal</li> <li>- Efek samping obat</li> <li>- Muntah</li> </ul>	<b>Tujuan (NOC)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keseimbangan cairan</li> <li>- Hidrasi</li> <li>- Status nutrisi</li> <li>- Intake</li> </ul> <b>Kriteria hasil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, B<sub>j</sub> urine normal, HT normal</li> <li>- Tekanan darah, nasi suhu tubuh dalam batas normal</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</li> </ul>	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Fluid Management</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kaji perubahan tanda-tanda vital</li> <li>b) Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik) jika diperlukan</li> <li>c) Kolaborasikan pemberian cairan IV</li> <li>d) Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat</li> </ul>	<b>Fluid Management</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Peningkatan suhu atau demam lama meningkatkan laju metabolic dan kehilangan cairan melalui evaporasi. Perubahan tekanan darah dan peningkatan takikardi dapat menunjukkan kekurangan cairan</li> <li>b) Mengetahui tanda-tanda hidrasi, perubahan tekanan darah ortostatik dapat menunjukkan kekurangan cairan</li> <li>c) Menangani dehidrasi dengan mengganti cairan yang hilang</li> <li>d) Adanya catatan memudahkan perawat untuk menghitung intake dan output</li> </ul>

f. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan toksemia.

**Tabel 2.8 peningkatan suhu tubuh (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)**

<b>Diagnosa</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan toksemia. <b>Definisi :</b> Peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal. <b>Batasan karakteristik :</b> - Pasien tampak merah wajahnya. - Suhu tubuh sama dengan atau lebih 37,5°C - Pasien menggigil - Nadi naik (di atas 100x/menit)	<b>Tujuan (NOC)</b> - Thermoregulation <b>Kriteria hasil</b> - Demam klien hilang. - Klien tidak meriang. - Suhu tubuh klien normal (36,5°-37,5°) - Klien tidak gelisah. - Warna kulit tidak kemerahan.	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Fever treatment</b> a) Kaji suhu tubuh dan nadi setiap 4 jam b) Pantau warna kulit dan suhu. c) Berikan dorongan untuk minum sesuai pesanan d) Lakukan tindakan pendinginan sesuai kebutuhan, misalnya: kompres hangat dan tepid spone. <b>Kolaborasi :</b> e) Berikan antipiretik yang diresepkan sesuai kebutuhan.	<b>Fever treatment</b> a) Untuk mengetahui tingkat perkembangan pasien b) Sianosis menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam c) Peningkatan suhu tubuh menimbulkan peningkatan IWL, sehingga banyak cairan tubuh yang keluar dan harus diimbangi pemasukan cairan. d) Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler. e) Mempercepat penurunan suhu tubuh

### **2.1.5 Implementasi**

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan, yakni sebagai berikut (Setiadi, 2012) :

- a. Persiapan, tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi hasil yang memedai yang teridentifikasi pada tahap perencanaan.
- b. Intervensi, fokus tahap pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interpenden.
- c. Dokumentasi, pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

### **2.1.6 Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2013).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut (Nikmatur, 2012) :

- a. S : Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

b. O : Data Objektif

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

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituisikan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi dalam data subjektif dan objektif.

d. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan, rencana tindakan yang baru/sebelumnya tidak ada dapat ditentukan bila timbul masalah baru

atau rencana tindakan yang sudah tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada.

e. I : Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intuksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

f. E : Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R : Reassessment

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