

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN BRONKOPNEUMONIA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
DI RUANG BOUGENVILLE II
RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

I MADE WIJAYA KUSUMA

AKX. 17. 033



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

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : I Made Wijaya Kusuma

NIM : AKX.17.033

Progam Studi : DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenville II RSUD Ciamis.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar profesional Ahli Madya di Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis Ilmiah ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan dari Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan 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 sangsi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 29 Juni 2020

Very Membuat Pernyataan


I Made Wijaya Kusuma

AKX. 17. 033

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN BRONKOPNEUMONIA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
DI RUANG BOUGENVILLE II
RSUD CIAMIS**

**OLEH
I MADE WIJAYA KUSUMA
AKX.17.033**

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

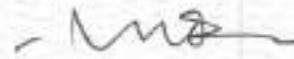
Menyetujui

Pembimbing Utama



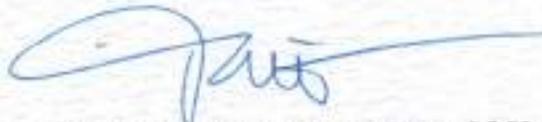
**H. Rachwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes
NIDK : 10115175**

Pembimbing Pendamping



**A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd
NIDK : 0409127702**

**Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN : 02001020009.**

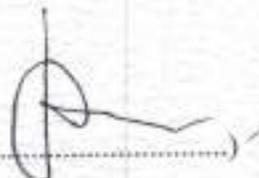
**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN BRONKOPNEUMONIA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
DI RUANG BOUGENVILLE II
RSUD CIAMIS**

Oleh:
**I MADE WJAYA KUSUMA
AKX.17.033**

Telah diuji
Pada tanggal 29 Juni 2020
Panitia Penguji

Ketua : H. Rachwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes
(Pembimbing Utama)



(.....)

Anggota :

1. Sri Sulami, S.Kep., MM
(Penguji I)



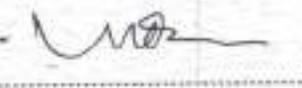
(.....)

2. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Penguji II)



(.....)

3. A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd
(Pembimbing pendamping)



(.....)

Mengetahui
Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan,


Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIDN: 020007020132

ABSTRAK

Latar Belakang : *Bronkopneumonia* merupakan peradangan pada paru-paru yang mengenai beberapa lobus paru ditandai dengan bercak-bercak yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau benda asing, Menurut Depkes RI, (2018), 10 provinsi dengan *Bronkopneumonia* terbanyak di Indonesia tahun 2018 yaitu : Nusa Tenggara Barat (6,38%), Kep. Bangka Belitung (6,05%), Kalimantan Selatan (5,53%), Sulawesi Tengah (5,19%), Sulawesi Barat (4,88%), Gorontalo (4,84%), Jawa Barat (4,62%), Aceh (4,46%), Jawa Timur (4,45%), Kalimantan Tengah (4,37%). Salah satu tanda reaksi infeksi ini yaitu meningkatnya produksi *sputum* yang dapat mengakibatkan *obstruksi* jalan napas sehingga menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan napas. **Tujuan :** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. **Metode :** Studi kasus untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, studi kasus dilakukan pada dua orang klien dengan *bronkopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan secara komprehensif dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas, pada klien 1 masalah teratasi setelah dilakukan intervensi selama 3 hari, sedangkan pada klien 2 masalah belum teratasi karena klien mengatakan masih sesak napas, terdapat suara napas tambahan *ronchi*. **Diskusi :** Klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas tidak selalu memiliki respon sama, hal ini dipengaruhi lama klien terinfeksi, maupun lama perawatan, sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci : *Bronkopneumonia*, Ketidakefektifan bersihan jalan napas, Asuhan Keperawatan,

Daftar Pustaka : 14 Buku (2010-2020), 1 Jurnal (2010-2020), 2 Website (2010-2020).

ABSTRACT

Background: Bronchopneumonia is an inflammation of the lungs concerning the pulmonary lobe characterized by patches caused by bacteria, viruses, or foreign bodies, according to the Depkes RI, (2018), 10 provinces with the most Bronchopneumonia in Indonesia in 2018 namely: West Nusa Tenggara (6.38%), Faroe Islands. Bangka Belitung (6.05%), South Kalimantan (5.53%), central Sulawesi (5.19%), West Sulawesi (4.88%), Gorontalo (4.84%), West Java (4.62%), Aceh (4.46%), East Java (4.45%), central Kalimantan (4.37%). One of the signs of this infection is the increased production of sputum which can lead to airway obstruction causing ineffectiveness clearance the airway. Objectives: Able to perform nursing care in the client Bronchopneumonia with nursing problems ineffectiveness clearance airway. Method: Case studies to explore a problem with detailed limitations, case studies are conducted on two clients with Bronchopneumonia with a problem of nursing ineffectiveness clearance airway. Results: After nursing care is done by giving a comprehensive nursing intervention with the ineffectiveness clearance the airway, on the client 1 the problem is resolved after intervention for 3 days, while on the client 2 problem is not resolved because the client said still shortness of breath, there is a sound of extra breath ronchi. Discussion: Clients with the problem of nursing ineffectiveness clearance airway do not always have the same response, it is influenced by long-time clients infected, or long-time care, so that nurses should do a comprehensive nursing care to handle nursing problems on each client.

Keywords: Bronkopneumonia, ineffectiveness clearance airway, nursing care,

Bibliography: 14 Books (2010-2020), 1 Journal (2010-2020), 2 websites (2010-2020).

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat 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 KLIEN BRONKOPNEUMONIA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS DI RUANG BOUGENVILLE II RSUD CIAMIS” dengan sebaik - baiknya.

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

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

1. H.A Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S.Kp., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz M, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. H. Rachwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Solihin Ramdani S.Kep, Ners. selaku CI ruangan Bougenville II yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Seluruh Staf dan Dosen Pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Kedua orang tua saya I Wayan Sarda dan Ni Wayan Sumaryani, kakak saya I Putu Endra Setyawan serta saudara kembar saya I Nyoman Sudiarta Kusuma, yang selalu menjadi penyemangat dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
11. Kepada Senior, teman seperjuangan Abdurahman Abid, M. Raffi Ardian Affan ikhtiar almadani, M. Fauzan Darmawan, Anjar Yudiyansah, serta Anestesi Angkatan XIII tahun 2020 yang telah memberikan semangat, motivasi, dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini..
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.
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 ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 29 Juni 2020

I Made Wijaya Kusuma

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul Dan Persyaratan Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstract	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan	5
1.3.1. Tujuan Umum.....	5
1.3.2. Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat	6
1.4.1. Manfaat Teoritis	6
1.4.2. Manfaat Praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1. Konsep Penyakit	9
2.1.1. Definisi <i>Bronkopneumonia</i>	9
2.1.2. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan.....	10

2.1.3. Etiologi <i>Bronkopneumonia</i>	21
2.1.4. Manifestasi Klinik <i>Bronkopneumonia</i>	22
2.1.5. Kasifikasi <i>Bronkopneumonia</i>	23
2.1.6. Patofisiologi <i>Bronkopneumonia</i>	24
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang.....	28
2.1.8. Penatalaksanaan <i>Bronkopneumonia</i>	28
2.2. Konsep Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas	30
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.3.1. Pengkajian	31
2.3.2. Diagnosa Keperawatan.....	40
2.3.3. Intervensi	40
2.3.4. Implementasi	47
2.3.5. Evaluasi	48
BAB III METODE PENELITIAN	51
3.1. Desain Penelitian	51
3.2. Batasan Istilah.....	51
3.3. Partisipan	52
3.4. Lokasi Dan Waktu Peneltian	52
3.5. Pengumpulan Data.....	53
3.6. Uji Keabsahan Data	54
3.7. Analisa Data.....	55
3.8. Etik Penelitian.....	57
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	61
4.1. Hasil	61
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	61
4.1.2. Asuhan Keperawatan	62
4.1.2.1. Pengkajian	62
4.1.2.2. Diagnose Keperawatan.....	76
4.1.2.3. Intervensi	79

4.1.2.4.Implementasi	81
4.1.2.5.Evaluasi	85
4.2. Pembahasan	85
4.2.1.Pengkajian	86
4.2.2.Diagnose Keperawatan	88
4.2.3.Intervensi	91
4.2.4.Implementasi	93
4.2.5.Evaluasi	97
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	98
5.1. Kesimpulan	98
5.1.1.Pengkajian	98
5.1.2.Diagnose Keperawatan	100
5.1.3.Intervensi	100
5.1.4.Implementasi	102
5.1.5.Evaluasi	102
5.2. Saran	103
5.2.1.Institusi Pendidikan.....	103
5.2.2.Rumah Sakit.....	104

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernapasan.....	10
Gambar 2.2 Anatomi Hidung.....	11
Gambar 2.3 Anatomi Faring	13
Gambar 2.4 Anatomi Laring	14
Gambar 2.5 Anatomi Trakea.....	15
Gambar 2.6 Anatomi Bronkus	16
Gambar 2.7 Anatomi Paru.....	18

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional	42
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional	43
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional	44
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional	45
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional	46
Tabel 4.1 Identitas Klien	62
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	63
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari	64
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	65
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologi	70
Tabel 4.6 Pemeriksaan Laboratorium	72
Tabel 4.7 Hasil Pemeriksaan Radiologi	72
Tabel 4.8 Program dan Rencana Pengobatan	72
Tabel 4.9 Analisa Data	73
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	76
Tabel 4.11 Intervensi	79
Tabel 4.12 Implementasi	81
Tabel 4.13 Evaluasi	85

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi	27
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar bimbingan
Lampiran II	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	Persetujuan Justifikasi
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	Leaflet
Lampiran VII	Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Akut
WHO	: World Health Organization
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
O ₂	: Oksigen
CO ₂	: Karbondioksida
cm	: Centimeter
mmHg	: Milimeter Raksa
°C	: Derajat Celcius
IV	: Intravena
ml	: Milimeter
LED	: Laju Endap Darah
NaCl	: Natrium Klorida
ADL	: Activity Daily Living
CRT	: Capillary Refill Time
GCS	: Glasgow Coma Scale

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah infeksi akut yang melibatkan organ saluran pernapasan bagian atas dan saluran pernapasan bagian bawah. Infeksi ini disebabkan oleh virus, jamur dan bakteri, awal dari infeksi saluran pernapasan hanya bersifat ringan seperti batuk, demam (Wardhani, 2019). Menurut *World Health Organization* (2018), Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah penyakit saluran pernapasan atas ataupun bawah, biasanya menular yang dapat menimbulkan berbagai spektrum penyakit yang berkisar dari penyakit tanpa gejala atau infeksi ringan sampai penyakit yang parah dan mematikan, tergantung pada patogen penyebab, faktor lingkungan, dan faktor pejamu. Kelompok yang paling berisiko adalah balita, anak-anak, dan orang lanjut usia, terutama di negara-negara dengan pendapatan per kapita rendah dan menengah, WHO (2018).

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) menurut WHO (2018), kasus di negara berkembang mencapai 15% - 20% pertahun, dengan jumlah lansia yang meninggal mencapai \pm 3.8 juta setiap tahun. Hal ini dikarenakan penyakit ISPA dapat menular dengan cepat dan sering menimbulkan dampak besar terhadap kesehatan masyarakat. ISPA dapat diderita tanpa gejala berupa infeksi ringan tetapi dapat juga berupa infeksi berat dan mematikan. Penyakit ISPA diawali dengan panas disertai

dengan satu atau lebih gejala : tenggorokan sakit atau nyeri pada saat menelan, pilek, batuk kering atau berdahak. Berbagai macam masalah penyakit ISPA yang sering ditemui yaitu, *tonsilitis tuberculosis, kanker paru, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, bronkitis, bronkiolitis, pneumonia, bronkopneumonia* dan lain-lain (Kemenkes RI, 2019).

Bronkopneumonia merupakan peradangan pada paru-paru yang mengenai beberapa *lobus* paru-paru yang ditandai dengan bercak-bercak yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur atau benda asing (Puspasari, 2019). Berdasarkan data *World Health Organization* (2018) *bronkopneumonia* tercatat sebagai masalah kesehatan dan merupakan penyebab kematian yang tinggi di dunia, yaitu sekitar 20% - 25% dan pada lansia angka kejadian *bronkopneumonia* mencapai 200 - 250 kasus per 1000 penduduk setiap tahun. *bronkopneumonia* merupakan salah satu dari infeksi saluran pernapasan akut dan telah menjadi perhatian serius, karena menjadi penyebab kematian utama di negara berkembang dengan 4 juta kematian setiap tahunnya dengan populasi yang rentan terserang penyakit ini adalah anak-anak kurang dari 2 tahun dan usia lanjut lebih dari 65 tahun (WHO, 2018).

Bronkopneumonia saat ini masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia, hal ini dapat dilihat dari data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2018), provinsi Jawa Barat berada pada peringkat ke-7 dengan presentase penyakit 4,62% (Depkes RI, 2018). Sementara itu menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2016) Kabupaten Ciamis berada pada peringkat ke-3 dengan presentase penyakit 182% (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2016).

Berdasarkan catatan *Medical Record* di RSUD Ciamis periode tahun 2018 didapatkan di ruang Bougenville II dengan penyakit *bronkopneumonia* berada pada urutan ke 4 dari 10 besar penyakit di ruang Bougenville II di RSUD Ciamis yaitu sebanyak 128 (10,39%) kasus, hal ini dikarenakan penyakit *bronkopneumonia* merupakan infeksi yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab *bronkopneumonia* yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, *ronchi* positif (Puspasari, 2019).

Pada pasien dengan penyakit *bronkopneumonia* terjadi peradangan pada parenkim paru yang meluas sampai *bronkioli* yang ditandai dengan adanya bercak-bercak *infiltrate* yang disebabkan oleh agen infeksius seperti bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, *dyspnea*, *takipnea*, terdengar suara napas abnormal *ronchi*, muntah, diare, serta batuk kering, dan produktif (Puspasari, 2019).

Penyakit *bronkopneumonia* ini di dahului oleh adanya infeksi pada saluran napas bagian atas selama beberapa hari. Kemudian, terjadi peningkatan suhu secara signifikan hingga mencapai 39-40⁰C. Akibatnya, pasien tampak gelisah, pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung, serta terjadi *sianosis* disekitar hidung dan mulut. Pada awal infeksi penyakit, tidak dijumpai adanya batuk, namun batuk ini muncul setelah infeksi berlangsung beberapa hari. Salah satu tanda dari reaksi infeksi ini adalah dengan meningkatnya produksi *sputum* sehingga dapat mengakibatkan *obstruksi* jalan napas. *Obstruksi* jalan napas disebabkan oleh

banyaknya produksi *sputum* sehingga bersihan jalan napas menjadi tidak efektif (Puspasari, 2019).

Ketidakefektifan bersihan jalan napas menjadi masalah utama yang selalu muncul pada pasien *bronkopneumonia*. Karakteristik dari ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah batuk, sesak dan suara napas abnormal (*Ronchi*). Ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret juga merupakan kendala yang sering dijumpai pada kasus ini. Dampak dari pengeluaran sekret/dahak yang tidak lancar akibat ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah penderita mengalami kesulitan bernapas dan gangguan pertukaran gas didalam paru-paru sehingga dapat mengakibatkan timbulnya *sianosis*. Apabila masalah bersihan jalan napas ini tidak ditangani secara cepat maka dapat menimbulkan masalah yang lebih berat, seperti pasien akan mengalami sesak napas yang hebat bahkan bisa menimbulkan kematian (Puspasari, 2019).

Peran perawat sangat penting dalam merawat pasien *bronkopneumonia* antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan baik dengan terapi *farmakologi* dan *non farmakologi*, pemberian terapi *non farmakologi* sangat penting untuk diberikan karena pada klien dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas dapat membantu dalam mengeluarkan sekret yang menghalangi jalan napas dengan cara teknik batuk efektif.

Batuk efektif adalah suatu teknik yang digunakan untuk mengeluarkan sekret/dahak yang terakumulasi dan mengganggu disaluran pernapasan dengan cara dibatukkan. Batuk efektif yang baik dan benar dapat mempercepat pengeluaran dahak

pada pasien dengan gangguan saluran pernapasan (Jurnal STIKES RS.Baptis Kediri, 2011).

Berdasarkan uraian data tersebut, penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam sebuah Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “**Asuhan Keperawatan pada Klien Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenville II RSUD Ciamis**”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.
- e. Melakukan evaluasi pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang keperawatan dan referensi bagi mahasiswa, mahasiswi dan perawat mengenai asuhan keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan dan meningkatkan pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis.

b. Rumah Sakit

Sebagai masukan kepada pihak Rumah Sakit untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada asuhan keperawatan pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Bougenville II RSUD Ciamis, yang pada akhirnya kepuasan pasien rumah sakit akan tercapai.

c. Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat memberikan informasi ilmiah yang bermanfaat dan menambah kepustakaan serta bacaan bagi mahasiswa/i untuk melakukan asuhan keperawatan terutama pada klien *bronkopneumonia* dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

d. Klien dan keluarga

Penulis berharap dengan adanya karya tulis ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan khususnya bagi klien dan keluarga untuk mengetahui tanda dan gejala dari penyakit *bronkopneumonia*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Penyakit

2.1.1. Definisi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia adalah suatu peradangan pada parenkim paru yang meluas sampai *bronkioli* yang ditandai dengan adanya bercak - bercak *infiltrate* yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan benda asing (Zulkarnain Dahlan, 2012).

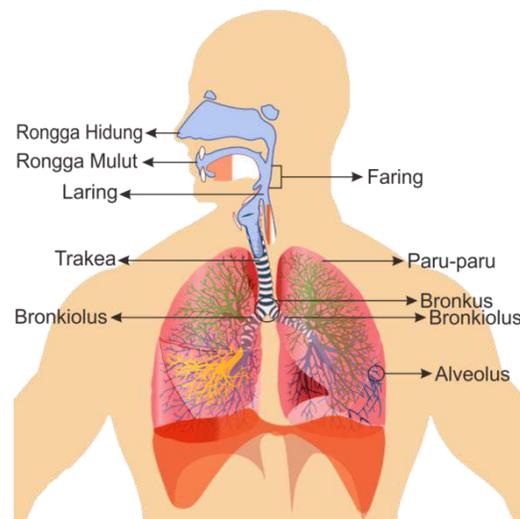
Bronkopneumonia merupakan peradangan *parenkim* paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing yang ditandai dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, napas cepat dan dangkal, muntah, serta batuk produktif (Sholeh, 2014).

Bronkopneumonia merupakan peradangan pada paru-paru yang mengenai beberapa *lobus* paru-paru yang ditandai dengan bercak-bercak yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau benda asing (Puspasari, 2019).

Dari beberapa pengertian dapat disimpulkan bahwa, *Bronkopneumonia* adalah peradangan pada *parenkim* paru yang meluas sampai *bronkioli* yang ditandai dengan adanya bercak-bercak *infiltrate* yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing dengan gejala panas, gelisah, napas cepat dan dangkal, muntah, serta batuk produktif.

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernapasan

Respirasi atau yang biasa di sebut dengan pernapasan adalah proses menghirup udara bebas yang mengandung O_2 (*Oksigen*) dan mengeluarkan udara yang mengandung CO_2 (*Karbon-dioksida*) sebagai sisa *oksidasi* keluar dari tubuh. Sistem *respirasi* ini terdiri dari hidung, faring, laring, trakea, bronkus, bronkiolus, dan alveolus. (Saktya Yudha, 2018).



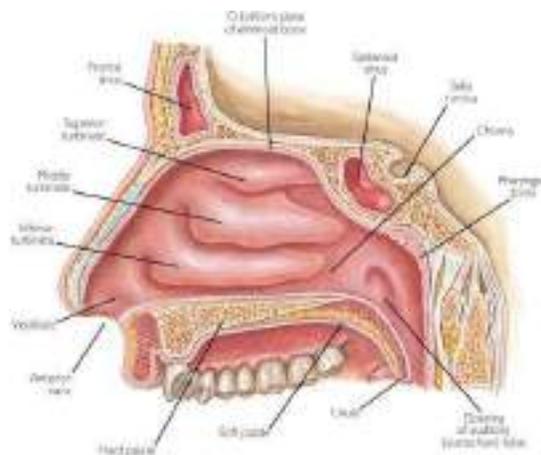
Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernapasan

Sumber : Buku keperawatan medikal bedah sistem respirasi
(Saktya Yudha, 2018)

2.1.2.1. Anatomi Sistem Pernapasan

a) Hidung

Rongga hidung merupakan pintu masuk udara ke dalam tubuh. Permukaan rongga hidung berlapiskan selaput lendir dan terdapat rambut-rambut yang berguna untuk menyaring atau membersihkan udara yang akan lewat. Selain itu rongga hidung juga berfungsi menghangatkan udara yang masuk agar suhu udara pernafasan sesuai dengan suhu tubuh. Penghangatan dan pelembapan menimbulkan efek pengeringan dan pendinginan bagi udara yang masuk, proses ini dimaksudkan agar udara tidak menyebabkan infeksi dibagian sistem pernafasan (Saktya Yudha, 2018).



Gambar 2.2 Anatomi Hidung

Sumber : Buku keperawatan medikal bedah sistem respirasi
(Saktya Yudha, 2018)

b) Faring

Faring merupakan organ berbentuk corong sepanjang 15cm yang tersusun atas jaringan *fibromuscular* yang berfungsi sebagai saluran pencernaan dan sebagai saluran pernapasan. Faring terletak setinggi *Basis cranii* (*basis occipital* dan *basis sphenoid*) sampai *cartilage cricoid* setinggi *vertebrae cervical VI*. Faring dibagi menjadi 3 bagian yaitu : Nasofaring, Orofaring, dan Laringofaring

1) Nasofaring

Pada bagian atas, faring terbuka mengarah ke rongga hidung (*nasal*) melalui dua naris internal (*koana*)

(a) Saluran *eustachius* yang menghubungkan nasofaring dengan telinga bagian tengah. *Tuba* ini berfungsi untuk menyetarakan tekanan udara pada kedua sisi gendang telinga.

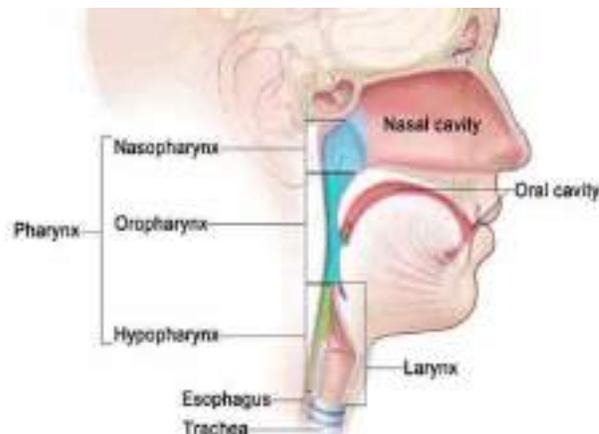
(b) *Amandel (adenoid)* faring adalah penumpukan jaringan *limfatik* yang terletak didekat *naris internal*.

2) Orofaring

Pada bagian tengah, faring terbuka ke arah mulut. Di sini terdapat organ jaringan getah bening atau *tonsil*. Karena berhubungan dengan mulut serta hidung, maka dapat menghirup dan menghembuskan udara lewat hidung.

3) Laringofaring

Bagian bawah faring yang berhubungan dengan laring dan *esophagus* merupakan jalan untuk sistem pernapasan selanjutnya (Saktya Yudha, 2018).

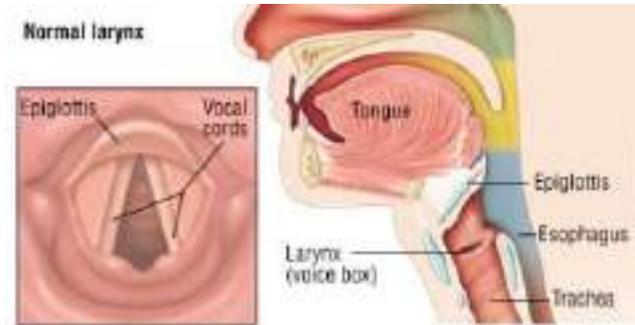


Gambar 2.3 Anatomi Faring

Sumber : Buku keperawatan medikal bedah sistem respirasi (Saktya Yudha, 2018)

c) Laring

Laring atau tenggorokan terletak setinggi *vertebrae cervical* IV-VI. Laring juga bertindak sebagai pembentukan suara, Pada laring terdapat pita suara dan *epiglottis* atau katup pangkal tenggorokan. Pada saat menelan makanan, *epiglottis* menutupi laring sehingga makanan tidak masuk ke dalam tenggorokan. Sebaliknya pada waktu bernapas *epiglottis* akan membuka sehingga udara masuk kedalam laring kemudian menuju tenggorokan (Saktya Yudha, 2018).

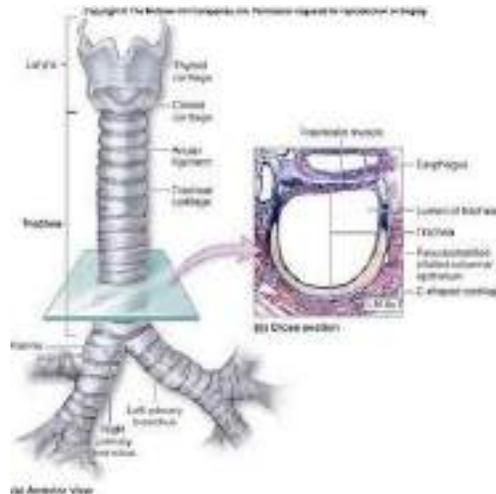


Gambar 2.4 Anatomi Laring

Sumber : Buku keperawatan medikal bedah sistem respirasi
(Saktya Yudha, 2018)

d) Trakea

Trakea merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 - 20 cincin *kartilago* yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang terbentuk seperti huruf C dengan panjang 9-11 cm. Trakea bersifat fleksibel, sehingga mampu mengalami kontraksi dan kembali relaksasi ke ukuran semula. Trakea berfungsi sebagai tempat perlintasan udara setelah melewati saluran pernafasan bagian atas yang membawa udara bersih, hangat dan lembab. Pada trakea terdapat sel-sel *bersilia* yang berguna untuk mengeluarkan benda-benda asing yang masuk bersama dengan udara. Yang memisahkan trakea menjadi bronkus kiri dan kanan disebut karina (Saktya Yudha, 2018).



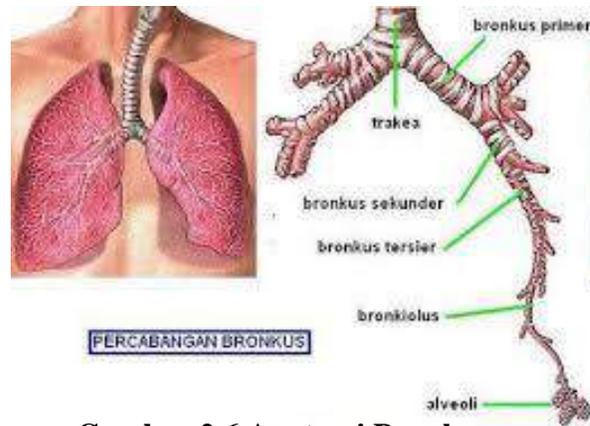
Gambar 2.5 Anatomi Trakea

Sumber : Buku keperawatan medikal bedah sistem respirasi
(Saktya Yudha, 2018)

e) Bronkus dan Bronkiolus

Bronkus atau cabang tenggorok merupakan lanjutan dari trakea, terdapat 2 buah bronkus yang berada pada ketinggian *vertebra torakalis* IV dan V mempunyai struktur sama dengan trakea dan dilapisi oleh sejenis sel yang sama dengan trakea dan berjalan kebawah kearah tampuk paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar daripada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin mempunyai 3 cabang, sedangkan bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping daripada bronkus kanan, terdiri dari 9-12 cincin dan mempunyai 2 cabang.

Bronkus bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil disebut *Bronkiolus (Bronkioli)*. Pada ujung *bronkioli* tidak terdapat cincin lagi dan pada ujung *bronkioli* terdapat gelembung paru yang disebut *alveolus* (Saktya Yudha, 2018).



Gambar 2.6 Anatomi Bronkus

Sumber : Buku keperawatan medikal bedah sistem respirasi
(Saktya Yudha, 2018)

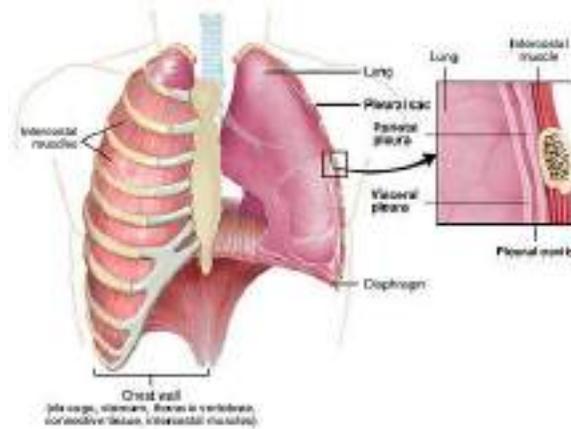
Pada pasien dengan penyakit *Bronkopneumonia* terjadi peradangan pada parenkim paru yang meluas sampai *bronkioli* yang ditandai dengan adanya bercak-bercak *infiltrate* yang disebabkan oleh agen *infeksius* seperti bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, *dyspnea*, dan *takipnea*, terdengar suara napas abnormal *ronchi*, muntah, serta batuk kering, dan produktif. Penyakit *bronkopneumonia* ini di dahului oleh adanya infeksi pada saluran napas bagian atas selama beberapa hari. Kemudian, terjadi peningkatan suhu secara signifikan hingga mencapai 39-40°C. Akibatnya, pasien tampak gelisah, pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung, serta terjadi *sianosis* disekitar hidung dan mulut. Pada awal infeksi penyakit, tidak dijumpai adanya batuk, namun batuk ini muncul setelah infeksi berlangsung beberapa hari. Hasil pemeriksaan fisik kepada pasien *bronkopneumonia* tergantung luas daerah yang terkena infeksi. Tetapi,

pada perkusi thoraks seringkali tidak dijumpai adanya kelainan, sedangkan pada saat auskultasi kemungkinan terdengar adanya suara *ronchi*.

f) Paru-paru

Paru-paru berada dalam rongga thorak, yang terkandung dalam susunan tulang-tulang iga dan letaknya disisi kiri dan kanan *mediastinum* yaitu struktur blok padat yang berada di tulang dada. Paru-paru dibagi 2 yaitu, paru-paru kanan terdiri dari 3 lobus (*lobus dextra superior, lobus media* dan *lobus inferior*), sedangkan paru-paru kiri terdiri dari 2 lobus (*pulmo sinistra lobus superior* dan *lobus inferior*). Rongga dada dan perut dibatasi oleh suatu sekat disebut *diafragma*. Berat paru-paru kanan sekitar 620 gram, sedangkan paru-paru kiri sekitar 560 gram. Selaput yang membungkus paru-paru disebut *pleura* yang dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) *Pleura visceral*, yaitu selaput paru yang langsung membungkus paru.
- 2) *Pleura parietal*, yaitu selaput yang melapisi rongga dada bagian luar. (Saktya Yudha, 2018).



Gambar 2.7 Anatomi Paru

Sumber : Buku keperawatan medikal bedah sistem respirasi
(Saktya Yudha, 2018)

2.1.2.2. Fisiologi Sistem Pernapasan

Respirasi adalah proses menghirup udara bebas yang mengandung O_2 (*Oksigen*) dan mengeluarkan udara yang mengandung CO_2 (*Karbondioksida*) sebagai sisa oksidasi keluar dari tubuh. Menurut tempat terjadinya pertukaran gas maka pernapasan dibedakan atas 2 jenis, yaitu pernapasan luar dan pernapasan dalam. Pernapasan luar adalah pertukaran udara yang terjadi antara udara dalam *alveolus* dengan darah dalam *kapiler*, sedangkan pernapasan dalam adalah pernapasan yang terjadi antara darah dalam *kapiler* dengan sel-sel tubuh (Saktya Yudha, 2018)

a. Ventilasi

Ventilasi merupakan proses dimana terjadinya pertukaran oksigen dari *atmosfer* kedalam *alveoli*, dan sebaliknya dari *alveoli* ke *atmosfer*. Ventilasi dipengaruhi beberapa faktor antara lain :

- 1) Adanya perbedaan tekanan antara *atmosfer* dengan paru. Semakin tinggi tempat, maka tekanan udara semakin rendah, demikian sebaliknya, semakin rendah tempat, maka tekanan udara semakin tinggi.
- 2) Kemampuan thoraks dan paru pada *alveoli* dalam melaksanakan *ekspirasi*.
- 3) Jalan napas yang dimulai dari hidung sampai *alveoli* yang terdiri atas berbagai otot polos yang kerjanya sangat dipengaruhi oleh sistem saraf otonom, terjadi rangsangan simpatis dapat menyebabkan relaksasi, sehingga bisa terjadi *vasodilatasi*.
- 4) Kerja saraf parasimpatis dapat menyebabkan *konstriksi* sehingga dapat menyebabkan vasokonstriksi atau penyempitan
- 5) Adanya refleks batuk dan muntah, peran *mukus siliaris* sebagai penangkal benda asing yang mengandung *interveron* dapat mengikat virus.

Pusat pernapasan yaitu *medulla oblongata* dan *pons* dapat mempengaruhi proses ventilasi, karena CO₂ memiliki kemampuan merangsang pusat pernapasan. (Mohamad Judha dan Rizky Erwanto, 2011).

b. Difusi

Difusi gas merupakan pertukaran antara oksigen di *alveoli* dengan darah pada *kapiler* paru dan *CO₂* di *kapiler* dengan *alveoli*.

Faktor-faktor yang menentukan kecepatan difusi gas :

- 1) Ketebalan membrane pernapasan: Kecepatan difusi berbanding terbalik dengan ketebalan membran, sehingga semakin tebal membran respirasi semakin lambat proses pertukaran gas.
- 2) Luas permukaan membrane pernapasan: Semakin luas permukaan tempat difusi berlangsung semakin tinggi kecepatan difusinya, sehingga bila terjadi kerusakan pada dinding *alveolus* berarti luas permukaan membran respirasi mengalami pengurangan dan akhirnya dapat mengganggu proses respirasi.
- 3) Perbedaan konsentrasi: Semakin besar selisih konsentrasi gas semakin besar kecepatan difusinya.
- 4) Perbedaan tekanan antara kedua sisi membrane: tekanan parsial gas dalam *alveoli* lebih besar daripada tekanan gas dalam darah, maka terjadi difusi netto dari *alveoli* ke dalam darah begitu juga sebaliknya (Mohamad Judha dan Rizky Erwanto, 2011).

c. Transportasi Gas

Transportasi adalah pengangkutan *oksigen* dan *karbondioksida* oleh darah. *Oksigen* ditransportasi dalam darah di dalam sel darah merah. *Oksigen* bergabung dengan *hemoglobin* untuk membentuk *oksihemoglobin*, berwarna merah terang. Sebagian oksigen terlarut dalam *plasma*. *Karbondioksida* ditransportasi dalam darah sebagai *natrium bikarbonat* dalam dan *kalium bikarbonat* dalam. Sel – sel darah merah dalam larutan bergabung dengan *hemoglobin* dan *protein plasma*. (Mohamad Judha dan Rizky Erwanto, 2011).

2.1.3. Etiologi Bronkopneumonia

secara umum *bronchopneumonia* diakibatkan oleh penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap *virulensi organisme pathogen*. Menurut (Puspasari, 2019) beberapa penyebab *bronkopneumonia* yang biasa ditemukan antara lain :

- a) Bakteri : *Diplococcus pneumonia*, *pneumococcus*, *streptococcus hemoliticus aureus*, *Haemophilus influenza*, *Basilus friendlander*, *Mycobacterium tuberculosis*.
- b) Virus : *Respiratory syntical*, *virus influenza*, *virus sitomegalik*
- c) Jamur : *Cytoplasma capsulatum*, *Criptococcus nepromas*, *Blastomices dermatides*, *Aspergillus Sp*, *Candida albicans*, *Mycoplasma pneumonia*.
- d) Protozoa : *Pneumokistis karinti*.

2.1.4. Manifestasi Klinis Bronkopneumonia

Menurut (Puspasari, 2019) tanda dan gejala dari *Bronkopneumonia* yaitu :

- a. Gejala penyakit datang mendadak namun kadang-kadang didahului oleh infeksi saluran pernapasan atas.
- b. Pertukaran udara di paru-paru tidak lancar dimana pernapasan agak cepat dan dangkal sampai terdapat pernapasan cuping hidung.
- c. Adanya bunyi napas tambahan pernafasan seperti *ronchi* atau *wheezing*.
- d. Dalam waktu singkat suhu badan naik antara 39^oC-40^oC dengan cepat sehingga kadang-kadang terjadi kejang.
- e. Adanya nyeri atau sakit di daerah dada sewaktu batuk dan bernapas.
- f. Batuk disertai sputum yang kental.
- g. Terjadi *sianosis* disekitar hidung dan mulut.

Bronkopneumonia ini di dahului oleh adanya infeksi pada saluran napas bagian atas selama beberapa hari. Kemudian, terjadi peningkatan suhu secara signifikan hingga mencapai 39-40^oC. Akibatnya, pasien tampak gelisah, pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung, serta terjadi sianosis disekitar hidung dan mulut. Pada awal infeksi penyakit, tidak dijumpai adanya

batuk, namun batuk ini muncul setelah infeksi berlangsung beberapa hari. Hasil pemeriksaan fisik kepada pasien *bronkopneumonia* tergantung luas daerah yang terkena infeksi. Tetapi, pada perkusi thoraks seringkali tidak dijumpai adanya kelainan, sedangkan pada saat *auskultasi* kemungkinan terdengar adanya suara *ronchi*.

2.1.5. Klasifikasi Bronkopneumonia

Klasifikasi menurut (Puspasari, 2019) membuat klasifikasi *pneumonia* berdasarkan klinis dan *epidemiologi* serta letak anatomi.

a. Klasifikasi *pneumonia* berdasarkan klinis dan *epidemiologi*

- 1) *Pneumonia Nosokomial* (PN) adalah *pneumonia* yang diperoleh selama perawatan di rumah sakit atau sesudahnya karena penyakit lain atau prosedur.
- 2) *Pneumonia aspirasi* disebabkan oleh *aspirasi* oral atau bahan dari lambung, baik ketika makan atau setelah muntah. Hasil inflamasi pada paru bukan merupakan infeksi tetapi dapat menjadi infeksi karena bahan teraspirasi mungkin mengandung bakteri *aerobic* atau penyebab lain dari *pneumonia*.

b. Klasifikasi *pneumonia* berdasarkan letak anatomi

- 1) *Pneumonia lobaris* melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai *pneumonia* bilateral atau “ganda”.

- 2) *Pneumonia lobularis (bronkopneumonia)* terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh *eksudat mukopurulen* untuk membentuk bercak *konsolidasi* dalam *lobus* yang berada didekatnya.
- 3) *Pneumonia interstisial* Proses implamasi yang terjadi di dalam dinding *alveolar (interstisium)* dan jaringan *peribronkial* serta *interlobular* (Puspasari, 2019).

2.1.6. Patofisiologi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia merupakan infeksi yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab *bronkopneumonia* yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan *bronkus* dan *alveolus* dan jaringan sekitarnya. *Inflamasi* pada *bronkus* ditandai adanya penumpukan *sekret*, sehingga terjadi demam, batuk produktif, *ronchi* positif. Setelah itu *mikroorganisme* sampai di *alveoli* membentuk suatu proses peradangan yang meliputi empat stadium (Wijayaningsih, 2013), yaitu :

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

Disebut *hipertermia*, 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 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.

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

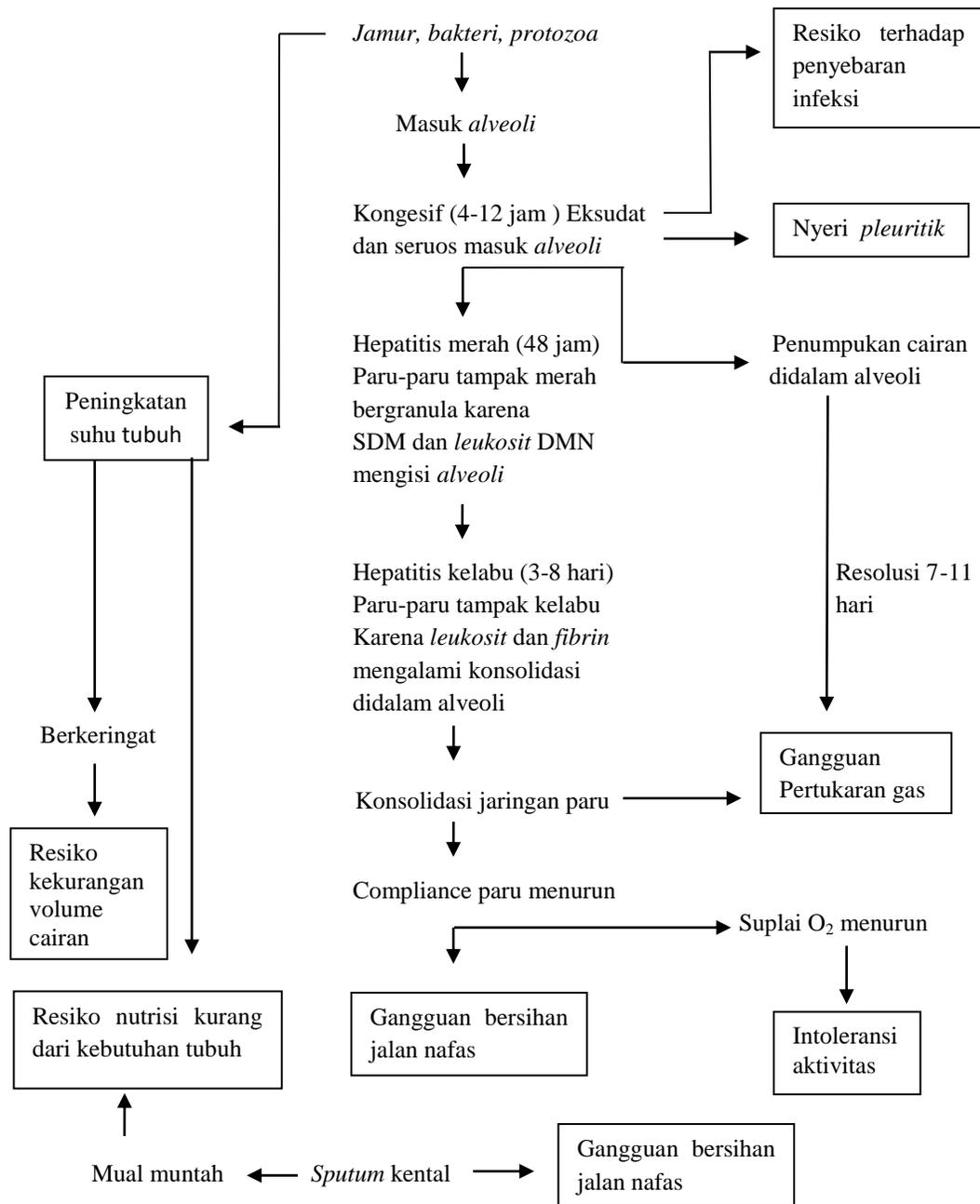
Disebut *hepatisasi kelabu* yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih *mengkolonisasi* daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan *fibrin* terakumulasi diseluruh daerah yang cedera dan terjadi *fagositosis* sisa-sisa sel. Pada stadium ini *eritrosit* di *alveoli* mulai *diabsorpsi*, *lobus* masih tetap padat karena berisi *fibrin* dan *leukosit*, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak 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 dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali kestrukturnya

semula. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, *ronchi* positif.

Bagan 2.1 Pathway Bronkopneumonia



**Sumber : Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam
(Wijayaningsih, 2013)**

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

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/mm³.

c. Analisa gas darah arteri

Untuk mengevaluasi status oksigenasi dan status asam basa, analisa gas darah ini bisa menunjukkan *asidosis metabolik* dengan atau tanpa retensi CO₂.

d. Laju endap darah

Pada pasien *bronkopneumonia* LED cenderung meningkat.

e. Pemeriksaan *sputum*

Digunakan untuk pemeriksaan mikroskopis dan untuk kultur serta tes sensitifitas untuk mendeteksi agen infeksius (Zulkarnain Dahlan, 2012).

2.1.8. Penatalaksanaan Bronkopneumonia

Menurut (Zulkarnain Dahlan, 2012), Penatalaksanaan yang dapat diberikan antara lain:

- a. Menjaga Kelancaran Pernapasan
- b. Pemberian oksigen
- c. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

- d. Pasien *bronkopneumonia* hampir selalu mengalami masukan makanan yang kurang. Suhu tubuh yang tinggi selama beberapa hari dan masukan cairan yang kurang dapat menyebabkan dehidrasi. Untuk mencegah dehidrasi dan kekurangan kalori dipasang infus dengan cairan *glukosa 5%* dan *NaCl 0,9%*
- e. Mengontrol Suhu Tubuh
- f. Pengobatan

Pengobatan diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi. Akan tetapi, karena hal itu perlu waktu dan pasien perlu terapi secepatnya maka biasanya diberikan Penisilin ditambah dengan *Cloramfenikol* atau diberikan antibiotic yang mempunyai spectrum luas seperti *ampisilin*. Pengobatan ini diteruskan sampai bebas demam 4-5 hari. Karena sebagian besar pasien jatuh ke dalam *asidosis metabolic* akibat kurang makan dan *hipoksia*, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri.

2.2. Konsep Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ketidakmampuan membersihkan sekresi atau *obstruksi* dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas (Nanda Internasional, 2015). Obstruksi saluran napas disebabkan oleh menumpuknya sputum pada jalan napas yang akan mengakibatkan ventilasi menjadi tidak adekuat, untuk itu perlu dilakukan tindakan memobilisasi pengeluaran sputum agar proses pernapasan dapat berjalan dengan baik guna mencukupi kebutuhan oksigen tubuh (Endrawati, 2014).

Pengeluaran dahak dapat dilakukan dengan membatuk ataupun postural drainase. Pengeluaran dahak dengan membatuk akan lebih mudah dan efektif bila diberikan penguapan atau nebulizer. Penggunaan nebulizer untuk mengencerkan dahak tergantung dari kekuatan pasien untuk membatuk sehingga mendorong lendir keluar dari saluran pernapasan dan seseorang akan merasa lendir atau dahak di saluran napas hilang dan jalan nafas akan kembali normal. Untuk mengeluarkan secret yang mengganggu jalan nafas dengan batuk yang benar atau batuk efektif supaya dapat mempercepat pengeluaran dahak pada pasien dengan gangguan saluran pernafasan. Batuk efektif merupakan satu upaya untuk mengeluarkan dahak dan menjaga paru – paru agar tetap bersih, disamping dengan memberikan tindakan nebulizer dan postural drainage. Batuk efektif dapat di berikan pada

pasien dengan cara diberikan posisi yang sesuai agar pengeluaran dahak dapat lancar. (Jurnal STIKES RS.Baptis Kediri, 2011).

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses asuhan keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pada tahap ini dilakukan pengumpulan data, baik data subyektif maupun data obyektif. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Rohmah, 2012)

I. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Gambaran umum identitas klien yang perlu dikaji yaitu nama, tempat dan tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor medrec, diagnosa medis, dan alamat.

b. Riwayat Kesehatan

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

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit, tindakan yang sudah dilakukan di rumah sakit sampai klien menjalani perawatan. Keluhan utama pada pasien dengan *bronkopneumonia* biasanya terdapat demam, sesak nafas, batuk produktif, tidak nafsu makan, gelisah, sakit kepala.

2) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh klien saat dikaji, diuraikan dalam konsep PQRST dalam bentuk narasi. Pada pasien dengan *bronkopneumonia* keluhan utama yang dirasakan pada saat dikaji biasanya adalah sesak nafas batuk produktif, tidak nafsu makan, gelisah, sakit kepala.

P : Provokatif atau paliatif

Apa yang menyebabkan keluhan utama, apa yang bisa memperberat dan mengurangi.

Q : Quality atau kuantitas

Bagaimana keluhan yang dirasakan, seperti apa tampilannya, suaranya, dan berapa banyak.

R : Region atau radiasi

Dimana lokasi dan penyebaran keluhannya.

S : Saverity atau scale

Sebeparakah intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktivitas.

T : Timing

Kapan muncul keluhan, berapa lama, bersifat tiba-tiba, sering atau bertahap.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu mengidentifikasi riwayat kesehatan yang memiliki hubungan dengan klien atau yang memperberat keadaan penyakit yang sedang diderita saat ini. Termasuk faktor predisposisi penyakit.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga mengidentifikasi apakah dikeluarga terdapat riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan. Apabila ditemukan riwayat penyakit menular dibuat struktur keluarga, dimana diidentifikasi individu-individu yang

tinggal serumah bukan genogram. Apabila ditemukan riwayat penyakit keturunan maka, dibuat genogram minimal 3 generasi.

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari meliputi *activity daily living* (ADL) antara kondisi sehat dan sakit, diidentifikasi hal-hal yang memperburuk kondisi klien saat ini dari aspek ADL.

1) Pola nutrisi

Kaji kebiasaan klien dalam memenuhi nutrisi sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi : jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makanan, porsi makan, porsi makan yang dihabiskan dan keluhan yang berhubungan dengan nutrisi. Pada klien dengan *bronkopneumonia* ditemukan adanya mual/muntah, penurunan nafsu makan.

2) Pola eliminasi

Kaji kebiasaan BAB perhari, konsistensi, frekuensi, serta warna dan BAK baik dalam frekuensi, jumlah serta warna dan keluhan pada saat berkemih.

3) Pola istirahat dan tidur

Kaji kebiasaan tidur siang dan malam klien sebelum masuk rumah sakit dan setelah masuk rumah sakit baik mulai tidur, jumlah jam tidur. Pada klien dengan *bronkopneumonia* ditemukan adanya kelemahan, lesu, pemenuhan tidur yang kurang.

4) Pola personal hygiene

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, keramas, menggunting kuku, ganti pakaian sebelum sakit dan dapat dihubungkan dengan kemampuan untuk merawat diri yang sudah dapat dilakukan klien.

5) Pola aktivitas

Kaji pola aktivitas sehari-hari klien sebelum masuk rumah sakit dan setelah masuk rumah sakit. Pada klien dengan *bronkopneumonia* aktivitas klien tampak menurun.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Secara umum bisa terlihat sakit ringan, gelisah sampai sangat lemah. Tanda-tanda vital bisa normal atau bisa didapatkan perubahan, seperti takikardi atau peningkatan pernapasan.

2) Tingkat kesadaran

Observasi tingkat kesadaran klien. Pada pasien dengan bronkopneumonia tingkat kesadaran normal, namun dapat juga mengalami tingkat kesadaran seperti letargi, *strupor*, *koma*, *apatis* tergantung tingkat penyebaran penyakit.

3) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi nafas, dan suhu tubuh. Pada pasien

dengan *bronkopneumonia* didapatkan tanda-tanda vital yaitu hipertensi, takikardi, takipnea, dispnea, pernapasan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan, dan *hipertemi* akibat penyebaran toksik mikroorganisme yang direspon oleh *hipotalamus*.

a) Sistem Pernapasan

Pada klien dengan *bronchopneumonia* terdapat keluhan pada pemeriksaan sistem pernapasan antara lain : Klien sesak napas, terdapat pernapasan cuping hidung, adanya *sianosis* pada mulut dan hidung, *mukosa* tampak kering, *dyspnea*, *takipneu*, adanya produksi sekret, terdapat bunyi suara napas tambahan *ronchi* atau *wheezing*.

b) Sistem Kardiovaskuler

Pada klien dengan *bronchopneumonia* tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan kardiovaskuler yaitu : Konjungtiva klien *anemis*, *takikardi*.

c) Sistem Pencernaan

Pada klien dengan *bronchopneumonia* terdapat keluhan pada pemeriksaan sistem pencernaan yaitu : Klien tidak nafsu makan, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

d) Sistem Genitourinaria

Pada klien dengan *bronchopneumonia* tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan *genitourunaria*.

e) Sistem Endokrin

Pada klien dengan *bronchopneumonia* tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan *endokrin*.

f) Sistem Persyarafan

Pada klien dengan *bronchopneumonia* tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan persyarafan.

g) Sistem Integumen

Pada klien dengan *bronchopneumonia* terdapat keluhan pada pemeriksaan *integumen* yaitu : Adanya sianosis pada ujung jari, mulut, maupun pada hidung, turgor kulit lebih dari 3 detik.

h) Sistem Muskuloskeletal

Pada klien dengan *bronchopneumonia* tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan *muskuloskeletal*.

i) Sistem Pengelihatan

Pada klien dengan *bronchopneumonia* tidak terdapat keluhan pada pemeriksaan pengelihatan yaitu : *Konjungtiva* klien *anemis*.

j) Wicara dan THT

Pada klien dengan *bronchopneumonia* terdapat keluhan pada pemeriksaan yaitu : Pada bagian hidung terdapat adanya pernapasan cuping hidung, tampak *sianosis* pada hidung, adanya sekret pada hidung, pada bagian tenggorokan adanya sekret/sputum, klien batuk, dan tidak ada keluhan pada bagian telinga klien.

e. Data psikologis

1) Gambaran diri

Mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.

2) Ideal diri

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

3) Identitas diri

Kesadaran akan diri sendiri yang sumber dari observasi dan penilaian diri sendiri.

4) Peran diri

Perilaku yang diharapkan secara social yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok.

f. Data sosial dan budaya

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, faktor sosio kultur serta keadaan lingkungan sekitar dan rumah.

g. Data spiritual

Mengenai keyakinan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, penerimaan terhadap penyakitnya, keyakinan akan kesembuhan dan pelaksanaan sebelum atau selama dirawat

h. Data penunjang

Semua prosedur diagnostik dan laboratorium yang dijalani klien. hasil pemeriksaan ditulis termasuk nilai rujukan, pemeriksaan terakhir secara berturut-turut, berhubungan dengan kondisi klien.

II. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisa data diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang individu, keluarga atau masyarakat yang berasal dari proses pengumpulan dan analisa data yang cermat dan sistematis. Menurut Doeges dan Moorhouse, (2018), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien *Bronkopneumonia* antara lain :

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan *inflamasi trakeobronkial*, pembentukan edema, peningkatan produksi *sputum*.
- b) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran *alveolus kapiler*, ketidakseimbangan *ventilasi-perfusi*.
- c) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan compliance paru.
- d) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan cairan berlebih, penurunan masukan oral.
- e) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, anoreksia yang berhubungan dengan *toksin* bakteri bau dan rasa *sputum*, distensi abdomen atau gas.

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Menurut (Sholeh, 2014) proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi *trakeobronkial*, pembentukan edema, peningkatan produksi *sputum*.

Tujuan :

- 1) bersihan jalan nafas menjadi efektif dengan bunyi napas bersih dan jelas.
- 2) Pasien dapat melakukan batuk efektif untuk mengeluarkan sekret.

Kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan jalan napas paten dengan bunyi napas bersih/jelas.
- 2) Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan napas dengan cara batuk efektif untuk mengeluarkan sekret.

Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah:

Tabel 2.1

Intervensi keperawatan dan Rasional Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Auskultasi bunyi napas, catat adanya bunyi napas. Misalnya: <i>mengi</i> dan <i>ronchi</i> .	bersihan jalan napas yang tidak efektif dapat dimanifestasikan dengan adanya bunyi napas abnormal.
Kaji/ pantau frekuensi pernapasan, catat rasio inspirasi/ ekspirasi	<i>takipnea</i> biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/ adanya proses infeksi akut. Pernapasan dapat melambat dan frekuensi ekspirasi memanjang dibanding inspirasi.
Berikan posisi yang nyaman buat pasien, misalnya posisi <i>semi fowler</i> .	posisi <i>semi fowler</i> dapat menurunkan <i>diafragma</i> sehingga meningkatkan ekspansi dada mempermudah pasien untuk bernapas.
Bantu klien untuk melakukan latihan napas dalam	meningkatkan <i>ventilasi alveoli</i> , memelihara pertukaran gas, mencegah <i>atelektasi</i> paru.
Observasi karakteristik batuk, bantu tindakan untuk memperbaiki keefektifan upaya batuk.	batuk dapat menetap, tetapi tidak efektif. Batuk paling efektif pada posisi duduk tinggi atau kepala di bawah setelah perkusi dada.
Anjurkan untuk minum air yang hangat	Cairan terutama air hangat dapat mempermudah pengeluaran sekret/dahak.

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran *alveolus kapiler* ketidakseimbangan *ventilasi-perfusi*.

Tujuan:

Perbaiki ventilasi dan oksigenasi jaringan dengan GDA dalam rentang normal dan tidak ada distress pernapasan.

Kriteria Hasil:

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

Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah :

Tabel 2.2
Intervensi keperawatan dan Rasional Gangguan Pertukaran Gas

Intervensi	Rasional
Kaji frekuensi, kedalaman, dan kemudahan pernapasan.	manifestasi distres pernapasan tergantung pada derajat keterlibatan paru dan status kesehatan umum.
Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku. Catat adanya <i>sianosis</i> .	<i>sianosis</i> menunjukkan <i>vasokonstriksi</i> atau respon tubuh terhadap demam/menggigil dan terjadi <i>hipoksemia</i> .
Kaji status mental	gelisah, mudah terangsang, bingung dapat menunjukkan <i>hipoksemia</i> .
Awasi frekuensi jantung/irama.	<i>takikardi</i> biasanya ada karena akibat adanya demam/ <i>dehidrasi</i> .
Awasi suhu tubuh. Bantu tindakan kenyamanan untuk mengurangi demam dan menggigil.	demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler.
Kolaborasi pemberian oksigen dengan mempertahankan PaO_2 di atas 60 mmHg benar sesuai dengan indikasi	Tindakan ini meningkatkan inspirasi maksimal, meningkatkan pengeluaran sekret untuk memperbaiki ventilasi.
Kolaborasi pemberian oksigen dengan mempertahankan PaO_2 di atas 60 mmHg benar sesuai dengan indikasi	mempertahankan PaO_2 di atas 60 mmHg

- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan *compliance* paru.

Tujuan:

- 1) Pola napas efektif dengan frekuensi dan kedalaman dalam rentang normal dan paru jelas/bersih.

Kriteria hasil:

- 1) Menunjukkan pola pernapasan normal/efektif dengan GDA dalam rentang normal.

Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan

masalah :

Tabel 2.3
Intervensi keperawatan dan Rasional Pola Napas Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Kaji frekuensi, kedalaman pernapasan dan ekspansi dada.	kecepatan biasanya meningkat, <i>dyspnea</i> , dan terjadi peningkatan kerja napas, kedalaman bervariasi, ekspansi dada terbatas.
Auskultasi bunyi napas dan catat adanya bunyi napas adventisius.	bunyi napas menurun/tidak ada bila jalan napas terdapat obstruksi kecil.
Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi.	duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.
Observasi pola batuk dan karakter sekret.	batuk biasanya mengeluarkan sputum dan mengindikasikan adanya kelainan.
Bantu pasien untuk napas dalam dan latihan batuk efektif	dapat meningkatkan pengeluaran sputum.
Kolaborasi pemberian oksigen tambahan.	memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas.
Berikan <i>humidifikasi</i> tambahan.	memberikan kelembaban pada membran mukosa dan membantu pengenceran sekret untuk memudahkan pembersihan.

Bantu fisioterapi dada, postural memudahkan upaya pernapasan dan drainage. meningkatkan drainase sekret dari segmen paru ke dalam bronkus.

- 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.
- 2) Membran mukosa lembab, tugor kulit normal, pengisian kapiler cepat.

Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah :

Tabel 2.4
Intervensi keperawatan dan Rasional Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

Intervensi	Rasional
Kaji perubahan tanda vital, contoh: peningkatan suhu, takikardi, hipotensi.	untuk menunjukkan adanya kekurangan cairan sistemik.
Kaji turgor kulit, kelembaban membran mukosa (bibir, lidah).	indikator langsung keadekuatan masukan cairan.
Catat laporan mual/muntah.	adanya gejala ini menurunkan masukan oral.
Pantau masukan dan haluaran urin.	Memberikan informasi tentang keadekuatan volume cairan dan kebutuhan penggantian.

Kolaborasi pemberian obat memperbaiki status kesehatan. sesuai indikasi.

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

Tujuan:

- 1) Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.
- 2) Mempertahankan meningkatkan berat badan.

Kriteria hasil :

- 1) Menunjukkan peningkatan keinginan untuk makan dan adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan.

Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah:

Tabel 2.5
Intervensi Keperawatan dan Rasional Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Intervensi	Rasional
Identifikasi faktor yang menimbulkan mual/muntah.	pilihan intervensi tergantung pada penyebab masalah.
Berikan wadah tertutup untuk sputum dan buang sesering mungkin, bantu kebersihan mulut.	menghilangkan bahaya, rasa, bau, dari lingkungan pasien dan dapat menurunkan mual.
Jadwalkan pengobatan pernapasan sedikitnya 1 jam sebelum makan.	menurunkan efek mual yang berhubungan dengan pengobatan ini.

Auskultasi bunyi usus, observasi/ <i>palpasi distensi abdomen</i> .	bunyi usus mungkin menurun bila proses infeksi berat, <i>distensi abdomen</i> terjadi sebagai akibat menelan udara dan menunjukkan pengaruh toksin bakteri pada saluran <i>gastrointestinal</i> .
Berikan makan porsi kecil dan sering termasuk makanan kering atau makanan yang menarik untuk pasien.	tindakan ini dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk kembali.
Evaluasi status nutrisi umum, ukur berat badan dasar.	adanya kondisi kronis dapat menimbulkan malnutrisi, rendahnya tahanan terhadap infeksi, atau lambatnya respon terhadap terapi.

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, 2012). Ada beberapa tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu sebagai berikut :

- a. Persiapan, tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi hasil 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 interdependen.

- c. Dokumentasi, pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.3.5. Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.

Evaluasi dibagi dalam 2 jenis yaitu :

- a. Evaluasi berjalan (Formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami klien.

- b. Evaluasi akhir (Sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap keperawatan perlu ditinjau kembali, agar dapat data-data, masalah atau rencana yang dimodifikasi.

Format yang dipakai adalah SOAP/SOAPIER, yaitu :

S : Data Subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan dan dikemukakan klien.

O : Data Objektif

Perkembangan objektif yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau petugas kesehatan.

A : Analisis

Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah perkembangan ke arah perbaikan atau kemunduran.

P : Perencanaan

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada analisis di atas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

I : Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana.

E : Evaluasi

Taitu penilaian tentang sejauh mana rencana tindakan asuhan keperawatan dan evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh mana masalah klien teratasi.

R : Reassesmen

Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, pengkajian ulang perlu dilakukan kembali melalui proses pengumpulan data subjektif, objektif, dan proses analisisnya.