



**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKOPNEUMONIA PADA  
An. D dan An. J DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS  
DI RUANG BOUGENVILLE RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Faradita Tria Septiani  
NIM 152303101046**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

### PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul "Asuhan Keperawatan Bronkopneumonia pada An. D dan An. J dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018" telah disetujui pada:

hari, tanggal : Rabu, 04 April 2018

tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Dosen Pembimbing,



Musviro, S.Kep., Ners  
NRP. 760017243



**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKOPNEUMONIA PADA  
An. D dan An. J DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS  
DI RUANG BOUGENVILLE RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Faradita Tria Septiani  
NIM 152303101046**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKOPNEUMONIA PADA  
An. D dan An. J DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS  
DI RUANG BOUGENVILLE RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

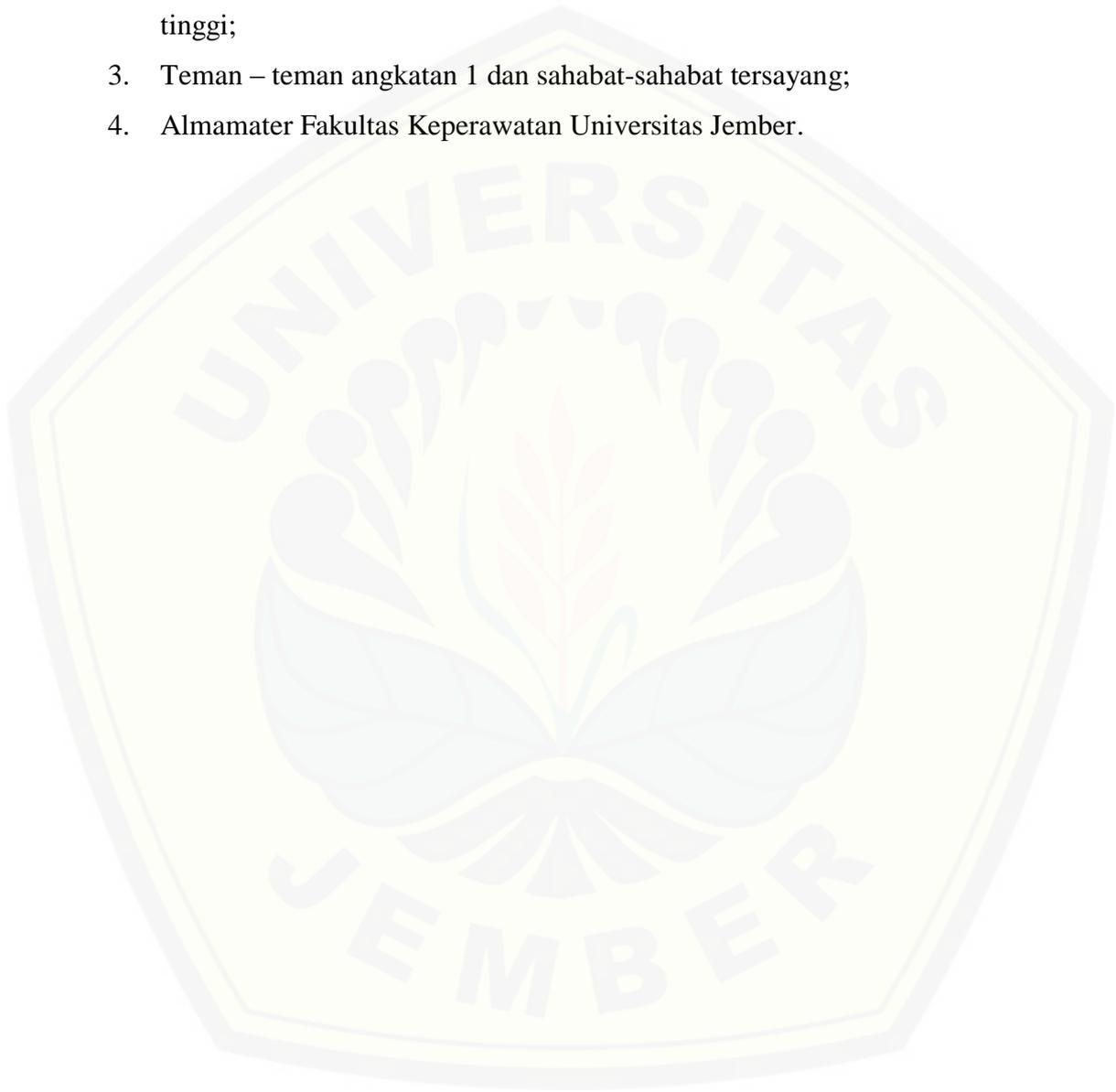
**Faradita Tria Septiani  
NIM 152303101046**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

**PERSEMBAHAN**

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua dan Kakanda Deny sekeluarga yang tercinta;
2. Guru-guru sejak taman kanak-kanak sampai sekarang, terkhusus di perguruan tinggi;
3. Teman – teman angkatan 1 dan sahabat-sahabat tersayang;
4. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



## MOTTO

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya  
(terjemahan *QS. Al-Baqarah* 2:286)<sup>\*)</sup>

Tiap-tiap yang berjiwa akan merasakan mati. Kami akan menguji kamu dengan  
keburukan dan kebaikan sebagai cobaan (yang sebenar-benarnya). Dan hanya  
kepada kamilah kamu dikembalikan  
(terjemahan *QS. An-Anbiyaa*': 35)<sup>\*\*)</sup>

Barang melalui suatu jalan untuk menuntut ilmu maka Allah akan memudahkan  
baginya jalan ke surga  
(terjemahan *QS. Al-Mujadilah*: 11)<sup>\*\*\*)</sup>

---

<sup>\*)</sup>Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*.  
Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

<sup>\*\*)</sup>Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*.  
Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

<sup>\*\*\*)</sup>Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*.  
Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Faradita Tria Septiani

NIM : 152303101046

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Anak Bronkopneumonia pada An. D dan An. J dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 02 April 2018

Yang menyatakan,



Faradita Tria Septiani  
NIM 152303101046

**HALAMAN PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK BRONKOPNEUMONIA PADA  
An. D dan An. J DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS  
DI RUANG BOUGENVILLE RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

Oleh

Faradita Tria Septiani  
NIM 152303101046

Pembimbing

Dosen Pembimbing : Musviro, S.Kep., Ners

**PENGESAHAN**

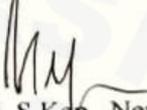
Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Bronkopneumonia pada An. D dan An. J dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jumat, 06 April 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji:

Ketua,



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM  
NIP 19650629 198703 2 008

Anggota I,



Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep  
NIP 19820528 201101 2 013

Anggota II,



Musviro, S.Kep., Ners  
NRP 760017243

Mengesahkan,  
Koordinator Prodi  
D3 Keperawatan Universitas Jember  
Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.  
NIP 19650629 198703 2 008

## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Anak Bronkopneumonia pada An. D dan An. J dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018;** Faradita Tria Septiani; 152303101046; 2018; 76 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Penyakit infeksi masih menjadi penyebab kesakitan dan kematian pada anak-anak khususnya Infeksi saluran pernafasan termasuk bronkopneumonia. Insidensi penyakit infeksi meningkat 40% dari tahun 2014. Di Indonesia sendiri berdasarkan survei 15% kematian balita yaitu masih disebabkan oleh infeksi yakni infeksi saluran pernafasan yang bersifat akut. Biasanya batuk tidak efektif dan menyebabkan hidung tersumbat, anak usia < 5 tahun tidak dapat mengatur bersihan jalan nafas secara mandiri sehingga anak yang mengalami ketidakefektifan bersihan jalan nafas ini berisiko tinggi untuk sesak nafas dan meninggal. Masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu individu mengalami ancaman pada kondisi pernafasan terkait anak dengan ketidakmampuan batuk secara efektif yang disebabkan akumulasi sekret. Dampak dari penumpukan sekret ini dapat mengganggu jalan nafas dan dapat menimbulkan gejala berupa sesak nafas pada anak. Jika infeksi kuman tersebut tidak ditangani terdapat komplikasi berupa sianosis karena sesak akibat penumpukan sekret yang berlebih sehingga memerlukan perawatan, pada kasus yang berat dan bayi atau anak biasa mengalami gagal jantung yang menyebabkan kematian.

Teknik pengumpulan data yang dilakukan pada kedua pasien yaitu dengan teknik interview/ wawancara pada keluarga pasien karena pasien berusia < 5 tahun. Teknik kedua yaitu teknik observasi kondisi klinis pada anak khususnya tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Teknik dokumentasi juga penting dilakukan dengan meninjau pemeriksaan penunjang pada pasien.

Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien anak Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas memiliki 10 batasan karakteristik dengan adanya suara nafas tambahan berupa ronkhi, perubahan irama dan frekuensi pernafasan, sianosis, kesulitan untuk berbicara, penurunan suara nafas, batuk tidak efektif atau tidak ada, ortopnea, mata terbelalak dan gelisah. Intervensi dan Implementasi keperawatan yaitu memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, melakukan fisioterapi dada berupa clapping, auskultasi suara nafas, terapi kolaborasi oksigenisasi, farmakologi dengan bronkodilator dan nebulizer, pemantauan pernafasan dengan selalu memantau di sistem pernafasan pasien. Evaluasi yang didapatkan anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu dalam 3 hari perawatan didapatkan 3 dari 7 kriteria hasil yang dapat diselesaikan yaitu irama nafas reguler, frekuensi pernafasan dan kedalaman inspirasi.

Saran bagi penulis selanjutnya perawatan pada pasien Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas membutuhkan waktu lebih dari 3 hari untuk mencapai terpenuhinya keseleuruhan dari kriteria hasil yang direncanakan.

## SUMMARY

**The Nursing Care Children of Bronchopneumonia on An. D and An. J who having ineffectiveness of Road Breathing in the Bouenville's room RSUD dr. Haryoto's Lumajang hospital 2018;** Faradita Tria Septiani; 152303101046; 2018; 76 halaman; Nursing Course D3 University Jember Campus Lumajang

Infectious diseases were still the cause of morbidity and child mortality, especially respiratory infections like bronchopneumonia. The incidence of infectious diseases has been increasing 40% from 2014. Based on the survey, 15% of infant mortality is caused by infection like acute respiratory infection. Ineffective cough commonly could cause nasal congestion. The toddlers could not control the airway clearance independently which could make them in high risk of the death for the breathless. The problem of this topic is an individual has a risk in respiratory conditions due to disability of ineffective cough for accumulation of secretion. This will damage to bother the airway and cause the symptom of breathless to the children. There will be complication of cyanosis if that infection is not treated for the breathless caused by the over-accumulation of secretion until they need treating. In a severe case, the infants or child commonly suffer the heart failure causing the death.

There were several techniques of data collection conducted to both patients such as interview to the patient's family and observation of clinical condition to the children especially for the symptom of ineffective of airway clearance. Documentation was also required by reviewing supporting investigation to the patients.

Nursing assessment conducted to the bronchopneumonia patient has ten limits of characteristics such as rhonchi, breath rhythm change and frequency, cyanosis, difficulty of speaking, decrease of breath sound, ineffective cough, orthopnea, eyes wide and restless. Nursing intervention and implementation was placing the patients to maximize ventilation, clapping, auscultation of breath

sounds, collaboration of oxygenation therapy, pharmacology with bronchodilator and nebulizer, monitored breath system of the patients. The evaluation acquired by bronchopneumonia patients was the treatment in three days concluded that 3 of 7 criteria obtained were regular breath rhythm, frequency of breathing and depth of inspiration.

The future authors in conducting the treatment of bronchopneumonia with the problem of ineffective of clearance airway need at least three days to achieve total aspects of planned criteria.



## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Bronkopneumonia pada An. D dan An. J dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

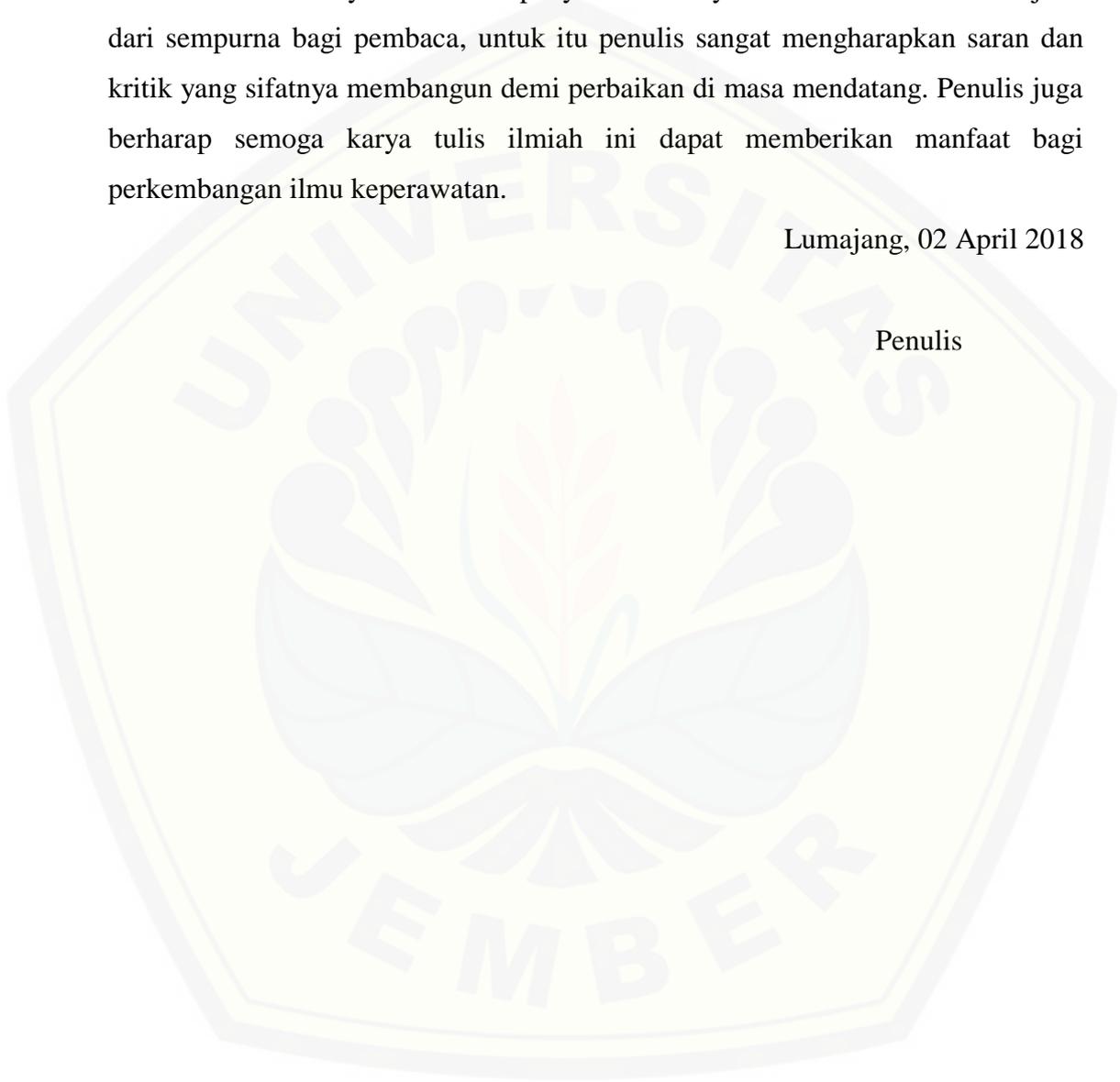
1. Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D sebagai Rektor Universitas Negeri Jember.
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep.Ners., M.Kes sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah memberikan fasilitas dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan motivasi dan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Musviro, S.Kep.,Ners selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan semangat kepada peneliti.
5. Karyawan perpustakaan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember membantu dalam penyediaan literatur untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Segenap keluarga khususnya keluarga di Pasirian dan Palangka Raya yang senantiasa memberikan doa serta materi selama penyusunan karya tulis ilmiah ini
7. Seseorang yang paling menyayangi penulis yang selalu memberikan motivasi untuk terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.

8. Seluruh pengurus Badan Eksekutif Mahasiswa periode akhir di D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang selalu memberi masukan positif.
9. Seluruh rekan-rekan mahasiswa dan sahabat tercinta yang telah membantu dan kerjasama dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna bagi pembaca, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang. Penulis juga berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Lumajang, 02 April 2018

Penulis



DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	iii
<b>PERSEMBAHAN</b> .....	iv
<b>MOTTO</b> .....	v
<b>PERNYATAAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>SUMMARY</b> .....	xi
<b>PRAKATA</b> .....	xiii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xvi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xviii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xix
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xx
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penulisan .....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
2.1 Konsep Penyakit.....	5
2.1.1 Pengertian Bronkopneumonia .....	5
2.1.2 Etiologi Bronkopneumonia .....	5
2.1.3 Patofisiologi Bronkopneumonia.....	6
2.1.4 Manifestasi Klinis Bronkopneumonia.....	9
2.1.5 Penatalaksanaan Bronkopneumonia.....	9
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	11
2.1.7 Komplikasi .....	11
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas pada Penderita Bronkopneumonia.....	11
2.2.1 Definisi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas .....	11
2.2.2 Batasan .....	11
2.2.3 Faktor Yang Berhubungan .....	12
2.2.4 Pengkajian .....	12
2.2.5 Diagnosa Keperawatan.....	16
2.2.6 Intervensi Keperawatan.....	16
2.2.7 Implementasi Keperawatan .....	17
2.2.8 Evaluasi Keperawatan .....	18

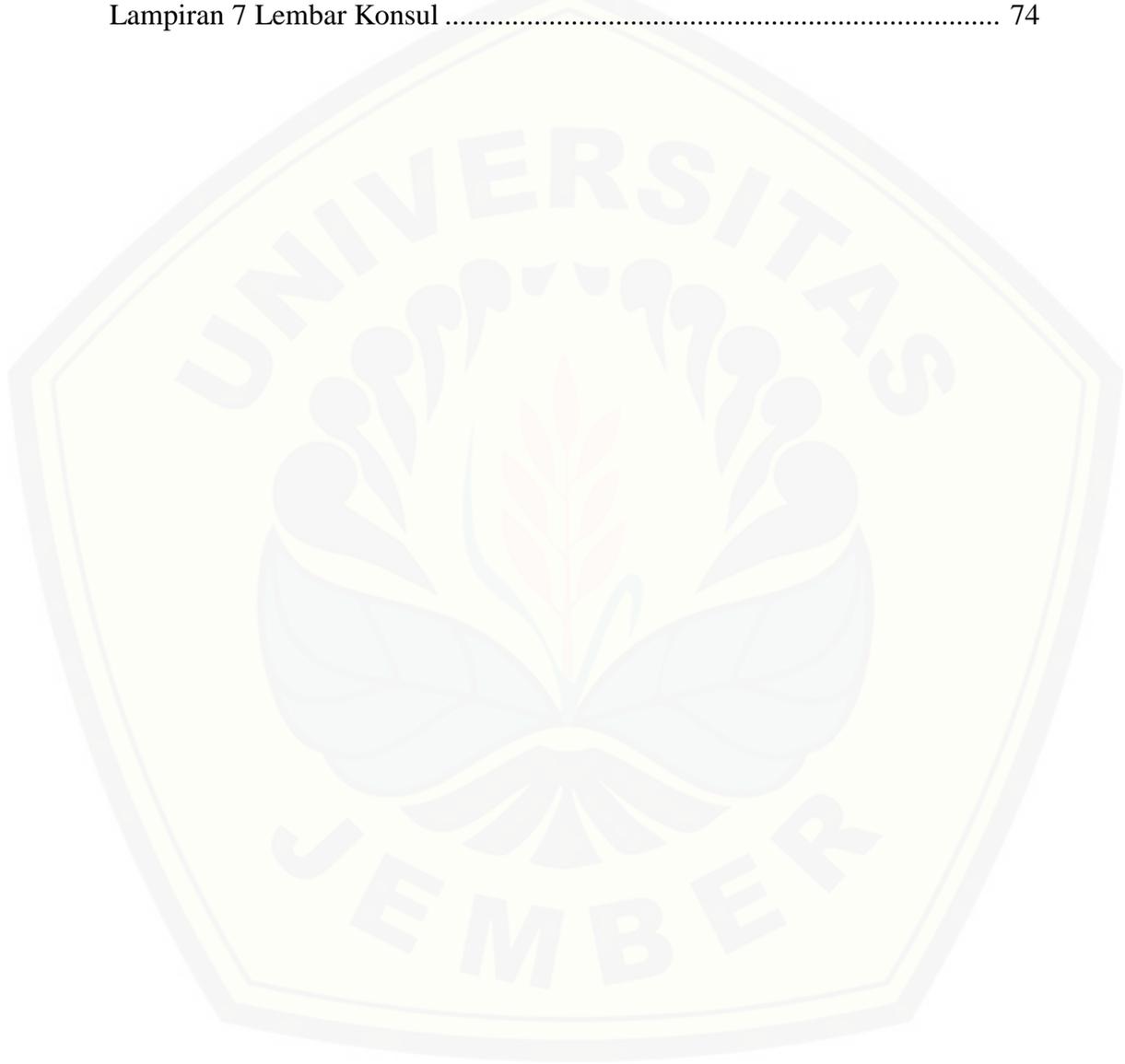
<b>BAB 3 METODE KEPERAWATAN</b> .....	20
3.1 Desain Penulisan .....	20
3.2 Batasan Istilah .....	20
3.3 Partisipan.....	21
3.4 Lokasi dan Waktu.....	21
3.5 Pengumpulan Data .....	21
3.6 Uji Keabsahan Data.....	23
3.7 Etika Penulisan.....	24
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	26
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan.....	26
4.2 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	26
4.2.1 Pengkajian .....	26
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	43
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	44
4.2.4 Implementasi Keperawatan .....	47
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	54
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	57
5.1 Kesimpulan.....	57
5.1.1 Pengkajian Keperawatan .....	57
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	57
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	58
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	58
5.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	58
5.2 Saran.....	59
5.2.1 Bagi Penulis.....	59
5.2.2 Bagi Perawat .....	59
5.2.3 Bagi Keluarga.....	59
5.2.4 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang .....	60
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya.....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	61

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Identitas Pasien.....	26
4.2 Riwayat Kesehatan.....	28
4.3 Riwayat Kehamilan dan Persalinan .....	30
4.4 Riwayat Pertumbuhan .....	31
4.5 Riwayat Perkembangan.....	31
4.6 Riwayat Perkembangan Nutrisi.....	33
4.7 Pola Kesehatan .....	34
4.8 Pemeriksaan Fisik .....	36
4.9 Pemeriksaan Diagnostik.....	39
4.10 Terapi Pengobatan.....	40
4.11 Analisa Data Pasien 1.....	41
4.12 Analisa Data Pasien 2.....	42
4.13 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas .....	43
4.14 Diagnosa Lain .....	43
4.15 Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan napas .....	44
4.16 Implementasi Keperawatan Hari Ke-1 .....	47
4.17 Implementasi Keperawatan Hari Ke-2.....	49
4.18 Implementasi Keperawatan Hari Ke-3.....	51
4. 19 Evaluasi Hari Ke-1 .....	54
4. 20 Evaluasi Hari Ke-2.....	55
4. 21 Evaluasi Hari Ke-3.....	56

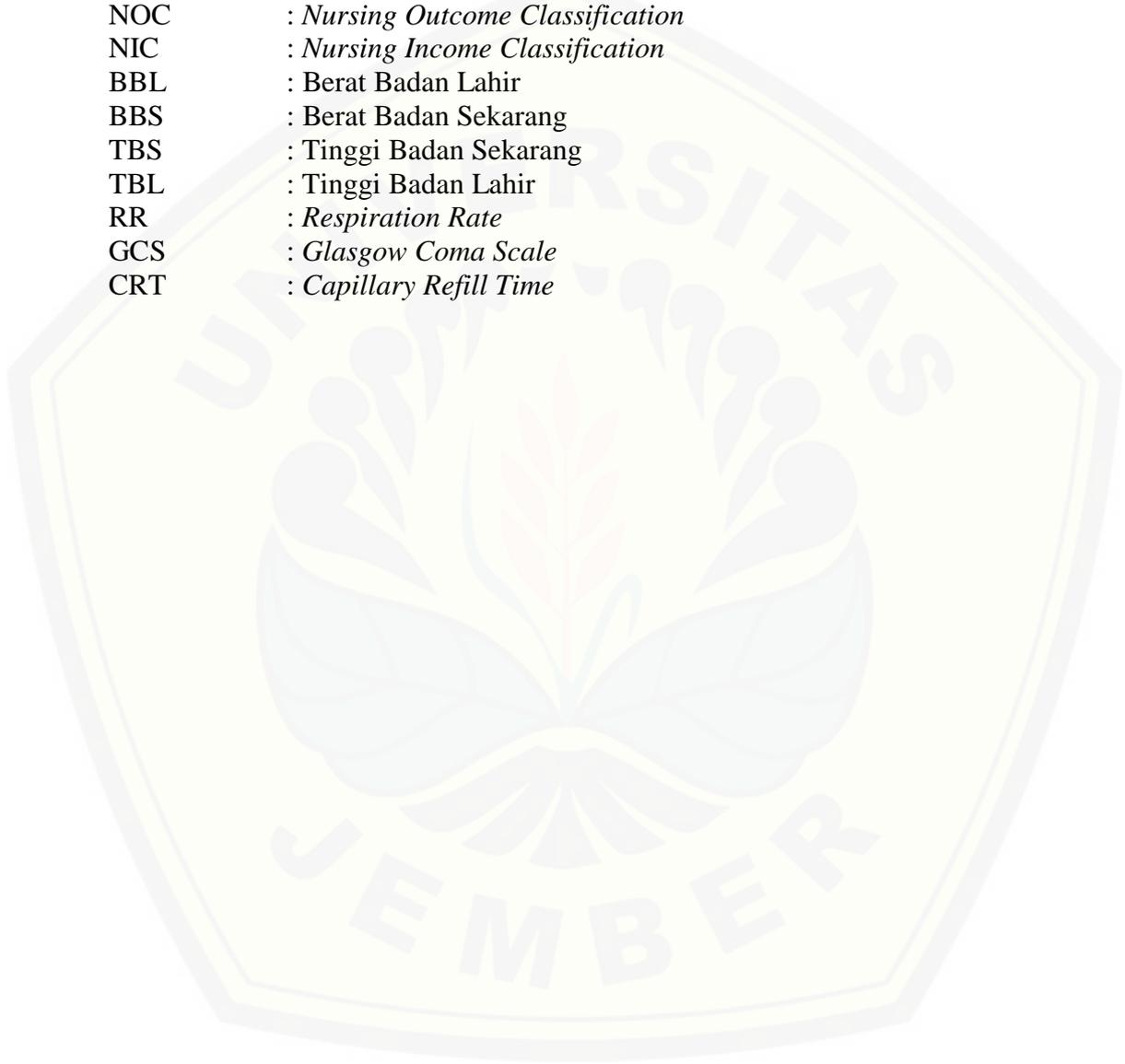
**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaran KTI.....	56
Lampiran 2 Surat-Surat dan informed consent .....	58
Lampiran 3 Daftar Pertanyaan dan Daftar Observasi .....	61
Lampiran 4 SAP dan Leaflet.....	65
Lampiran 5 SOP Fisioterapi Dada:Clapping.....	65
Lampiran 6 Cara Menyusui yang Benar .....	65
Lampiran 7 Lembar Konsul .....	74



**DAFTAR ISTILAH**

RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
SAP	: Satuan Acara Penyuluhan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
BB	: Berat Badan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
NOC	: <i>Nursing Outcome Classification</i>
NIC	: <i>Nursing Income Classification</i>
BBL	: Berat Badan Lahir
BBS	: Berat Badan Sekarang
TBS	: Tinggi Badan Sekarang
TBL	: Tinggi Badan Lahir
RR	: <i>Respiration Rate</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi masih menjadi penyebab kesakitan dan kematian, khususnya pada anak-anak. Insidensi penyakit infeksi meningkat 40% dari tahun 2014. Di Indonesia sendiri berdasarkan survei 15% kematian balita yaitu masih disebabkan oleh infeksi yakni infeksi saluran pernafasan yang bersifat akut (Kemenkes, 2016). Manifestasi klinis yang muncul biasanya batuk tidak efektif dan menyebabkan hidung tersumbat, anak usia kurang dari 5 tahun tidak dapat mengatur bersihan jalan nafas secara mandiri sehingga anak yang mengalami ketidakefektifan bersihan jalan nafas ini berisiko tinggi untuk sesak nafas dan meninggal (Sukmawati, 2017). Sependapat dengan (Rozana, 2017) masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu individu mengalami ancaman pada kondisi pernafasan terkait anak dengan ketidakmampuan batuk secara efektif yang disebabkan akumulasi sekret. Dampak dari penumpukan sekret ini dapat mengganggu jalan nafas dan mengancam nyawa. Jika infeksi kuman tersebut tidak ditangani terdapat komplikasi berupa sianosis karena sesak akibat penumpukan sekret yang berlebih sehingga memerlukan perawatan, pada kasus yang berat dan bayi atau anak biasa mengalami gagal jantung yang menyebabkan kematian (Fadhila, 2013).

Permasalahan utama morbiditas dan mortalitas anak berusia di bawah lima tahun (balita) merupakan balita dengan penyakit infeksi saluran pernafasan. Diperkirakan hampir seperlima kematian anak diseluruh dunia, kurang lebih 2 juta anak meninggal setiap tahun akibat pneumonia, sebagian besar terjadi di Asia Tenggara dengan gejala batuk dengan dahak serta sesak napas (Taher, 2014). Pada tahun 2013-2014 terjadi peningkatan penemuan penderita infeksi pernafasan balita yaitu 2,82% di Jawa Timur (Dinkes Jatim, 2014). Berdasarkan hasil rekam medik di Ruang Anak RSUD dr. Haryoto Lumajang didapatkan pada bulan Januari 2017 Penderita Bronkopneumonia 21 anak. Pada bulan Februari sampai 19 Februari 2017 kasus bronkopneumonia sebanyak 22 orang dengan gejala sesak disertai batuk yang tidak efektif.

Penyebab terjadinya bronkopneumonia yaitu bakteri *Stafikolokokus aureus* dan bakteri *haemofilus influenza* masuk kedalam jaringan paru-paru melalui saluran pernafasan dari atas untuk mencapai bronkiolus dan kemudian alveolus sekitarnya. Kelainan yang timbul berupa bercak konsolidasi yang tersebar pada kedua paru-paru, lebih banyak pada bagian basal. Penyakit dapat terjadi sebagai akibat inhalasi mikroba yang ada diudara, aspirasi organisme dari nasofarinks atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran nafas masuk ke bronkioli dan alveoli, menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam

alveoli dan jaringan interstitial. Kuman pneumokokus dapat meluas melalui porus kohn dari alveoli ke seluruh segmen atau lobus. Secara hematogen maupun langsung (lewat penyebaran sel) mikroorganisme yang terdapat didalam paru dapat menyebar ke bronkus. Setelah terjadi fase peradangan lumen bronkus bersebaran sel radang akut, terisi eksudat (nanah) dan sel epitel rusak. Bronkus dan sekitarnya penuh dengan netrofil (bagian leukosit yang banyak pada saat awal peradangan dan bersifat fagositosis) dan sedikit eksudat fibrinosa. Bronkus rusak akan mengalami fibrosis dan pelebaran akibat tumpukan nanah sehingga dapat timbul bronkiektasis. Selain itu organisasi eksudat dapat terjadi karena abropsis yang lambat. Eksudat pada infeksi ini mula-mula encer dan keruh, mengandung banyak kuman penyebab (streptokokus, virus dan lain-lain). Selanjutnya eksudat berubah menjadi purulen, dan menyebabkan sumbatan pada lumen bronkus. Sumbatan tersebut dapat mengurangi asupan oksigen dari luar sehingga penderita mengalami sesak nafas. Terdapatnya peradangan pada bronkus dan paru juga akan mengakibatkan peningkatan produksi mukosa dan peningkatan gerakan silia pada lumen bronkus sehingga timbul peningkatan reflek batuk (Riyadi, 2009). Adanya ketidakmampuan batuk menyebabkan pasien anak dengan Bronkopneumonia tidak mampu mengeluarkan sekret. Sehingga muncul masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Terapi yang diberikan pada anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu pemantauan pernafasan adalah beberapa intervensi yang dapat juga diberikan pada pasien bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berupa memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, terapi fisioterapi dada dengan clapping dan selalu memantau tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan nafas (Bulechek, 2013). Fisioterapi dada dengan clapping bertujuan agar jalan nafas bersih, secara mekanik dapat melepaskan sekret yang melekatkan sekret yang melekat pada dinding bronkus dan mempertahankan fungsi otot-otot pernafasan (Marini, 2016). Penerapan fisioterpai dada dengan clapping untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada anak Bronkopneumonia yaitu didapatkan adanya pengurangan sekret dan suara ronchi (Maski, 2016). Latar belakang diatas, didapatkan bahwa tatalaksana masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas memberikan kontribusi yang cukup besar pada pasien bronkopneumonia untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, akan tetapi masih sedikit penelitian-penelitian yang terkait dengan masalah keperawatan tersebut. Hal ini menimbulkan keterkaitan peneliti untuk mengeksplorasi lebih dalam masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada pasien bronkopneumonia.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas disimpulkan fokus perawat pada pasien bronkopneumonia yaitu mengeksplorasi lebih dalam tentang masalah keperawatan tersebut masih belum banyak diteliti. Oleh karena itu, rumusan masalah yang digunakan adalah “bagaimanakah eksplorasi proses keperawatan pada pasien bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas?”

## 1.3 Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

## 1.4 Manfaat

Manfaat dari penelitian ini, dapat digunakan untuk penulis, institusi tempat penelitian, keluarga dan pasien, serta pengembangan ilmu keperawatan.

### 1.4.1 Bagi penulis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman riset laporan kasus mengenai perkembangan proses keperawatan pada pasien bronkopneumonia.

### 1.4.2 Bagi Institusi Tempat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk standart operasional prosedur atau meningkatkan mutu layanan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan asuhan keperawatan pada pasien bronkopneumonia dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan napas.

### 1.4.3 Bagi Keluarga dan Pasien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas layanan asuhan keperawatan bronkopneumonia terhadap keluarga dan pasien.

### 1.4.4 Bagi Pengemban Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

## BAB 2. TINJAUAN TEORI

Pada bab ini akan diuraikan tentang konsep dasar Bronkopneumonia, anak, dan asuhan keperawatan anak.

### 2.1 Konsep Bronkopneumonia

Dalam konsep penyakit ini menguraikan konsep penyakit Bronkopneumonia yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, gambaran klinis, penatalaksanaan, dan komplikasi.

#### 2.1.1 Definisi Bronkopneumonia

Menurut klasifikasi Pneumonia, Bronkopneumonia diartikan sebagai Pneumonia Lobularis adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Riyadi, 2009). Bronkopneumonia adalah infiltrate yang tersebar pada kedua belahan paru. Dimulai pada bronkiolus terminalis, yang menjadi tersumbat oleh eksudat mukopurulent yang disebut juga lobular pneumonia (Ridha, 2014).

#### 2.1.3 Etiologi Bronkopneumonia

Penyebab terjadinya *Bronkopneumonia* pada anak adalah pneumokokus sedang penyebab lainnya antara lain: streptococcus pneumoniae, stafilokokus aureus, haemophilus influenzae, jamur (seperti candida albicans), dan virus. Pada bayi dan anak kecil ditemukan staphylococcus aureus seperti penyebab yang berat, serius dan sangat progresif dengan mortalitas tinggi (Riyadi, 2009).

Penyebab tersering Bronkopneumonia pada anak adalah pneumokokus sedangkan penyebab lain:

- a. Streptokokus pneumonia,
- b. Stafilokokus aureus,
- c. Haemophilus influenza,
- d. Jamur (seperti candida albicans), dan
- e. Virus (Sujono, 2009).

Secara umum bronkopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulen organisme patogen. Organ normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernapasan yang terdiri atas, reflek glosus dan batuk, adanya lapisan mucus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ dan sekresi humoral setempat (Nurarif, 2016).

### 2.1.3 Patofisiologi Bronkopneumonia

Kuman masuk kedalam jaringan paru-paru melalui saluran pernafasan dari atas untuk mencapai bronchiolus dan kemudian alveolus sekitarnya. Kelainan yang timbul berupa bercak konsolidasi yang tersebar pada kedua paru-paru, lebih banyak pada bagian basal.

Bronkopneumonia dapat terjadi sebagai akibat inhalasi mikroba yang ada diudara, aspirasi organisme dari nasofarinks atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran nafas masuk ke bronkioli dan alveoli, menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan interstitial. Kuman pneumokokus dapat meluas melalui porus kohn dari alveoli ke seluruh segmen atau lobus. Eritrosit mengalami perembesan dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli melebar. Paru menjadi tidak berisi udara lagi, kenyal dan berwarna merah. Pada tingkat lebih lanjut, aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumokokus di fagositosis oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung, makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit bersama kuman pneumokokus di dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah yang mati dan eksudat fibrin di buang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas (Riyadi, 2009).

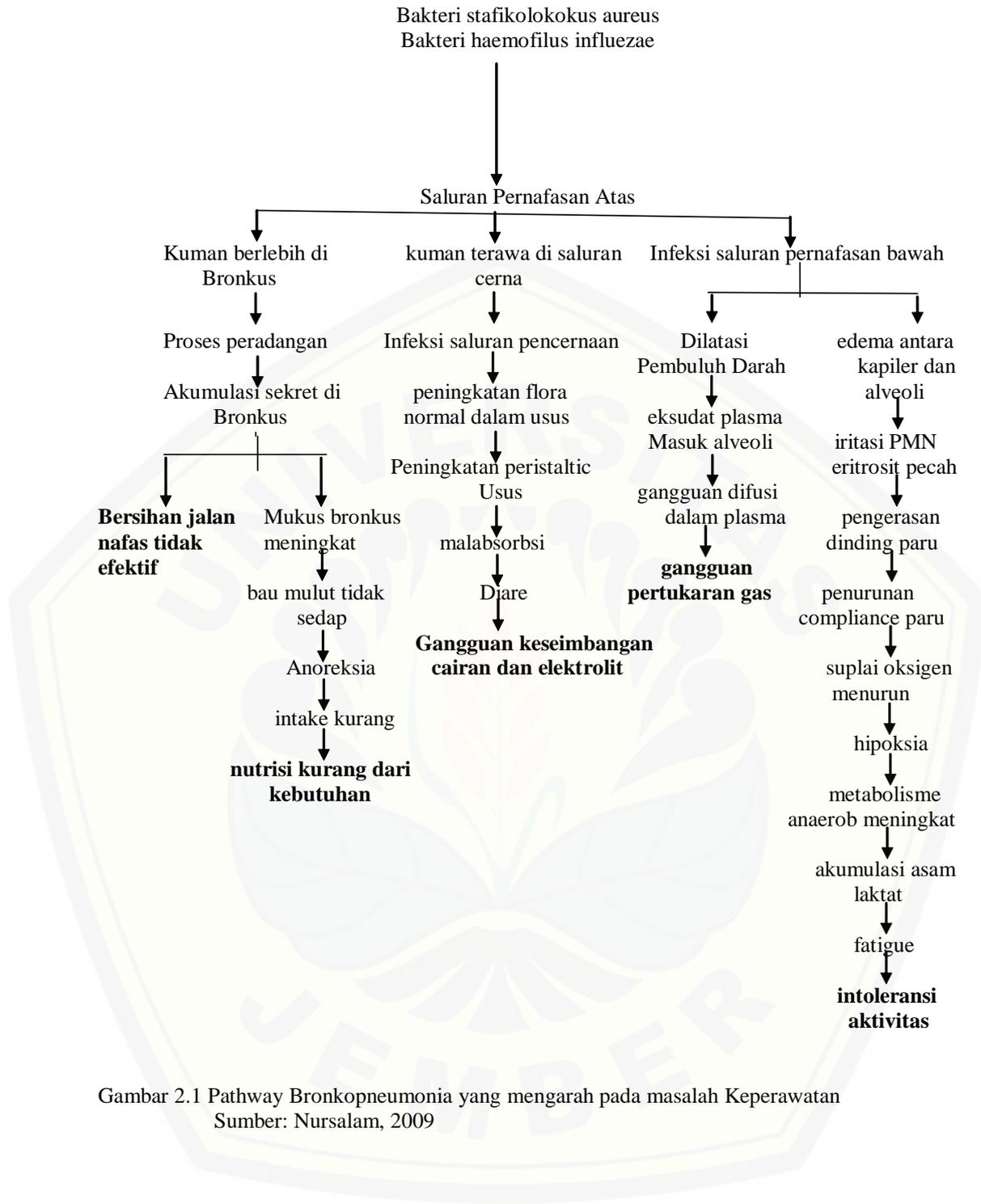
Apabila proses konsolidasi tidak dapat berlangsung dengan baik maka setelah edema dan terdapatnya eksudat pada alveolus maka membran dari alveolus akan mengalami kerusakan yang dapat mengakibatkan gangguan proses difusi osmosis oksigen pada alveolus. Perubahan tersebut akan berdampak pada penurunan jumlah oksigen yang dibawa oleh darah. Penurunan itu yang secara klinis penderita mengalami pucat sampai sianosis. Terdapatnya cairan purulent pada alveolus juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan pada paru, selain dapat berakibat penurunan kemampuan mengambil oksigen dari luar juga mengakibatkan berkurangnya kapasitas paru. Penderita akan berusaha melawan tingginya tekanan tersebut menggunakan otot-otot bantu pernafasan (otot interkosta) yang dapat menimbulkan peningkatan retraksi dada.

Secara hematogen maupun langsung (lewat penyebaran sel) mikroorganisme yang terdapat didalam paru dapat menyebar ke bronkus. Setelah terjadi fase peradangan lumen bronkus bersebutkan sel radang akut, terisi eksudat (nanah) dan sel epitel rusak. Bronkus dan sekitarnya penuh dengan netrofil (bagian leukosit yang banyak pada saat awal peradangan dan bersifat fagositosis) dan sedikit eksudat fibrinosa. Bronkus rusak akan mengalami fibrosis dan pelebaran akibat

tumpukan nanah sehingga dapat timbul bronkiektasis. Selain itu organisasi eksudat dapat terjadi karena absorpsi yang lambat. Eksudat pada infeksi ini mula-mula encer dan keruh, mengandung banyak kuman penyebab (streptokokus, virus dan lain-lain).Selanjutnya eksudat berubah menjadi purulen, dan menyebabkan sumbatan pada lumen bronkus.Sumbatan tersebut dapat mengurangi asupan oksigen dari luar sehingga penderita mengalami sesak nafas.

Terdapatnya peradangan pada bronkus dan paru juga akan mengakibatkan peningkatan produksi mukosa dan peningkatan gerakan silia pada lumen bronkus sehingga timbul peningkatan reflek batuk.Perjalanan patofisiologi di atas bisa berlangsung sebaliknya yaitu didahului dulu dengan infeksi pada bronkus kemudian berkembang menjadi infeksi pada paru (Riyadi, 2009).





Gambar 2.1 Pathway Bronkopneumonia yang mengarah pada masalah Keperawatan  
 Sumber: Nursalam, 2009

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis Bronkopneumonia

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 39-40 °C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, dispnea, pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung serta sianosis sekitar mulut dan diare. Batuk biasanya tidak ditemukan pada permulaan penyakit, tetapi setelah beberapa hari mula-mula kering kemudian menjadi produktif. Hasil pemeriksaan fisik tergantung dari luas daerah auskultasi yang terkena. Pada perkusi sering tidak ditemukan kelainan dan pada auskultasi mungkin hanya terdengar ronki basah nyaring halus dan sedang. Bila sarang bronkopneumonia menjadi satu (konfluens) mungkin pada perkusi terdengar keredupan dan suara pernafasan pada auskultasi terdengar mengeras.

Anak yang lebih besar dengan pneumonia akan lebih suka berbaring pada sisi yang sakit dengan lutut tertekuk karena nyeri dada. Tanda pneumonia berupa retraksi (penarikan dinding dada bagian bawah ke dalam saat bernafas bersama dengan peningkatan frekuensi nafas) perkusi pekak, fremitus melemah, suara nafas melemah dan ronki. Pada neonatus dan bayi kecil tanda pneumonia tidak selalu jelas. Efusi pleura pada bayi akan menimbulkan pekak perkusi (Riyadi, 2009).

Gejala Bronkopneumonia yaitu demam, sakit kepala, gelisah, malaise, penurunan nafsu makan, keluhan gastrointestinal berupa muntah atau diare, keluhan respiratori yang nampak yaitu batuk, sesak nafas, retraksi dada, takipnea, nafas cuping hidung, air hunger, merintih dan sianosis (Fadhila, 2013).

#### 2.1.5 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada anak dengan bronkopneumonia:

- 1) Pemberian obat antibiotik penisilin 50.000 U/kg BB/hari, ditambah dengan kloramfenikol 50-70 mg/kg BB/hari atau diberikan antibiotik yang mempunyai spektrum luas seperti ampisilin. Pengobatan ini diteruskan sampai bebas demam 4-5 hari. Pemberian obat kombinasi bertujuan untuk menghilangkan penyebab infeksi yang kemungkinan lebih dari 1 jenis juga untuk menghindari resistensi antibiotik.
- 2) Koreksi gangguan asam basa dengan pemberian oksigen dan cairan intravena, biasanya diperlukan campuran glukose 5% dan NaCl 0,9% dalam perbandingan 3:1 ditambah larutan KCl 10 mEq/500ml/botol infus.

- 3) Sebagian pasien jatuh ke dalam asidosis metabolik akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri.
- 4) Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transport mukosilier seperti pemberian terapi nebulizer dengan flexotid dan ventolin. Selain bertujuan mempermudah mengeluarkan dahak juga dapat meningkatkan lebar lumen bronkus (Riyadi, 2009).
- b. Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada anak dengan bronkopneumonia adalah sebagai berikut:
  - 1) Menjaga kelancaran pernapasan
  - 2) Kebutuhan istirahat pasien. Pasien ini sering hiperpireksia maka pasien perlu cukup istirahat, semua kebutuhan pasien harus ditolong ditempat tidur.
  - 3) Kebutuhan nutrisi dan cairan. Pasien dengan 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 di pasang infuse dengan cairan glukosa 5% dan NaCl 0,9%.
  - 4) Mengontrol suhu tubuh
  - 5) Pengobatan. Pengobatan diberikan berdasarkan etiologi dan uji resisten. Akan tetapi karena hal itu perlu waktu dan pasien perlu terapi secepatnya maka biasanya diberikan penisilin ditambah dengan cloramfenikol dan diberikan antibiotic yang mempunyai spectrum luas seperti ampicilin. Pengobatan ini diteruskan sampai bebas demam 4-5 hari. Karena sebagian besar pasien jatuh kedalam asidosis metabolic akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri (Nurarif, 2016).

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah menunjukkan leukositosis dengan predominan PMN atau dapat ditemukan leukopenia yang menandakan prognosis buruk. Dapat ditemukan anemia ringan atau sedang
- b. Pemeriksaan radiologis memberikan gambaran bervariasi
  - 1) Bercak konsolidasi merata pada bronkopneumonia
  - 2) Bercak konsolidasi satu lobus pada pneumonia lobaris
  - 3) Gambaran bronkopneumonia difusi atau infiltrat pada pneumonia stafilocok
- c. Pemeriksaan cairan pleura
- d. Pemeriksaan mikrobiologik, dapat diambil dari spesimen usap tenggorok, sekresi nasofaring, bilasan bronkus atau sputum, darah aspirasi, fungsi pleura atau aspirasi paru (Riyadi, 2009).

### 2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi adalah empiema, otitis media akut. Mungkin juga komplikasi lain yang dekat seperti atelektasis, emfisema atau komplikasi jauh seperti meningitis. Komplikasi tidak terjadi bila diberikan antibiotik secara tepat (Ngastiyah, 2005).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas pada Penderita Bronkopneumonia**

### 2.2.1 Definisi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau obstruksi saluran napas guna mempertahankan jalan napas yang bersih (Wilkinson, 2016).

### 2.2.2 Batasan Karakteristik

- a. Dispnea (nafas terengah-engah, pernafasan yang sukar/ berat)
- b. Suara napas tambahan (crackle: terpatang-patang, ronki: suara ngorok, dan mengi: bersiul)

- c. Perubahan irama dan frekuensi pernapasan (bradipnea, takipnea, hiperpnea, pernafasan cheyne stokes, dyspnea; frekuensi pernafasan dalam batas normal yaitu 30-40 x/menit)
- d. Sianosis (kebiruan pada kulit karena gangguan pernafasan disebabkan jumlah hemoglobin deoksigenisasi yang berlebihan didalam pembuluh darah kulit)
- e. Kesulitan untuk berbicara
- f. Penurunan suara napas (suara napas melemah/ menghilang)
- g. Sputum berlebihan (batuk dan meludah tidak efektif, batuk tertahan, suara napas tambahan)
- h. Batuk tidak efektif atau tidak ada
- i. Ortopnea (gangguan pernafasan yang membuat pasien harus mengambil posisi tegak atau duduk agar pernafasannya normal kembali)
- j. Gelisah
- k. Mata terbelalak (mata terbuka lebar sehingga mata terlihat besar) (Widyatamma, 2010).

### 2.2.3 Faktor yang Berhubungan

- a. Lingkungan: Merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif
- b. Obstuksi Jalan Napas: Spasme jalan napas, retensi secret, mucus berlebih, adanya jalan napas buatan, terdapat benda asing di jalan napas, secret di bronki, dan eksudat di alveoli
- c. Fisiologis: Disfungsi neuromuscular, hyperplasia dinding bronchial, PPOK (Penyakit Paru Obstuktif Kronis), infeksi, asma, jalan napas alergik (trauma) (Wilkinson, 2016).

### 2.2.4 Pengkajian Keperawatan

- a. Biodata

Anak-anak usia dibawah 5 tahun. Usia pasien merupakan faktor yang memegang peranan penting pada perbedaan dan kekhasan pneumonia anak, terutama dalam spektrum etiologi, gambaran klinis, dan strategi pengobatan (Murray, 2005 dalam (Fadhila, 2013)). Menurut (Paramanindi, 2013) jumlah kasus anak dengan Bronkopneumoni rata-rata usia di bawah 2 tahun. Anak

yang menderita infeksi saluran nafas paling banyak pada jenis kelamin laki-laki dikarenakan diameter saluran pernafasan anak laki-laki lebih kecil dibandingkan anak perempuan atau adanya perbedaan dalam daya tubuh anak laki-laki dan perempuan (Kaunang, 2016).

b. Riwayat kesehatan

Kaji deskripsi mengenai penyakit dan keluhan utama saat ini. Catat awitan dan perkembangan gejala. Tanda dan gejala yang umum dilaporkan selama pengkajian riwayat kesehatan meliputi:

- 1) Infeksi saluran napas atas anteseden akibat virus
- 2) Demam
- 3) Batuk (catat tipe dan apakah batuk produktif atau tidak)
- 4) Peningkatan frekuensi pernapasan
- 5) Riwayat letargi, tidak mau makan, muntah, atau diare pada bayi
- 6) Menggigil, sakit kepala, dispnea, nyeri dada, nyeri abdomen, dan mual atau muntah pada anak yang lebih besar (Kyle, 2014).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji riwayat medis anak di masa lampau dan saat ini untuk mengidentifikasi faktor risiko yang diketahui berhubungan dengan peningkatan keparahan pneumonia, seperti:

- 1) Prematuritas
- 2) Malnutrisi
- 3) Paparan pasif terhadap asap rokok
- 4) Status sosioekonomi rendah
- 5) Penyakit jantung-paru, imun atau system saraf yang mendasari (Kyle, 2014).

d. Pola Persepsi Sehat-Penatalaksanaan Sehat

Data yang muncul sering orang tua berpensi meskipun anaknya batuk masih menganggap belum terjadi gangguan serius biasanya orangtua menganggap belum terjadi gangguan serius, biasanya orang tua menganggap anaknya sakit apabila anak sudah mengalami sesak nafas.

e. Pola Metabolik Nutrisi

Anak dengan bronkopneumonia sering muncul anoreksia (akibat respon sistematis melalui kontrol saraf pusat), mual dan muntah (karena peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme). Pengaruh gizi buruk atau gizi kurang yang menderita infeksi

saluran nafas, hasilnya menunjukkan paling banyak balita usia 6 bulan sampai 5 tahun kurus yang menderita infeksi (Salawati, 2014). Nutrisi memegang peranan penting dalam tumbang (pertumbuhan dan berkembang) bayi, balita dan anak, menurutnya nutrisi yang tidak baik merupakan faktor risiko terjadinya gangguan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kesehatan (Meadow, 2011 dalam Salawati, 2014).

f. Pola Eliminasi

Penderita sering mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam.

g. Pola Tidur-Istirahat

Data yang sering muncul adalah anak mengalami kesulitan tidur karena sesak nafas. Penampilan anak terlihat lemah, sering menguap, mata merah, anak juga sering menangis pada malam hari karena ketidaknyamanan tersebut.

h. Pola Aktivitas-Latihan

Anak tampak menurun aktifitas dan latihannya sebagai dampak kelemahan fisik. Anak tampak lebih banyak minta digendong orangtuanya atau bedrest.

i. Pola Kognitif-Persepsi

Penurunan kognitif untuk mengingat apa yang pernah disampaikan biasanya sesaat akibat penurunan asupan nutrisi dan oksigen pada otak. Pada saat di rawat anak tampak bingung jika ditanya tentang hal-hal baru disampaikan.

j. Pola persepsi diri-konsep diri

Tampak orang tua terhadap anak diam kurang bersahabat, tidak suka bermain, ketakutan terhadap orang lain meningkat.

k. Pola Peran-Hubungan

Anak tampak jika diajak bicara baik dengan teman sebaya maupun lebih besar, anak lebih banyak diam dan selalu bersama dengan orang terdekat (orangtua).

l. Pola Seksualitas-Reproduksi

Pada kondisi sakit dan anak kecil masih sulit terkaji. Pada anak yang sudah mengalami pubertas mungkin terjadi gangguan menstruasi pada wanita tetapi bersifat sementara dan biasanya penundaan.

m. Pola Toleransi Stress-Koping

Aktifitas yang sering tampak saat menghadapi stres adalah anak sering menangis, kalau sudah remaja saat sakit yang dominan adalah mudah tersinggung dan suka marah.

n. Pemeriksaan Fisik

Status penampilan kesehatan: lemah

- 1) Tingkat kesadaran kesehatan  
Kesadaran normal, letargi, strupor, koma, apatis tergantung tingkat penyebaran penyakit.
- 2) Tanda-tanda vital
  - a) Frekuensi nadi dan tekanan darah: takikardi, hipertensi
  - b) Frekuensi pernafasan: Takipnea, dispnea progresif, pernafasan dangkal, penggunaan otot bantu pernafasan, pelebaran nasal.
  - c) Suhu tubuh: Hipertermi akibat penyebaran toksik mikroorganisme yang direspon oleh hipotalamus
- 3) Berat badan dan tinggi badan: Kecenderungan berat badan anak mengalami penurunan.
- 4) Integumen kulit
  - a) Warna: Pucat sampai sianosis,
  - b) Suhu: Pada hipertermi kulit terbakar panas akan tetapi setelah hipertermi teratasi kulit anak akan teraba dingin,
  - c) Turgor: Menurun pada dehidrasi
- 5) Kepala
  - a) Perhatikan bentuk dan kesimetrisan,
  - b) Palpasi tengkorak akan adanya nodus atau pembengkakan yang nyata, dan
  - c) Periksa hygiene kulit kepala, ada tidaknya lisi, kehilangan rambut, perubahan warna.
  - 6) Data yang menonjol pada pemeriksaan fisik pada paru-paru dan thorax
    - a). Inspeksi: frekuensi irama, kedalaman dan upaya bernafas antara lain takipnea, dispnea progresif, pernafasan dangkal, pektus ekskavatum (dada corong), pektus karinatum (dada brung), barrel chest
    - b). Palpasi: adanya nyeri teka, massa, peningkatan vokal freitus pada daerah yang terkena
    - c). Perkusi: pekak terjadi bila terisi cairan pada paru, normalnya tympani (terisi udara) resonansi.
    - d). Auskultasi: suara pernafasan yang meningkat intensitasnya: Suara bronkovesikuler atau bronkial pada daerah yang terkena dan suara pernafasan tambahan-ronki inspiratorius pada sepertiga akhir inspirasi.

#### 2.2.5 Diagnosa

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan dengan mucus yang berlebihan (Wilkinson,2016).

### 2.2.6 Intervensi Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas (Bulechek, 2013).

#### a. NOC (Nursing Outcomes Classification) / Kriteria Hasil

Setelah diberikan intervensi keperawatan dalam waktu pasien mampu menunjukkan status pernafasan: kepatenan jalan nafas (0410) adalah saluran trakeobronkial yang terbuka dan lancar untuk pertukaran udara, dengan indikator sebagai berikut:

- 1) Irama nafas regular
- 2) Frekuensi Pernafasan
- 3) Kedalaman inspirasi
- 4) Kemampuan untuk mengeluarkan sekret
- 5) Akumulasi sputum berkurang
- 6) Tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan
- 7) Tidak ada suara nafas tambahan (ronki, mengi) (Moorhead, 2013).

#### b. NIC (Nursing Income Classification) / Rencana Tindakan

- 1) Manajemen Jalan Napas:
  - a) Posisikan pasien untuk memaksimal ventilasi
  - b) Lakukan fisioterapi dada dengan clapping
  - c) Atur udara humidifier atau oksigen
  - d) Auskultasi suara napas, catat area terdapatnya penurunan/ tidak adanya suara napas
  - e) Berikan bronkodilator, jika diperlukan
  - f) Berikan nebulizer, jika diperlukan
- 2) Pemantauan Pernapasan:
  - a) Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan
  - b) Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot bantu, serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta
  - c) Pantau pernapasan yang berbunyi, seperti mendengkur
  - d) Pantau pola pernapasan: bradipnea; takipnea; hiperventilasi; pernapasan kussmaul; pernapasan chyne-stokes; pernapasan apneastik

- e) Auskultasi suara napas, perhatikan area penurunan/ tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan
- f) Pantau peningkatan kegelisahan, ansietas
- g) Catat perubahan pada SaO<sub>2</sub> dan nilai gas darah, jika perlu
- h) Pantau kemampuan pasien melakukan batuk efektif
- i) Monitor sekresi pernapasan
- j) Monitor dispnea dan kejadian apa yang menurunkan serta memperparahnya (Bulechek, 2013).

### 2.2.7 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan ketidakefektifan bersihkan jalan napas

diantaranya:

#### a. Manajemen Jalan Napas:

- 1) Membantu pasien posisi untuk memaksimal ventilasi fowler atau semifowler
- 2) Berikan fisioterapi dada seperti clapping dada
- 3) Membantu membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir/ suction
- 4) Ajarkan dan bantu pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk
- 5) Ajarkan dan bantunafas dalam kepada anak-anak (misal; meniup gelembung, meniup kincir angin, peluit, harmonika, balon, meniup layaknya pesta; buat lomba meniup dengan bola ping pong)
- 6) Ajarkan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif
- 7) Berikan dan atur udara humidifier atau oksigen, jika diperlukan
- 8) Periksa dengan auskultasi suara napas dan mencatat area terdapatnya penurunan/ tidak adanya suara napas
- 9) Memberikan bronkodilator, jika diperlukan
- 10) Memberikan nebulizer, jika diperlukan

#### b. Pemantauan Pernapasan:

- 1) Memeriksa kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan
- 2) Periksa pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu, serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta

- 3) Periksa pernapasan yang berbunyi, seperti mendengkur
- 4) Periksa pola pernapasan: bradipnea; takipnea; hiperventilasi; pernapasan kussmaul; pernapasan chyne-stokes; pernapasan apneastik
- 5) Periksa dengan auskultasi suara napas, perhatikan area penurunan/ tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan
- 6) Perhatikan peningkatan kegelisahan, ansietas
- 7) Catat perubahan pada SaO<sub>2</sub> dan nilai gas darah, jika perlu
- 8) Kaji kemampuan pasien melakukan batuk efektif
- 9) Monitor sekresi pernapasan
- 10) Monitor dispnea dan kejadian apa yang menurunkan serta memperparahnya
- 11) Mulai lakukan tatalaksana terapi, jika diperlukan (Bulechek, 2013).

#### 2.2. 8 Evaluasi Keperawatan

Adapun evaluasi dari hasil NOC untuk ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu:

- a. Irama nafas regular
- b. Frekuensi Pernafasan
- c. Kedalaman inspirasi
- d. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret
- e. Akumulasi sputum berkurang
- f. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan
- g. Tidak ada suara nafas tambahan (ronki, mengi) (Moorhead, 2013).

### **BAB 3. METODE PENULISAN**

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan laporan kasus terhadap masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas terhadap pasien bronkopneumonia.

#### **3.1 Desain Penulisan**

Desain penelitian yang digunakan pada proposal karya tulis ilmiah ini adalah kualitatif laporan kasus. Laporan kasus merupakan suatu penelitian satu atau beberapa kasus dengan menggali informasi dari beberapa sumber (Rokhmah,2014). Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

#### **3.2 Batasan Istilah**

##### **3.2.1 Asuhan keperawatan**

Asuhan Keperawatan menurut penulis adalah suatu proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

##### **3.2.2 Pasien dengan Bronkopneumonia**

Pasien yang mengalami gangguan pada parenkim paru biasanya ditandai dengan kenaikan suhu yang mendadak, dispnea, produksi sputum yang berlebih serta sianosis.

##### **3.2.3 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas**

Ketidakmampuan seseorang untuk membersihkan secret atau sputum dijalan napas secara mandiri.

#### **3.3 Partisipan**

Partisipan dalam menyusun laporan kasus ini adalah 2 pasien anak dengan criteria berikut:

##### **3.3.1 Diagnosa Medis dengan Bronkopneumonia**

##### **3.3.2 Memiliki masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas dengan batasan karakteristik sebagai berikut:**

- a. Suara napas tambahan (ronki)

- b. Sputum berlebihan (batuk dan meludah tidak efektif, batuk tertahan, suara nafas tambahan)
- c. Batuk tidak efektif atau tidak ada
- d. Perubahan irama dan frekuensi pernapasan (dyspnea; frekuensi pernafasan dalam batas normal yaitu 30-45 x/menit).

### 3.3.3 Anak-anak usia dibawah 1 tahun

3.3.4 Keluarga atau wali menandatangani *informed consent* setelah diberikan penjelasan tentang manfaat risiko penelitian.

## 3.4 Lokasi dan Waktu

### 3.4.1 Lokasi

Pada penelitian ini dilakukan asuhan keperawatan anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang 7 Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

### 3.4.2 Waktu

Total waktu yang digunakan pada pasien 1 yaitu selama 3 hari dimulai tanggal 17 – 19 Januari 2018 dan pasien 2 tanggal 07 – 09 Februari 2018.

## 3.5 Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Rokhmah, 2014). Teknik pengumpulan data, maka teknik pengumpulan data dapat dilakukan dengan observasi (pengamatan), interview (wawancara), dokumentasi dan gabungan/tringulasi (Rokhmah, 2014).

### 3.5.1 Teknik Interview/ Wawancara

Wawancara adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan informasi secara langsung dengan mengajukan pertanyaan antara wawancara dengan yang diwawancarai. Pada anak penderita bronkopneumonia dengan usia dibawah 5 tahun yang tidak kooperatif/ belum bisa komunikasi dianjurkan melakukan pengumpulan data dengan teknik wawancara dengan keluarga. Nama, usia, keluhan saat ini dan penyakit dahulu, persepsi orang tua jika anak sakit, makanan yang dikonsumsi, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur serta pola

aktivitas adalah hal yang harus digali dalam melakukan pengumpulan data dengan teknik ini.

### 3.5.2 Teknik Observasi

Observasi dihubungkan dengan upaya-upaya: merumuskan masalah, membandingkan masalah (yang dirumuskan dengan kenyataan di lapangan). Anak dengan bronkopneumonia hal yang perlu dilakukan observasi yaitu tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, frekuensi pernafasan, dan suhu tubuh), berat badan dan tinggi badan jika terjadi malnutrisi yang mengakibatkan penurunan berat badan, integument kulit apabila terjadi sianosis dan turgor menurun akibat dehidrasi kemudian hipertermi karena mekanisme inflamasi, dan paling penting pemeriksaan fisik pada paru-paru serta thorax.

### 3.5.3 Teknik Dokumentasi

Kajian dokumen dilakukan dengan cara memiliki data yang didapat dari dokumen, catatan, file, dan hal-hal lain yang didokumentasikan. Pengumpulan data dengan teknik ini yaitu berupa penggalian informasi dengan hasil dari pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang yang pemeriksaan darah yang menunjukkan leukositosis dengan predominan PMN atau dapat ditemukan leucopenia serta anemia sedang, pemeriksaan radiologis akan menunjukkan bercak konsolidasi pada satu atau beberapa lobus.

## 3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan atas empat kriteria yaitu:

### 3.6.1 *Credibility* atau derajat kepercayaan

Ada beberapa kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kepercayaan yaitu

- a. memperpanjang waktu peneliti, Pasien anak Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pengambilan data dilakukan selama 3 hari pada kedua pasien, hal ini dilakukan untuk mempererat hubungan peneliti dengan narasumber yang akan mempermudah peneliti menggali data,
- b. observasi rinci yang terus menerus, hal ini dilakukan pada pasien dengan selalu mengobservasi 3 jam sekali setelah dilakukan implementasi tujuan dilakukan untuk mengecek apakah data yang ditemukan nyata kebenarannya ,
- c. triangulasi atau pengecekan data dengan berbagai sumber sebagai pembanding terhadap data dengan berbagai sumber sebagai pembanding terhadap data tersebut,

- d. mengekspos hasil sementara atau akhir yang diperoleh dalam bentuk diskusi analitis dengan rekan sejawat,
- e. kajian kasus negatif dengan mengumpulkan kasus yang tidak sesuai dengan pola yang ada sebagai pembandingan,
- f. membandingkan dengan hasil penelitian lain, aplikasi dari kedua anak bronkopneumonia yaitu membandingkan apakah antara teori dan fakta terjadi perbedaan dengan menyertakan pembahasan.

### 3.6.2 *Transferability* atau keteralihan

Yaitu dapat tidaknya hasil peneliti ini ditransfer atau dialihkan atau tepatnya diterapkan pada situasi yang lain. Implementasi yang dilakukan pada pasien bronkopneumonia di pilah-pilah sesuai usia pasien yang berusia < 5 tahun dan kondisi yang dialami.

### 3.6.3 *Dependability* atau kebergantungan

Yaitu apakah hasil penelitian mengacu pada konsistensi peneliti dalam pengumpulan data dan menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan. Aplikasi dari uji keabsahan data dengan keterbergantungan ini yaitu peneliti selalu mendokumentasikan data yang muncul pada pasien dan pembimbing karya tulis ilmiah juga memantau kondisi pasien selama berada dilakukan perawatan di Rumah Sakit.

### 3.6.4 *Konfirmability* atau kepastian

Yaitu dapat tidaknya hasil penelitian dibuktikan kebenaran dimana hasil penelitian sesuai dengan data yang dikumpulkan dan dicantumkan dalam laporan lapangan. Hal ini dilakukan dengan membicarakan hasil penelitian dengan orang yang tidak ikut dan tidak berkepentingan dalam penelitian dengan tujuan agar hasil dapat lebih objektif. Dalam poin ini peneliti selalu mendokumentasi kegiatan yang dilakukan dalam format dan selalu melakukan konsultasi tatap muka dengan Dosen Pembimbing (Djaelani, 2013).

## 3.7 Etika Penelitian

Secara umum prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subyek dan prinsip keadilan.

### 3.7.1 Prinsip Manfaat

- a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderita kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus. Asuhan keperawatan yang

dilakukan pada kedua pasien dengan Bronkopneumonia seperti jika anak menangis/ gelisah setelah dilakukan pemeriksaan atau tindakan keperawatan peneliti menghentikan dan memulai kembali jika pasien tenang. Metode lain yang digunakan yaitu memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga dan keluarga mampu melakukan secara mandiri tanpa membuat pasien gelisah.

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Peneliti lebih menyaring implementasi yang dilakukan pada pasien sesuai dengan usia dan kondisi pasien, jadi tidak ada eksploitasi yang terjadi pada pasien anak dengan Bronkopneumonia ini dan lebih mengutamakan manfaat yang diperoleh setelah dilakukan tindakan keperawatan tersebut.

c. Resiko (*benefits ratio*)

Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan mengakibatkan kepada subjek pada setiap tindakan. Peneliti melakukan pengkajian keperawatan yang bertujuan mengetahui kelemahan pada pasien dan mampu meminimalisir resiko jika terjadi kesalahan selama tindakan.

### 3.7.2 Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*respect human dignity*)

1) Hak untuk ikut atau tidak menjadi partisipan (*right to self determination*)

Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek atau tidak, tanpa adanya sanksi apapun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya jika mereka seorang pelayan.

2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek. Sebelum dilakukan tindakan keperawatan penanggung jawab pasien dijelaskan tujuan dan manfaat dilakukan tindakan. Tindakan yang dilakukan tidak langsung membuat pasien mengalami kesembuhan tetapi bertahap dan berangsur-angsur.

3) *Informed Consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Prinsip ini dilakukan untuk meminta persetujuan

dan menghindari dari tindak hukum. *Informed Consent* berisi nama pasien/ nama penanggung jawab pasien, usia dan alamat disertai dengan tanda tangan dan nama terang.

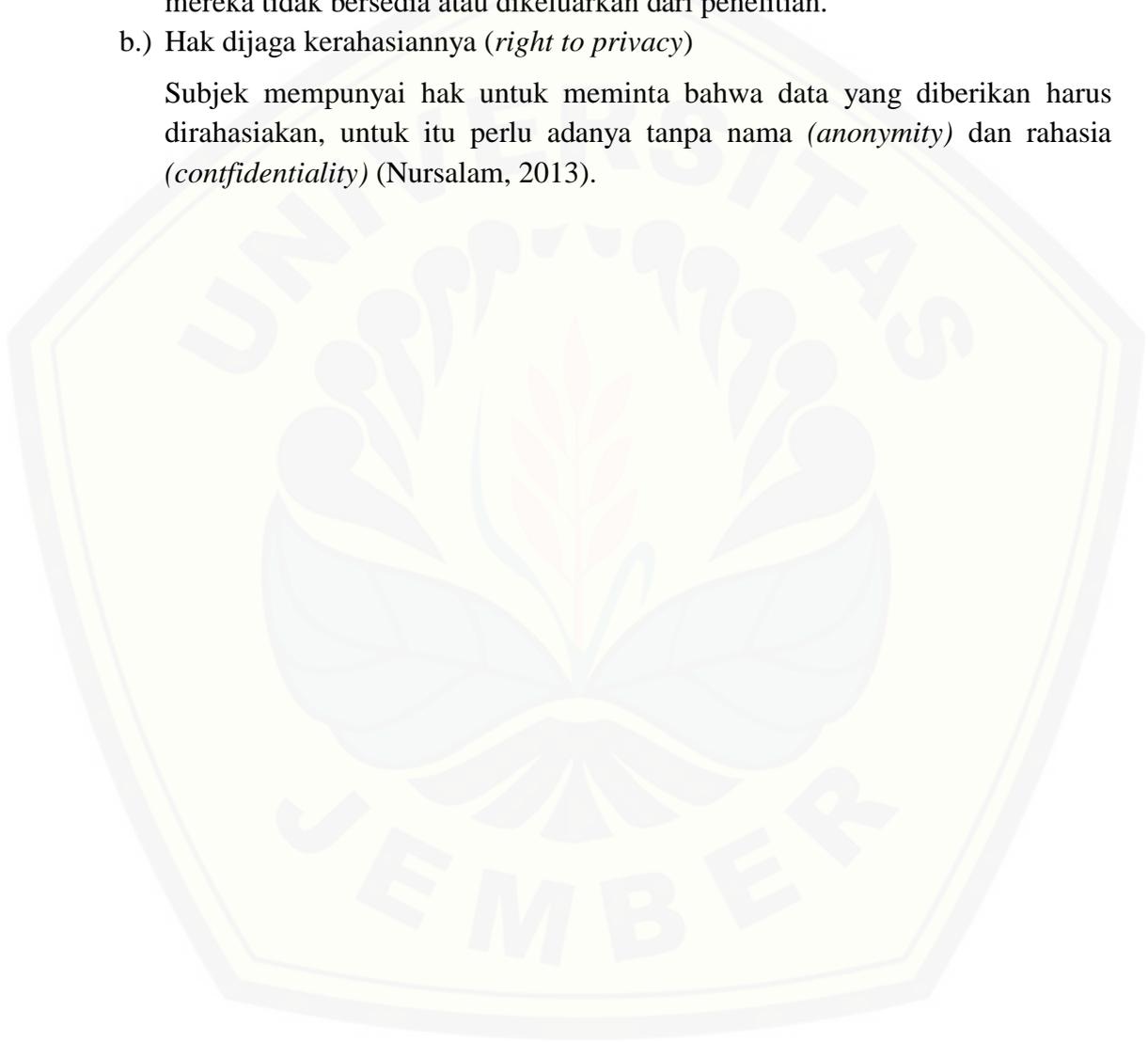
### 3.7.3 Prinsip Keadilan (*right to justice*)

#### a.) Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaan dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

#### b.) Hak dijaga kerahasiannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*) (Nursalam, 2013).



## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam hal ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara BAB 2 yang merupakan penjabaran asuhan keperawatan secara teori dengan BAB 4 yang merupakan penjabaran asuhan keperawatan secara nyata.

Pembahasan Asuhan Keperawatan pada pasien Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang. RSUD dr. Haryoto Lumajang merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Lumajang yang beralamat di jalan Basuki Rahmat no. 5 Lumajang, di kelola oleh pemerintah kabupaten. Jumlah tempat tidur di Ruang Bougenville adalah 39 dengan rincian kelas I sejumlah 8 tempat tidur, kelas II sejumlah 3 tempat tidur, kelas III sejumlah 28. Penelitian dilaksanakan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang yaitu kamar kelas III (RSUD Haryoto, 2017)

### 4.2 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan

#### 4.2.1 Pengkajian Keperawatan

##### a. Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	An. D	An. J
Umur	9 bulan 27 hari	4 bulan 18 hari
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki

Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Belum sekolah	Belum sekolah
Tanggal MRS/pukul	16 Januari 2018/21.17 wib	06 Februari 2018/10.15 wib
Tanggal pengkajian/jam	17 Januari 2018/13.10 wib	07 Februari 2018/14.15 wib
Inisial informan / umur	Ny. S / 44 tahun	Ny. M / 29 tahun
Pendidikan	SMP	SLTA
Lingkungan keluarga	Ayah pasien perokok	Ayah dan kakek perokok
Alamat	Kebonan, Yosowilangun	Selok anyar, Pasirian
Diagnosa medis	Bronkopneumonia	Bronkopneumonia

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa pada pasien 1 berusia 9 bulan dan pada pasien 2 berusia 4 bulan. Pada pasien 1 dilakukan pengkajian pada hari kedua masuk rumah sakit dan perawatan hari kedua dan pada pasien 2 dilakukan pengkajian pada hari kedua masuk rumah sakit dan perawatan hari kedua. Pada pasien 1 berjenis kelamin perempuan, dan pasien 2 berjenis kelamin laki-laki. Menurut (Fadhila, 2013) bahwa anak-anak di bawah umur 5 tahun dengan resiko kematian tertinggi pada penyakit Bronkopneumonia ini. Didukung oleh (Taher, 2014) dikatakan infeksi saluran diperkirakan hampir seperlima kematian anak diseluruh dunia pada anak berusia dibawah 5 tahun (balita) (Taher). Menurut (Paramanindi, 2013) jumlah kasus anak dengan Bronkopneumoni rata-rata usia di bawah 2 tahun. Berdasarkan kasus di atas menyerang anak di bawah 5 tahun dan menurut peneliti sesuai dengan teori karena pasien 1 berusia 9 bulan 27 hari dan pasien 2 berusia 4 bulan 18 hari. Berbeda pendapat dengan (Kaunang, 2016) yaitu anak yang menderita infeksi saluran nafas paling banyak pada jenis kelamin laki-laki dikarenakan diameter saluran pernafasan anak laki-laki lebih kecil dibandingkan anak perempuan atau adanya perbedaan dalam daya tubuh anak laki-laki dan perempuan. Menurut (Monita, 2015) bahwa infeksi saluran nafas komunitas pada anak banyak terdapat pada laki-laki 55,6%, terutama dengan kelompok usia 2-<12 bulan. Pasien 1 memasuki perawatan hari kedua di Rumah sakit dan pasien 2 memasuki perawatan hari kedua dan keadaan pasien dengan perawatan yang

sama. Menurut peneliti, anak di usia dibawah 5 tahun lebih rentan mengalami penyakit termasuk bronkopneumonia karena 2 faktor, intrinsik yaitu disebabkan status gizi dan imunitas, sedangkan untuk ekstrinsik yaitu disebabkan adanya paparan asap seperti kebiasaan merokok orang tua, polusi asap dapur, ventilasi, dan pengetahuan orang tua.

b. Riwayat Kesehatan

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Riwayat penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan utama MRS	Ibu pasien mengatakan anaknya di rumah batuk pilek $\pm$ 2 hari, dahak tidak bisa keluar, dan sesak nafas. Akhirnya keluarga memutuskan membawa ke puskesmas Yosowilangun, lalu dirujuk ke RSUD dr. Haryoto Lumajang pada pukul 21.17 malam untuk mendapat penanganan lebih lanjut.	Ibu pasien mengatakan anaknya dirumah $\pm$ 3 hari batuk pilek, dahak tidak bisa keluar, sesak nafas, diare dan demam. Kemudian hari pertama di bawa ke pustu Selok anyar, Pasirian dan diberi obat tetapi tidak sembuh lalu dibawa ke Puskesmas Pasirian, lalu di rujuk ke IGD RSUD dr. Haryoto pukul 10.15 WIB.
Keluhan saat pengkajian	Ibu pasien mengatakan anaknya batuk tidak bisa mengeluarkan dahak dan sesak	Ibu pasien mengatakan anaknya sering batuk tidak bisa mengeluarkan dahak dan terkadang sampai muntah
Riwayat kesehatan dahulu	Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya sudah kedua kali ini masuk rumah sakit, yang pertama MRS karena operasi Hidrosepalus di RS Jember $\pm$ 3 bulan yang lalu. Pasien memiliki penyakit akut atau kronik yaitu Hidrosepalus dan biasanya jika pasien batuk pilek, diare berobat ke puskesmas daerah tempat tinggalnya. Dan pasien tidak mempunyai alergi	Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya pertama kali ini masuk rumah sakit. Pasien tidak memiliki penyakit akut atau kronik biasanya pasien hanya batuk pilek dan berobat ke bidan daerah tempat tinggalnya. Dan pasien tidak mempunyai alergi baik obat maupun makanan.

Riwayat imunisasi	baik obat maupun makanan.  Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah di imunisasi kurang DPT HB combo II, HB combo III dan campak saja , yaitu: a) Hepatitis B : imunisasi pada usia 3 hari di bidan, b) BCG: imunisasi pada usia 3 hari di bidan, c) DPT HB combo I : imunisasi pada usia 2 bulan di bidan, d) DPT HB combo II : belum imunisasi, e) DPT HB combo III : belum imunisasi,  Polio I, II, III : imunisasi rutin bersama dengan DPT di bidan, f) Campak: belum imunisasi pada usia 9 bulan	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah di imunisasi kurang DPT HB combo II, DPT HB combo III, dan campak, yaitu: a) Hepatitis B : imunisasi pada usia 3 hari di bidan, b) BCG: imunisasi pada usia 3 hari di bidan, c) DPT HB combo I : imunisasi pada usia 2 bulan di bidan, d) DPT HB combo II : belum imunisasi karena pasien sakit, e) DPT HB combo III : belum imunisasi saat usia 6 bulan di bidan  Polio I, II, III : imunisasi rutin bersama dengan DPT di bidan, f) Campak : belum imunisasi pada usia 9 bulan
-------------------	--	---

Pada hasil laporan kasus pengkajian, keluhan utama pada pasien 1 yaitu, ibu pasien mengatakan anaknya  $\pm 2$  hari mengalami batuk pilek, dahak tidak bisa keluar dan sesak nafas. Pasien 1 pernah dirawat karena operasi hidrosepalus di RS Jember  $\pm 3$  bulan yang lalu riwayat, pernah mengalami diare dan batuk pilek. Pasien 1 belum imunisasi DPT HB combo II, DPT combo III, dan campak, sedangkan pada Pasien 2 yaitu ibu Pasien mengatakan anaknya  $\pm 3$  hari mengalami batuk pilek, dahak tidak bisa keluar, sesak nafas disertai panas. Pasien belum pernah dirawat karena sakit, pasien 2 belum imunisasi DPT HB combo II, DPT combo III dan campak. Menurut (Monita, 2015) yaitu infeksi saluran nafas banyak terdapat pada anak dengan anak status imunisasi belum lengkap 34,8%

Keluhan utama pada teori pasien dengan Bronkopneumonia juga dapat di temukan bahwa suhu tubuh naik mendadak, anak gelisah, dispnea, pernafasan cepat dangkal disertai pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung serta sianosis lalu muntah dan diare. Batuk diawali dengan batuk kering kemudian menjadi produktif (Riyadi, 2009), sama halnya (WHO, 2011 dalam Marini, 2016) berpendapat bahwa manifestasi dari Bronkopneumonia bervariasi

mulai dari batuk, pilek, disertai dengan panas, pada anak dengan Bronkopneumonia berat akan muncul manifestasi klinik sesak nafas yang hebat. Berdasarkan hasil laporan kasus pada pasien 2 sama dengan teori menurut (Riyadi, 2009) dan (WHO, 2011 dalam Marini, 2016) bahwasannya gejalanya berupa batuk produktif, demam, diare dan dispnea sedangkan pada pasien 1 tidak sesuai dengan teori (Riyadi, 2009) karena pasien tidak mengalami demam dan diare. Pada kedua pasien sama-sama batuk produktif, menurut (WHO, 2011 dalam Marini, 2016). Menurut saya, kerentanan anak terjangkit bronkopneumonia salah satunya karena belum lengkapnya imunisasi dan gejala yang didapat juga hampir sama antara teori dan fakta yaitu batuk yang produktif.

c. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan dan Persalinan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Riwayat kehamilan dan persalinan	Pasien 1	Pasien 2
Pre natal care	Ibu pasien mengatakan pada trimester I ibu pasien mengatakan tidak mual dan muntah pada kehamilan 1-3 bulan, ibu pasien memeriksa kehamilan secara rutin. Pada trimester selanjutnya ibu pasien tidak mengalami keluhan. Selama kehamilan Ibu pasien selalu minum obat penambah darah.	Ibu pasien mengatakan trimester 1 Ibu pasien mengatakan mual dan muntah pada kehamilan 1-3 bulan, ibu pasien memeriksa kehamilan secara rutin ke posyandu desa. Selama kehamilan Ibu pasien selalu minum obat penambah darah. Pasien pernah mengalami batuk dan pilek pada saat kehamilan dan minum obat.
Natal care	Ibu pasien mengatakan usia kehamilan 9 bulan, bayi lahir cukup bulan (aterm), cara kelahiran normal per vagina dibantu oleh bidan. Keadaan bayi saat lahir bernafas spontan, langsung menangis, BBL: 2300gr	Ibu pasien mengatakan usia kehamilan 9 bulan, bayi lahir cukup bulan (aterm), cara kelahiran normal per vagina dibantu oleh dukun desa. Keadaan bayi saat lahir bernafas spontan, BBL: 3,3gr
Post natal	Ibu pasien mengatakan pasien kulit kemerahan saat lahir, pada hari pertama minum ASI eksklusif dan selanjutnya	Ibu pasien mengatakan pasien kulit kemerahan, pertama minum ASI eksklusif dan selanjutnya sampai saat

	sampai saat pengkajian. Kepala anaknya saat lahir normal lalu semakin membesar setelah 5 bulan diperiksa ke rs umum dan didiagnosa hidrosepalus	pengkajian. Tidak ada kelainan pada pasien
--	---	--

Tabel 4.4 Riwayat Pertumbuhan Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Riwayat pertumbuhan dan perkembangan	Pasien 1	Pasien 2
Pertumbuhan fisik		
BBL :	2,200 g	3,300 g
BBS :	7,9 kg	8,2 kg
TBL:	-	-
TBS:	74 cm	58 cm
Pertama tumbuh gigi :	8 bulan	Belum tumbuh gigi

Pada hasil pengkajian riwayat kehamilan dan persalinan pasien 1 yaitu Ibu pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada masa kehamilan, persalinan dilakukan di bidan desa, dan setelah melahirkan pasien minum ASI eksklusif hingga sekarang. Sama halnya dengan pada pasien 2, yang menjadi pembeda yaitu Ibu pasien mengatakan saat kehamilan pernah sakit batuk pilek dan minum obat dari bidan, persalinan dilakukan di dukun desa, dan setelah melahirkan pasien minum ASI eksklusif. Menurut (Sukarto, 2016) ada pengaruh penyakit yang diderita anak dengan kehamilan, misalnya ibu hamil yang berisiko dan tidak memeriksakan kehamilan paling sedikit 4 kali. Pada riwayat pertumbuhan dan perkembangan pada pasien 1 ada gangguan pertumbuhan, berat badan pasien 1 yaitu 7,9 kg sesuai dengan tinggi badan 74 cm sesuai dengan Pedoman BB/TB Direktorat Gizi Masyarakat yaitu tinggi badan 74 cm normal 9,7 kg (Adriana, 2013) sedangkan berat badan pasien 2 yaitu 8,2 kg, berat badan ideal menurut tinggi badan 58 cm adalah 5,2 kg sedangkan pasien 2 yaitu 8,2 kg disimpulkan bahwa terjadi kegemukan pada pasien 2. Menurut saya, tidak ada pengaruh ibu sakit atau sehat dengan penyakit bronkopneumonia pada anak yang dilahirkan, lebih kepada imunitas sang anak dan pola hidup.

Tabel 4.5 Riwayat Perkembangan Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Perkembangan tiap tahap menggunakan DDST	Pasien 1	Pasien 2
Personal sosial	Ibu pasien mengatakan anaknya belum mampu mengatakan keinginan, belum mampu tepuk tangan, belum mampu makan sendiri, belum mampu berusaha mencapai mainan	Ibu pasien mengatakan anaknya mampu mengamati tangannya, mampu tersenyum spontan, mampu membalas senyum, mampu menatap muka
Bahasa	Ibu pasien mengatakan anaknya belum mampu menyebut papa/mama secara spesifik, belum mampu mengoceh, tidak mampu meniru bunyi kata-kata, belum mampu menyebutkan satu suku kata, belum mampu menoleh ke suara.	Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa menoleh ke sumber suara, mampu berteriak, mampu tertawa.
Motorik halus	Ibu pasien mengatakan anaknya belum mampu membenturkan kedua benda, belum mampu memegang dengan ibu jari	Ibu pasien mengatakan anaknya mampu mengamati benda kecil, mampu menyentuhkan tangan, mampu memegang benda.
Motorik kasar	Ibu pasien mengatakan anaknya belum mampu bangkit untuk berdiri, belum mampu duduk tanpa pegangan, belum mampu bangkit kepala tegak, belum mampu berbalik badan, belum mampu tengkurap	Ibu pasien mengatakan anaknya mampu bangkit kepala tegak, mampu membalik, mampu dada terangkat menumpu lengan, mampu mengangkat kepala

Perkembangan pasien 1 terjadi gangguan perkembangan karena terjadinya keterlambatan perkembangan hambatan dari penyakit kroniknya yaitu hidrosepalus, perkembangan yang terganggu dari aspek personal sosial berupa ibu pasien mengatakan anaknya belum mampu mengatakan keinginan, belum mampu

tepek tangan, belum mampu makan sendiri, belum mampu berusaha mencapai mainan. Dari aspek bahasa pasien hanya menangis dan merengek. Dari aspek motorik halus padahal sesuai DDST dalam (Adriana, 2013) menjabarkan bahwa anak umur usia 9 bulan seharusnya mampu mengatakan keinginan, mampu bertepuk tangan dan mampu makan sendiri. Pada aspek bahasa pasien pasien mampu mengucapkan papa/ mama spesifik, mengoceh, dan menirukan bunyi-bunyi. sesuai umur pasien 2 tidak ada gangguan, pada pasien 2 dengan usia 4 bulan ibu pasien mengatakan anaknya sudah mampu mengamati tangannya, mampu mengamati benda kecil, mampu menoleh bunyi, dan mampu mengangakat dada.

Berdasarkan teori terdapat infeksi saluran nafas sebanyak 68,8%, selebihnya sangat kurus dan normal (Salawati, 2014) pengaruh gizi buruk atau gizi kurang yang menderita Infeksi saluran nafas, hasilnya menunjukkan paling banyak balita usia 6 bulan sampai 5 tahun kurus yang menderita infeksi. Kejadian Bronkopneumonia pada pasien 1 mendukung teori tersebut, dijelaskan bahwa pasien 1 mengalami gizi kurang yang menyebabkan pasien mudah terserang penyakit karena menurut (Meadow, 2011 dalam Salawati, 2014) nutrisi memegang peranan penting dalam tumbang (pertumbuhan dan perkembangan) bayi, balita dan anak, menurutnya nutrisi yang tidak baik merupakan faktor risiko terjadinya gangguan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kesehatan. Opini saya berpendapat masalah tumbuh kembang yang terjadi pada pasien 1 tidak terjadi karena pengaruh penyakit bronkopneumonia, melainkan karena penyakit lain yang diderita pasien 1.

Tabel 4.6 Riwayat Perkembangan Nutrisi Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Riwayat perkembangan nutrisi	Pasien 1	Pasien 2
Pemberian ASI dan formula	Ibu pasien mengatakan anaknya mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir hingga sekarang, jika anaknya menangis selalu diberi ASI, pasien tidak pernah minum susu fomula	Ibu pasien mengatakan anaknya mendapat ASI eksklusif sampai usia sekarang
Pemberian makanan tambahan	Ibu pasien mengatakan sejak usia 3 bulan mendapatkan tambahan makanan bubur halus	Ibu pasien mengatakan sejak usia 2 bulan mendapatkan tambahan

	disertai sayur	pisang dan tim, bubur halus.
--	----------------	------------------------------

Tabel di atas menjelaskan bahwa kedua pasien mendapatkan ASI, pasien 1 mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir hingga sekarang dan mulai di usia 3 bulan diberi Makanan pendamping ASI berupa bubur halus dan sayur berair, dan pasien 2 mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir hingga sekarang dan mulai diberi Makanan pendamping ASI sejak umur 2 bulan berupa pisang susu. Menurut (Hersoni, 2015) salah satu cara pencegahan infeksi saluran nafas yaitu dengan cara pemberian ASI eksklusif karena ASI merupakan zat kekebalan alami tubuh. Sama halnya (Abbas, 2018) mengatakan bahwa ASI eksklusif merupakan zat pelindung yang dapat menghindarkan dari berbagai penyakit infeksi termasuk infeksi saluran nafas. Sesuai masalah pada pasien 2 menurut (Titisari, 2014) bahwa pemberian MP-ASI yang tepat akan perlindungan ekstra dan bebas dari penyakit. Pendapat saya ASI eksklusif dapat sebagai perlindungan pertama pada infeksi dan penyakit, dan pemberian MP-ASI terlalu dini akan mempermudah penyakit menjangkit pada bayi.

#### d. Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4.7 Pola Kesehatan Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Pola kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Pola nutrisi	<p>Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya makan 3x/hari habis ¼ porsi dewasa dengan nasi tim disertai sayur berair dan diselingi ASI</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan anaknya makan 2x/hari habis 1 sendok dewasa dengan tim dari RS pagi dan sore, minum 2 sendok air mineral dan ASI. BB: 7,9 kg</p>	<p>Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya diberi makanan tambahan berupa pisang matang 1 biji jika anaknya masih menangis setelah diberi ASI</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan anaknya hanya minum ASI seperti yang disarankan petugas gizi RS. BB: 8,2 kg</p>
Pola eliminasi	Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x/hari dengan warna kuning kecoklatan, konsistensi	Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x/hari sehari dengan konsistensi lunak berwarna

<p>Pola personal hygiene</p>	<p>padat, dan tidak ada keluhan saat BAB. Pasien BAK <math>\pm</math> 800 cc/hari, pasien 3x ganti pampers/hari, warna kuning jernih</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan anak belum BAB sejak MRS. BAK berwarna kuning berbau khas tidak ada keluhan.</p> <p>Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya biasanya di mandikan 2x/hari dan keramas 2x/hari waktu pagi dan sore.</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan menyeka anaknya 2x waktu pagi dan sore hari.</p> <p>Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan tidur anaknya tidur siang <math>\pm</math>3 jam. Tidur malam <math>\pm</math>11 jam. Keluhannya selalu terbangun jika haus</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan anaknya tidur siang <math>\pm</math>4 jam. Tidur malam <math>\pm</math>10 jam. Keluhannya selalu terbangun jika haus dan</p>	<p>kuning tidak ada lendir, BAK 4x ganti pampers, berwarna kuning berbau khas.</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x pagi hari, konsistensi lunak kuning kecoklatan, tidak ada keluhan. BAK ganti pampers 2x/hari berwarna kuning berbau khas tidak ada keluhan.</p> <p>Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya biasanya di mandikan 2x/hari dan keramas 1x waktu pagi saja.</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan tidak pernah menyeka anaknya, hanya mengganti bajunya saja</p> <p>Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya tidur siang <math>\pm</math>3 jam. Tidur malam <math>\pm</math>12 jam. Keluhannya selalu terbangun jika haus</p> <p>Saat MRS Ibu pasien mengatakan anaknya tidur siang <math>\pm</math>3 jam dan bangun saat batuk</p>
------------------------------	--	--

	batuk terbangun.	
Pola istirahat tidur	Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya hanya terbaring ditempat tidur.	Sebelum MRS Ibu pasien mengatakan anaknya sering bermain dan tidur sambil belajar tengkurap.
Pola aktivitas	Ibu pasien mengatakan anaknya saat sakit di gendong sambil minum ASI dan terbaring di tempat tidur.	Ibu pasien mengatakan anaknya saat sakit di gendong sambil minum ASI dan terbaring di tempat tidur.

Menurut pengkajian Tabel diatas di jelaskan bahwa pada pasien 1 terdapat penurunan nafsu makan sesuai menurut (Calder, 2000 dalam Widodo, 2013) bahwa pada anak kurang asupan makan, individu akan lebih rentan terhadap infeksi akibat menurunnya kekebalan tubuh terhadap invasi patogen. Sama halnya dengan (Nugrahanesi, 2014) mengatakan balita dengan gizi buruk umumnya menderita penyakit infeksi saluran nafas, TBC, dan diare.

Tabel riwayat pola nutrisi pada kasus di atas menjelaskan bahwa kedua pasien mendapatkan ASI, pasien 1 mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir hingga sekarang dan mulai di usia 3 bulan diberi Makanan pendamping ASI berupa bubur halus dan sayur berair, dan pasien 2 mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir hingga sekarang dan mulai diberi Makanan pendamping ASI sejak umur 2 bulan berupa pisang susu.

Pada tabel sistem eliminasi pasien 1 Ibu pasien mengatakan pasien belum BAB sejak mrs sampai saat pengkajian, Ia menyimpulkan hal tersebut terjadi karena anaknya hanya makan sedikit dan lebih sering minum. Sedangkan pada pasien 2 Ibu pasien mengatakan tidak ada perbedaan saat sebelum mrs dan sesudah mrs. Menurut tinjauan teori (WHO, 2007) bahwa gejala tambahan yang akan muncul pada penderita infeksi saluran nafas salah satunya adalah diare, sama halnya menurut (Dicky, 2017) dikatakan gejala yang akan timbul pada penderita bronkopneumonia yaitu diare. Menurut opini saya, sesuai dengan fakta dan teori

terdapat perbedaan, dapat disimpulkan tidak ada pengaruh penyakit bronkopneumonia dengan masalah sistem eliminasi.

e. Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Head to Toe/Pendekatan System)

Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Pemeriksaan fisik	Pasien 1	Pasien 2
Tekanan Darah	-	-
Suhu	36,2 °C	36,8 °C
Nadi	128x/menit	140x/menit
RR	40x/menit	30x/menit
BB	7,9 kg	8,3 kg
GCS	E4V5M6	E4V5M6
Kepala	Tidak simetris, terdapat lesi, ada benjolan pada kepala bagian kanan, tidak teraba massa, berambut tipis berwarna hitam.	Simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak teraba massa, berambut tipis berwarna hitam.
Mata	Mata tidak cowong, konjuntiva anemis, bulu mata tipis berwarna hitam, alis tipis berwarna hitam, kelopak mata tidak edema, mata bersih, sclera putih, pupil isokor.	Mata tidak cowong, konjuntiva tidak anemis, bulu mata tipis berwarna hitam, alis tipis berwarna hitam, kelopak mata tidak edema, mata bersih, sclera putih, pupil isokor
Hidung	Lubang hidung simetris, tidak ada benjolan, terdapat secret.	Lubang hidung simetris, tidak ada benjolan, terdapat secret.
Mulut	Bibir simetris, mukosa lembab, tidak ada lesi, tidak ada sariawan, bibir	Bibir simetris, mukosa lembab, tidak ada lesi, tidak

Telinga	berwarna gelap.  Daun telinga simetris, tidak ada luka, tidak ada serumen.	ada sariawan.  Daun telinga simetris, tidak ada luka, tidak ada serumen.
Sistem pernafasan	Inspeksi: pergerakan dinding dada simetris, ada retraksi dinding dada, bentuk dada normochest.  Palpasi: tidak ada benjolan, tidak ada edema  Auskultasi: terdapat nafas tambahan ronkhi pada semua lapang dada  Perkusi: pekak	Inspeksi: pergerakan dinding dada simetris, ada retraksi dinding dada, bentuk dada normochest.  Palpasi: tidak ada benjolan, tidak ada edema  Auskultasi: terdapat nafas tambahan ronkhi pada semua lapang dada  Perkusi: pekak
Sistem kardiovaskuler	Inspeksi: ictus cordis terlihat  Palpasi: ictus cordis teraba di ics 5 sinistra  Perkusi: pekak  Auskultasi: S1 S2 tunggal	Inspeksi: ictus cordis tidak terlihat  Palpasi: ictus cordis teraba di ics 5 sinistra  Perkusi: pekak  Auskultasi: S1 S2 tunggal
Sistem pencernaan	Inspeksi: ada bayangan pembuluh darah vena, umbilikus sedikit menonjol, dan bersih  Auskultasi: BU 8x/menit  Perkusi: Timpani  Palpasi: tidak teraba massa, tampak ekspresi menangis saat abdomen di tekan.	Inspeksi: tidak ada bayangan pembuluh darah vena, umbilikus tidak menonjol, dan tidak bersih  Auskultasi: BU 15x/menit  Perkusi: Hipertimpani  Palpasi: tidak teraba massa

Sistem genitourinary	Alat kelamin bersih, tidak ada sekret, tidak ada nyeri tekan.	Alat kelamin tidak bersih, tidak ada sekret, tidak ada nyeri tekan, kemerahan pada selangkangan.
Ekstermitas	Ekstermitas atas tangan 2, jumlah jari 10, ekstermitas bawah panjang kaki simetris, jumlah jari 10, terpasang infus pada tangan kanan	Ekstermitas atas tangan 2, jumlah jari 10, ekstermitas bawah panjang kaki simetris, jumlah jari 10, terpasang infus pada tangan kiri
Muskuloskeletal	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada atrofi tulang, ada rentang gerak, kaku pada persendian ekstremitas atas dan bawah	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada atrofi tulang, tidak ada rentang gerak.
Sistem integumen, kuku, imunitas	Kulit putih bersih tidak kusam, tidak ada clubbing finger, kuku bersih pendek, tidak ada lesi, CRT < 2 detik.	Kulit putih kecoklatan kusam, tidak ada clubbing finger, kuku bersih pendek, tidak ada lesi, CRT < 2 detik.

Tabel pemeriksaan fisik di atas, pada tanda-tanda vital kedua pasien tidak ada yang abnormal hanya nadi yang mengalami peningkatan. Pada pasien 1 nadi tubuh pasien adalah 128 x/menit dan nadi tubuh pasien 2 yaitu 140 x/menit sedangkan normalnya 120-130 x/menit. Pada pasien 1 dan 2 terdapat kesamaan pada pemeriksaan sistem pernafasan yaitu pergerakan dinding dada simetris, terdapat retraksi dinding dada, bentuk dada normochest, ada suara nafas ronkhi pada semua lapang paru. Berdasarkan pada kasus tersebut sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa gejala yang akan timbul pada penderita biasanya Bronkopneumonia antara lain demam, anoreksia, muntah, diare, hidung tersumbat, batuk, bunyi nafas tambahan, sakit (Sodikin, 2011). Berdasarkan teori menurut (Dicky, 2017) mengatakan bahwa pada anak penderita bronkopneumonia mengalami akan terdapat suara nafas tambahan yaitu ronkhi basah halus nyaring pada seluruh permukaan paru dan wheezing. Berbeda dengan pasien 1 dan pasien 2, hanya terdengar suara nafas ronkhi pada auskultasi suara nafas. Menurut saya, pemeriksaan fokus untuk penderita bronkopneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu dengan pemeriksaan pernafasan

## f. Hasil pemeriksaan laboratorium

Tabel 4.9 Pemeriksaan Diagnostik Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Pemeriksaan	Pasien 1/ tgl 17-01- 2018	Pasien 2/ tgl 07-02- 2018	Nilai normal
Laboratorium pemeriksaan darah			
1. Haemoglobin	12,1	8,2	P:13,0-18,0mg/dl L: 14,0-18,0mg/dl
2. leukosit	7.470	8.410	3500-10000/cmm
3. eritrosit	5,14	4,03	L: 4,5-6,5 juta/cmm P: 3,0-6,0 juta/cmm
4. LED	-	-	
5. hematokrit	37	25	L: 0-5/jam P: 0-7/jam
6. trombosit	371.000	460.000	L: 40-54% P: 35-47%
7. golongan darah	O	O	150000-450000
8. SGOT/SGPT	40/38	40/25	
9. gula darah acak	132	-	Up to 37 mU/ml / Up to 40 mU/ml
10. CRP kualitatif	Negatif	Positif	63-115 mg/dl < 6 mg/l

Tabel diatas menyatakan jumlah haemoglobin pada pasien 1 berjumlah 12,1 mg/dl sedangkan pasien 2 berjumlah 8,2 mg/dl. Dari hasil tersebut didapatkan bahwa terjadi penurunan haemoglobin pada kedua pasien. Pada leukosit pasien 1 yaitu 7.470/cmm dan pasien 2 sejumlah 8.410/cmm, hasil tersebut masih termasuk dalam ambang batas normal. Berdasarkan teori pemeriksaan darah pada pasien Bronkopneumonia terjadi leukositosis, ini terjadi karena selama infeksi terjadi mekanisme yang mendorong meningkatnya leukosit yang berguna untuk menanggulangi infeksi (Riyadi, 2009). Tidak ada hubungan antara leukosit dengan penyakit infeksi saluran nafas karena anak dengan penyakit ini timbul pada awal penyakit dengan gejala relatif ringan (Wahyudin, 2012). Akan tetapi kedua pasien tidak mengalami leukositosis karena hasil leukosit masih diambang normal, oleh karena itu hasil ini masih relevan dengan wahyudi tahun 2012. Kekurangan haemoglobin atau lebih sering dikatakan anemia pada

usia 1-2 tahun lebih erat kaitannya dengan kurangnya asupan gizi ibu selama menyusui, hal ini juga berdampak pada kerentanan mengalami sesak karena kadar oksigen dalam darah berkurang (Novi, 2014). Pada bayi Hb hanya diperoleh lebih banyak dari ASI, akibatnya kapasitas darah untuk membawa oksigen pun menurun (Kyle, 2014). Penurunan haemoglobin pada kedua pasien dapat mempengaruhi sistem imun anak, seperti mudah terinfeksi infeksi saluran nafas.

g. Program dan Rencana Pengobatan

Tabel 4.10 Terapi Pengobatan Pasien di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Periode Januari-Februari 2018

Terapi	Pasien 1	Pasien 2
Infuse	D5 ¼ NS 800 cc/24 jam	D5 ¼ NS 500 cc/24 jam
Injeksi	Antrain 100gr 3x/hari Indexon 100gr 3x/hari Cefotaxim 250gr 3x/hari	Antrain 100gr 3x/hr Indexon ¼ 3x/hari Cefotaxim 250gr 3x/hari
Obat oral	-	-
Nebulizer	½ Combivent 3x/hari	¼ Combivent 3x/hari
Oksigen	1,9 – 2,5 lpm	1,4 – 1,9 lpm

Tabel diatas menjelaskan bahwa pada pasien 1 mendapat terapi infuse D5 ¼ NS 800 cc/24 jam sedangkan pasien 2 diberi terapi infuse D5 ¼ NS 500 cc/24 jam. Menurut teori pemberian antibiotik penisilin 50.000 U/kg BB/hari dengan kloramfenikol 50-70 mg/kg BB/hari, pengobatan diberikan sampai bebabs dmam 3-5 hari. Kolaborasi farmakologi ini diberikan bertujuan untuk menghilangkan penyebab infeksi yang kemungkinan lebih dari 1 jenis dan menghindari resistensi antibiotik. Pemberian campuran cairan glukosa 5% dan Nacl 0,9% dalam perbandingan 3:1 sebanyak 10 mEq/500ml/botol infus. Terapi nebulizer diberikan dengan flexotid dan ventolin yang bertujuan mempermudah mengeluarkan dahak juga dapat meningkatkan lebar lumen bronkus (Riyadi, 2009). Hal ini dibenarkan oleh (Dicky, 2017) bahwa pemberian injeksi intravena berupa antibiotic diberikan karena pasien yang mengalami sesak tidak dapat menerima asupan per oral, selain itu pada bayi kecil terapi awal antibiotic intravena harus dimulai sesegera mungkin. Pemberian terapi nebulizer diberikan pada anak dengan infeksi saluran nafas digunakan untuk mengencerkan dahak/sputum (Sholihah, 2015). Beri oksigen tambahan kepada anak yang mengalami gawat napas atau hipoksia jika perlu perlu (Kyle, 2014).

## h. Analisa Data

Tabel 4.11 Analisa Data Pasien 1

Analisa data	Etiologi	Masalah
<p>Data subjektif:</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya anaknya mengalami batuk berdahak selama 2 hari hingga sekarang dan tidak bisa mengeluarkan dahak</p> <p>Data objektif:</p> <p>Suara nafas tambahan (ronkhi: suara ngorok)</p> <p>RR: 40 x/menit</p> <p>batuk tidak efektif/ tidak ada</p> <p>Tampak gelisah jika batuk</p>	<p>sekresi yang berlebihan</p>	<p>Ketidakfektifan bersihan jalan nafas</p>
<p>Data Subjektif:</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya hanya bisa berbaring, belum bisa tengkurap, dan hanya bisa menangis</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami keterlambatan tumbang karena penyakit hidrosepalus yang dialami 3 bulan yang lalu</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>Personal sosial: pasien belum mampu mengatakan keinginan, belum mampu tepuk tangan, belum</p>	<p>Penyakit kronis: hidrosepalus</p>	<p>Keterlambatan perkembangan</p>

<p>mampu makan sendiri, belum mampu berusaha mencapai mainan</p> <p>Gerak kasar: pasien belum mampu bangkit untuk berdiri, belum mampu duduk tanpa pegangan, belum mampu bangkit kepala tegak, belum mampu berbalik badan, belum mampu tengkurap</p> <p>Gerak halus: pasien belum mampu membenturkan kedua benda, belum mampu memegang dengan ibu jari</p> <p>Bahasa: belum mampu menyebut papa/mama secara spesifik, belum mampu mengoceh, tidak mampu meniru bunyi kata-kata, belum mampu menyebutkan satu suku kata, belum mampu menoleh ke suara.</p>		
---	--	--

Tabel 4.12 Analisa Data Pasien 2

Analisa data	Etiologi	Masalah
<p>Data Subyektif:</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya batuk sejak 3 har, tidak bisa mengeluarkan dahak</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>Suara nafas tambahan (ronkhi pada semua lapang dada: suara ngorok)</p> <p>RR: 30 x/menit</p> <p>Sputum berlebih (batuk dan meludah tidak efektif, batuk</p>	<p>sekresi yang berlebihan</p>	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</p>

tertahan) Batuk tidak efektif/ tidak ada Kesulitan untuk berbicara Tampak gelisah jika batuk		
Data Subjektif: Ibu pasien mengatakan tidak tahu secara pasti tentang penyakit yang diderita anaknya  Data Obyektif: Keluarga sering bertanya kepada perawat  Keluarga tampak bingung saat anaknya batuk dan menangis	Keterbatasan kognitif	Defisit pengetahuan

## 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.13 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan Obstruksi jalan nafas: sekresi yang berlebih pada pasien An. D dan An. J di Ruang Rawat Inap Anak tahun 2018

No	Data	1	2
1	Dispnea	-	-
2	Suara nafas tambahan (Ronkhi	V	V
3	Perubahan irama dan frekuensi pernafasan	V	V
4	Sianosis	-	-
5	Kesulitan untuk berbicara	V	V
6.	Penurunan suara nafas	V	V
7.	Batuk tidak efektif atau tidak ada	V	V
8.	Ortopnea	-	-
9.	Gelisah	V	V
10.	Mata terbelalak	-	-

Tabel diatas menyatakan bahwa dari 10 batasan karakteristik yang muncul pada pasien 1 terdapat 6 batasan yaitu adanya suara nafas tambahan, perubahan irama dan frekuensi pernafasan, kesulitan untuk berbicara, penurunan suara nafas, batuk tidak efektif, dan gelisah sedangkan pasien 2 memiliki persamaan. Pasien 1 mengalami perubahan irama dan frekuensi pernafasan, pada auskultasi terdengar suara nafas tambahan yaitu ronki pada semua lapang paru, kesulitan untuk bernafas, penurunan suara nafas, batuk tidak efektif, and gelisah sedangkan pada pasien 2 sama tetapi satu perbedaan yaitu pasien 2 mengalami dispnea dengan RR: 30 x/menit. Teori mengatakan dikatakan ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan minimal memiliki 2 batasan karakteristik dari 10 batasan karakteristik diatas (Heardman, 2015). Hasil studi yang di dapat peneliti adanya perbedaan dalam batasan karakteristik di atas karena kondisi pada pasien 1 dan pasien 2 berbeda.

Tabel 4.14 Diagnosa Lain Yang Mungkin Muncul Pada Pasien Dengan Bronkopneumonia

No	Diagnosa Keperawatan	1	2
1	Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi	-	√
2	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan kapiler alveolus	-	-
3	Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi	√	-
4	Cemas pada anak atau orang tua berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi anak	√	√
5	kesiapan meningkatkan pengetahuan berhubungan dengan pernyataan kesiapan meningkatkan pengetahuan	√	√

Diagnosa keperawatan yang lain yang muncul ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, cemas pada anak atau orang tua berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi anak, kesiapan meningkatkan pengetahuan berhubungan dengan pernyataan kesiapan meningkatkan pengetahuan. Diagnosa kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan metabolic sekunder terhadap demam dan proses infeksi tidak didapati pada pasien 2 karena pasien memiliki BB lebih dari usia yang seharusnya. Cemas pada anak atau orang tua berhubungan dengan hospitalisasi diagnosa ini muncul karena setiap tenaga kesehatan yang akan melakukan pemeriksaan anak menangis. Kesiapan meningkatkan pengetahuan berhubungan dengan pernyataan kesiapan meningkatkan pengetahuan diagnosa ini muncul karena orang tua khususnya ibu pasien siap untuk meningkatkan pengetahuan tentang lingkungan yang sehat tanpa asap rokok dan bahan-bahan penyebab infeksi saluran napas.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi pada kedua pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah sebagai berikut :

Tabel 4.15 Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan napas tanggal 17-19 Januari 2018 dan 07-09 Februari 2018

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	1	2

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang berlebih	1. Irama nafas regular	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien untuk memaksimal ventilasi</li> <li>2. Lakukan fisioterapi dada - Clapping</li> <li>3. Auskultasi suara napas, catat area terdapatnya penurunan/ tidak adanya suara napas</li> <li>4. Berikan bronkodilator, salbutamol 10 mcg/kg – 100 mcg/kg</li> <li>5. Berikan terapi oksigen. Menggunakan rumus kebutuhan oksigen <math>MV = TV \times RR</math></li> <li>6. Berikan nebulizer, combivent dengan dosis 0,1 – 0,15 mg/kg BB yang diencerkan dalam 2 – 5 ml NaCl 0,9% dengan interval 20 menit dengan dosisi maksimum 5 mg/dosisi</li> </ol> <p>Pemantauan Pernapasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan</li> <li>2. Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot bantu, serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta</li> <li>3. Pantau pola pernapasan: dispnea</li> <li>4. Pantau peningkatan kegelisahan, ansietas</li> </ol>	V	V
	2. Frekuensi pernafasan		-	V
	3. Kedalaman inspirasi		V	V
	4. Kemampuan untuk mengeluarkan secret		V	V
	5. Akumulasi sputum berkurang		V	V
	6. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan		V	V
	7. Tidak ada suara nafas tambahan (Ronki, mengi)		V	V
			V	V
			V	V
			V	V

		5. Monitor sekresi pernapasan	V	V
		6. Monitor dispnea dan kejadian apa yang menurunkan serta memperparahnya	V	V
			V	V
			V	V
			V	V
			V	V

Menurut hasil pengkajian yang telah dilaksanakan, diagnosa keperawatan utama pada kedua pasien yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu manajemen jalan nafas, peningkatan batuk, dan pemantauan penapasan. Dalam manajemen jalan nafas terdapat beberapa poin intervensi sesuai pasien 1 dan 2 hanya 6 intervensi yaitu mengatur posisi untuk memaksimalkan ventilasi, melakukan fisioterapi dada dengan metode clapping, mendengarkan suara nafas pasien, jika diperlukan berikan terapi kolaborasi yaitu bronkodilator, oksigen, dan nebulizer. Peneliti juga merencanakan tindakan peningkatan batuk dengan cara mendukung kebutuhan hidrasi pada pasien 1 dan 2. Untuk rencana keperawatan yang paling sering dilakukan yaitu pemantauan

pernafasan yang berhubungan dengan tingkat keberhasilan setelah dilakukan tindakan manajemen jalan nafas meliputi 6 poin yaitu memantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernafasan, memperhatikan pergerakan dada kesimetrisan, penggunaan otot bantu, memantau pola pernafasan, tingkat ansietas, dan monitor jika terjadi dispnea. Dari intervensi menurut tinjauan teori tidak semua yang bisa dilaksanakan pada kedua pasien, karena disesuaikan dengan keadaan klinis dan pertumbuhan pasien dengan usia < 1 tahun. Beberapa intervensi yang telah direncanakan semua dapat terlaksana pada kedua pasien kecuali untuk pada pelaksanaan fisioterapi dada dengan clapping. Menurut (Bulechek, 2013) ada beberapa intervensi yang harus dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu manajemen jalan napas, peningkatan batuk, dan pemantauan pernafasan, terapi intravena, kolaborasi dengan pemberian obat, dan manajemen lingkungan. Untuk intervensi pemberian nebulizer diberikan pasien dengan bronkopneumonia bertujuan untuk mengurangi sesak akibat penyempitan jalan nafas karena sekret atau yang sering disebut hipersekresi mucus (Dicky, 2017). Menurut peneliti, intervensi dilakukan dengan menyesuaikan dengan kondisi, umur, dan persetujuan dari keluarga pasien.

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada kedua pasien adalah

Tabel 4.16 Implementasi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Perawatan Hari Ke-1

No	Implementasi	Tgl/ Jam	1	Hasil	Tgl/ Jam	2	Hasil
1	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	17 januari  13.10	√	RR: 40 x/m N: 128 x/m S: 36,2°C	07 februari  14.15	√	RR: 30 x/m N: 140 x/m S: 36,8°C
2	Auskultasi suara napas, catat area terdapatnya penurunan/ tidak adanya suara napas	13.15	√	ronki pada semua lapang dada	14.20	√	ronki pada semua lapang dada
3	Pengaturan posisi: mengubah posisi	13.18	√	Pasien tenang dan	14.22	√	Pasien tenang dan batuk

	pasien atau bagian tubuh pasien secara sengaja untuk memfasilitasi kesejahteraan fisiologi dan psikologi klin serta memaksimalkan ventilasi			batuk berkurang			berkurang
4.	Memantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan	13.18	V	Bernafas dangkal	14.22	V	Bernafas cepat dangkal
5.	Kesimetrisan pergerakan dada, penggunaan otot bantu	13.19	V	Pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas	14.23	V	Pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas
6.	Monitor sekresi pernapasan	13.20	V	Ada penghambat saat bernafas	14.24	V	Ada penghambat saat bernafas
7.	Memonitor dispnea	13.21	V	Tidak ada dispnea	14.25	V	Tidak ada dispnea
8.	Memantau peningkatan kegelisahan, ansietas	16.30	V	Menangis jika batuk	15.30	V	Menangis jika batuk
9.	Lakukan fisioterapi dada - Clapping	-	-	-	14.22	V	pasien tampak tenang dan terdiam
10.	Melakukan terapi nebulier	16.35	V	Nebulizer pz + combivent ¼	15.32	V	Nebulizer pz + combivent ¼
11.	Menganjurkan keluarga memberikan minum ASI	16.35	V	Ibu pasien memberikan ASI	15.32	V	Ibu pasien memberikan ASI

12.	Kolaborasi terapi farmakologi IV line	16.00	V	1. Injeksi Indexon 100mg 2. Injeksi cefotaxim 250 mg 3. Injeksi antrain 100 gr	16.21	V	1. Injeksi Indexon ¼ 2. Injeksi Antrain 100gr 3. Cefotaxim 250mg
13	Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi infuse	16.15	V	Infuse D5 ½ NS	18.20	V	Infuse D5 ½ NS

Implementasi telah dilakukan yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan bahwa respiration rate (RR) pasien 1 yaitu 40 x/menit sedangkan pasien 2 diperoleh 30 x/menit. Untuk suhu pada pasien 1 dihari pertama pengkajian didapatkan 36,2°C sedangkan pasien 2 36,8°C, diketahui dari hasil tersebut tidak ada peningkatan suhu pada kedua pasien. Dari implementasi poin kedua yaitu auskultasi suara napas dengan mencatat area penurunan atau tidak adanya suara napas tambahan, hasil pada pasien 1 di pemeriksaan pernafasan terdengar suara nafas tambahan pada semua lapang paru yaitu ronkhi. Sama halnya pasien 2 mengalami peningkatan frekuensi pernafasan dan terdapat suara ronkhi pada semua lapang paru, kedua pasien mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Pengaturan posisi juga masuk dalam implementasi, kedua pasien dengan umur < 1 tahun belum dapat duduk sendiri, dibantu orangtua atau dengan disedengkapkan saat digendong. Dari intervensi yang telah dibuat dapat semua terlaksana kecuali pemberian oksigenisasi dan fisioterapi dada: clapping pada pasien 1 dan ada beberapa poin yang harus ditambahkan dalam implementasi yaitu berupa pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai pentingnya minum air hangat atau ASI pada kedua pasien. Menurut teori (Bulechek, 2013) implementasi yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah melakukan manajemen jalan napas, peningkatan batuk, pemantauan pernafasan. Sama halnya, menurut (Kyle, 2014) bantu mengencerkan sekresi mendorong dengan asupan cairan oral, dan mengubah posisi untuk memfasilitasi pengisian udara pada. Pada kedua pasien sudah di lakukan implementasi sesuai teori. Menurut peneliti penggunaan implementasi disesuaikan dengan fakta kondisi pasien.

Tabel 4.17 Implementasi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Perawatan Hari Ke-2

No	Implementasi	Tgl/ Jam	1	Hasil	Tgl/ Jam	2	Hasil
1	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	18 januari  07.02	√	RR: 38 x/m N: 126 x/m S: 36,0°C	08 februari  15.13	√	RR: 40 x/m N: 128 x.m S: 36,2°C
2	Auskultasi suara napas, catat area terdapatnya penurunan/ tidak adanya suara napas	07.20	√	terdapat ronki	15.14	√	terdapat ronki
3	Pengaturan posisi: menbah posisi pasien atau bagian tubuh pasien secara sengaja untuk memfasilitasi kesejahteraan fisiologi dan psikologi klin serta memaksimalkan ventilasi	07.21	√	Pasien tenang dan batuk berkurang	15.14	√	Pasien tenang dan batuk berkurang
4.	Memantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan	07.22	√	Bernafas dangkal	15.15	√	Bernafas dangkal
5.	Kesimetrisan pergerakan dada, penggunaan otot bantu	07.23	√	Pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas	15.16	√	Pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas
6.	Monitor sekresi pernapasan	07.24	√	Ada sumbatan saat bernafas, tapi tidak mengganggu saat bernafas, tidak ada otot	15.17	√	Ada sumbatan saat bernafas, tapi tidak mengganggu saat bernafas, tidak ada otot bantu nafas

				bantu nafas			
7.	Memonitor dispnea	07.24	V	Tidak ada dispnea	15.17	V	Tidak ada dispnea
8.	Memantau peningkatan kegelisahan, ansietas	07.24	V	Menangis jika batuk tidak bisa mengeluarkan dahak	15.17	V	Menangis jika batuk tidak bisa mengeluarkan dahak
9.	Lakukan fisioterapi dada - Clapping	-	-	-	15.35	V	Pasien tampak tenang
10	Melakukan terapi nebulier	09.00	V	Nebulizer pz + combivent ¼	15.40	V	Nebulizer pz + combivent ¼
11.	Menganjurkan keluarga memberikan minum ASI	09.10	V	Ibu pasien memberikan ASI	15.42	V	Ibu pasien memberikan ASI
12.	Kolaborasi terapi farmakologi IV line	12.00	V	1. Injeksi Indexon 100mg 2. Injeksi cefotaxim 250 mg 3. Injeksi antrain 100 gr	16.10	V	1. Injeksi Indexon ¼ 2. Injeksi Antrain 100gr 3. Cefotaxim 250mg
13.	Observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas	09.45	V	Tidak ada sesak, terdapat ronki, batuk tidak mengeluarkan secret, tampak gelisah jika batuk	15.15	V	Tidak ada sesak, terdapat ronki, batuk tidak mengeluarkan secret, tampak gelisah jika batuk
14.	Observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas	12.00	V	Tidak ada sesak, terdapat ronki, batuk tidak mengeluarkan secret,	17.20	V	Tidak ada sesak, terdapat ronki, batuk tidak mengeluarkan secret, tampak gelisah jika

				tampak gelisah jika batuk			batuk
--	--	--	--	---------------------------------	--	--	-------

Pada implementasi hari kedua yang paling diutamakan adalah observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu dispnea, suara nafas tambahan, perubahan irama dan frekuensi pernapasan, sianosis, kesulitan untuk berbicara, penurunan suara napas, batuk tidak efektif atau tidak ada, ortopnea, gelisah, dan mata terbelalak. Pada intervensi yang telah direncanakan yaitu terdapat terapi oksigen, terapi ini seharusnya dilakukan pemberian terapi oksigen dengan nasal kanul jika meninjau rumus kebutuhan oksigen, kebutuhan oksigen pada pasien 1 yaitu 1,9 – 2,5 lpm sedangkan pasien 2 berkebutuhan 1,4 – 1,9 lpm. Pada implementasi hari pertama dan kedua pasien 1 memiliki perbedaan dengan pasien 2 mengenai fisioterapi dada clapping, pasien 2 mendapatkan tindakan tersebut. Hal ini terjadi karena pasien 1 post pemasangan Ventriculoperitoneal Shunt atau sering disebut VP shunt. VP Shunt dipasang pada ventrikel otak sampai perut dilakukan untuk melepaskan tekanan dalam otak karena pasien 1 telah didiagnosa hidrosepalus saat berusia 5 bulan. Menurut teori pemberian oksigen, oksigen diberikan untuk mengatasi hipoksemia, menurunkan usaha untuk bernafas (Samuel, 2014). Terapi inhalasi menggunakan obat combivent juga akan melebarkan saluran pernafasan bagian bronkus sehingga sesak dan bunyi nafas tambahan berkurang (Putri, 2017). Pada pasien 1 dan 2 masih mendapatkan terapi yang sama dengan hari pertama dirawat kecuali fisioterapi dada clapping.

Tabel 4.18 Implementasi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Perawatan Hari Ke-3

No	Implementasi	Tgl/ Jam	1	Hasil	Tgl/ Jam	2	Hasil
1	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	19 januari  07.10	√	RR: 35 x/m N: 125 x/m S: 36,5°C	09 februari  14.13	√	RR: 44 x/m N: 144 x.m S: 36,2°C
2	Observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas	07.20	√	Tidak ada sesak, tidak terdapat ronki	14.30	√	Sesak, terdapat ronki dan wheezing, batuk tidak mengeluarkan

							secret, tampak gelisah jika batuk
3	Pengaturan posisi: menbah posisi pasien atau bagian tubuh pasien secara sengaja untuk memfasilitasi kesejahteraan fisiologi dan psikologi klin serta memaksimalkan ventilasi	07.21	√	Tidak mengalami batuk	14.35	√	Pasien gelisah
4.	Memantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan	07.21	√	Pernafasan biasa	14.35	√	Pernafasan biasa
5.	Kesimetrisan pergerakan dada, penggunaan otot bantu	07.22	√	Pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas	14.36	√	Pergerakan dada simetris, ada otot bantu nafas interkostalis
6.	Monitor sekresi pernapasan	07.23	√	Hambatan saat bernafas berkurang	14.36	√	Ada penghambat saat bernafas
7.	Memonitor dispnea	07.23	√	Tidak ada dispnea	14.36	√	Ada dispnea
8.	Memantau peningkatan kegelisahan, ansietas	07.23	√	Tidak ada gelisah	14.36	√	Pasien gelisah saat batuk
4	Kolaborasi fisioterapi dada - Clapping	-	-	-	14.38	√	Pasien tampak menangis
5	Melakukan terapi nebulier	07.30	√	Nebulizer pz + combivent ¼	-	-	-
6	Menganjurkan keluarga memberikan minum terutama ASI	07.40	√	Ibu pasien memberikan ASI	14.42	√	Ibu pasien memberikan ASI

7	Kolaborasi terapi farmakologi IV line	07.45	V	1. Injeksi Indexon 100mg 2. Injeksi cefotaxim 250 mg 3. Injeksi antrain 100 gr	-	-	-
8	Observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas	09.45	V	Tidak ada sesak, tidak terdapat ronki	15.00	V	Sesak, terdapat ronki dan mengi, batuk tidak mengeluarkan secret, tampak gelisah jika batuk
9	Observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas	-	-	-	-	-	-

Dari beberapa implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 disesuaikan pada kondisi pasien. Pada pasien 1 tidak memiliki keluhan dan diperbolehkan pulang dengan obat pulang yaitu antibiotic dan obat penurun demam jika tiba-tiba terjadi peningkatan infeksi, sedangkan pasien 2 kondisinya semakin memburuk dengan suara nafas tambahan berupa mengi di rumah. Pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga sangat penting pada situasi yang dialami pasien 1 dan 2. Menurut (Dicky, 2017) tingkat kesembuhan anak dengan bronkopneumonia ditinjau dari lingkungan mikro yang diartikan sebagai pendidikan dan pengetahuan ibu mengenai penyakit dan pemberian nutrisi untuk anaknya, lingkungan mini dimaksud dengan dukungan dari lingkungan rumah menuju kesembuhan, jika lingkungan meso ditujukan untuk sarana dan prasarana yang memberikan pelayanan untuk menunjang kesembuhan pasien, sedangkan diperluaskan dengan lingkungan makro yaitu organisasi yang berkecimpung dalam kesehatan anak. Menurut teori juga edukasi pada keluarga tentang penyakit bronkopneumonia dan adanya faktor predisposisi, memberikan dukungan pada keluarga untuk meningkatkan status gizi pasien supaya daya tahan tubuh pasien bertambah akan mengurangi dan mencegah penyakit muncul (Sakina, 2016). Melalui edukasi kesehatan ini, diharapkan keluarga mampu mencegah penyakit dengan meningkatkan sistem kekebalan tubuh anak dan mengetahui gejala-gejala yang akan muncul jika penyakit bronkopneumonia terulang kembali.

## 4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.19 Evaluasi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pada Hari Ke-1

No	Kriteria Hasil	Pasien 1	Pasien 2
1	Irama nafas regular	V	V
2	Frekuensi pernafasan	RR: 40 x/menit	RR: 30 x/menit
3	Kedalaman inspirasi	Nafas dangkal	Nafas dangkal
4	Kemampuan untuk mengeluarkan secret	Tidak mampu	Tidak mampu
5	Akumulasi sputum berkurang	-	-
6	Nafas tambahan	Ada	Ada
7	Tidak ada suara nafas tambahan (ronki, mengi)	Ronkhi pada semua lapang paru	Ronkhi pada semua lapang paru

Dari evaluasi hari pertama saat kedua pasien dirawat pada hari kedua, hasil evaluasi pasien 1 didapatkan irama nafas regular, frekuensi pernafasan 40 x/menit, kedalaman inspirasi dangkal tidak cepat, tidak mampu mengeluarkan sekret, terdapat nafas tambahan berupa ronkhi yang jelas pada semua lapang paru, sedangkan pada pasien 2 didapatkan persamaan hanya berbeda di frekuensi pernafasan yaitu 30 x/menit. Dari evaluasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas kedua pasien masalah belum teratasi dibuktikan dari ronkhi pada semua lapang paru masih terjadi di kedua pasien, Akumulasi sputum belum berkurang dari awal pengkajian. Menurut tinjauan teori anak dengan bronkopneumonia akan mengalami batuk produktif tetapi tidak bisa mengeluarkan dahak, terdapat suara nafas tambahan, gelisah, dispnea, pernafasan cepat dan dangkal disertai demam serta sianosis (Riyadi, 2009). Sama halnya menurut (Fadhila, 2013) gejala yang akan muncul diawal yaitu ronkhi, sesak nafas, batuk. Dihari kedua dirawat di rumah sakit kedua pasien belum mengalami perubahan perkembangan menjadi membaik, karena menurut (Fadhila, 2013) keluhan tidak menghilang begitu saja tetapi berangsur-angsur dengan pengobatan simptomatis dan suportif yang telah dilakukan. Dari teori tersebut dapat disimpulkan manifestasi pada pasien 1 dan 2 masih muncul pada evaluasi hari pertama.

Tabel 4.20 Evaluasi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pada Hari Ke-2

No	Kriteria Hasil	Pasien 1	Pasien 2
1	Irama nafas regular	V	V
2	Frekuensi pernafasan	RR: 38 x/menit	RR: 40 x/menit

3	Kedalaman inspirasi	Nafas dangkal	Nafas dangkal
4	Kemampuan untuk mengeluarkan secret	Tidak mampu	Tidak mampu
5	Akumulasi sputum berkurang	V	V
6	Nafas tambahan	Ada	Ada
7	Tidak ada suara nafas tambahan (ronki, mengi)	Ronkhi pada sebagian lapang paru	Ronkhi pada semua lapang paru

Dari tabel evaluasi hari kedua diatas berhubungan dengan implementasi hari kedua di atas terjadi penurunan frekuensi pernafasan pada pasien 1 jika ditinjau dari evaluasi hari pertama yaitu 38 x/menit, hal ini diperkuat dengan suara nafas tambahan pada pasien berkurang dan hilang sebagian sedangkan berbeda pada pasien 2 terjadi peningkatan frekuensi pernafasan yaitu 40 x/menit dibuktikan dengan suara nafas tambahan masih sama dengan evaluasi pertama. Dapat disimpulkan bahwa hasil pada pasien 1 didapatkan suara nafas tambahan dengan auskultasi ronkhi pada sebagian lapang paru, suara ronkhi berkurang dari evaluasi hari pertama sedangkan pasien 2 masih sama dengan hari pertama, suara ronkhi terjadi di semua lapang paru. Untuk kemampuan untuk mengeluarkan sekret kedua pasien mengeluarkan sekret yang tertahan secara mandiri, sama halnya pada evaluasi hari pertama. Pada implementasi hari pertama dan kedua sama, hanya ditambahkan observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan nafas selama 3 jam sekali, tetapi kondisi pasien perkembangan kesembuhan pasien berbeda. Menurut teori kesembuhan penderita ditinjau dari gejala dan tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas telah berkurang atau hilang, asupan adekuat, pemberian antibiotic dapat diteruskan dirumah (peroral) dan pengobatan yang tepat serta gizi yang baik memberikan respon baik pada bronkopneumonia yang ditandai dengan perbaikan klinis yang cepat dan masa rawat yang singkat (Adityo, 2015). Sama halnya menurut Abdullah, 2003 dalam (Paramanindi, 2014) menyatakan bahwa keberhasilan terapi juga didukung oleh terapi suportif berupa pemberian fisioterapi dada, memantau status hidrasi dan status ASI eksklusif. Menurut peneliti tingkat kesembuhan pasien dapat dipengaruhi oleh cairan yang adekuat dan ansietas anak dengan bronkopneumonia yang dirawat.

Tabel 4.21 Evaluasi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pada Hari Ke-3

No	Kriteria Hasil	Pasien 1	Pasien 2
1	Irama nafas regular	V	V
2	Frekuensi pernafasan	RR: 35 x/menit	RR: 44 x/menit
3	Kedalaman inspirasi	Nafas biasa	Nafas biasa

4	Kemampuan untuk mengeluarkan secret	Tidak mampu	Tidak mampu
5	Akumulasi sputum berkurang	V	Tidak
6	Nafas tambahan	Tidak ada	Ada
7	Tidak ada suara nafas tambahan (ronki, mengi)	Tidak ada	Ronkhi dan mengi pada semua lapang paru

Dari tabel di atas dapat diperoleh dalam poin ke tiga yaitu kedalaman inspirasi pada pasien 1 nafas dangkal sedangkan pada pasien 2 mengalami perubahan dengan evaluasi hari sebelumnya yaitu nafas terlihat cepat dan dangkal. peningkatan frekuensi pernafasan juga terjadi pada pasien 2 yaitu 44 x/menit, Nampak sesak didukung dengan adanya suara nafas tambahan ronkhi dan mengi pada pemeriksaan dengan auskultasi pernafasan pada pasien 2. Disimpulkan hasil pada pasien 1 sudah tidak mengalami tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas ditandai dengan tidak adanya suara nafas tambahan berupa ronkhi. Sedangkan pada pasien 2 di lakukan evaluasi di rumah yaitu kondisi pasien memburuk dengan adanya suara tambahan berupa ronkhi dan mengi di lapang paru.

Menurut teori anak dengan bronkopneumonia yaitu prognosis pada kasus ini baik, umumnya akan sembuh spontan dalam 2-3 minggu dengan tatalaksana dengan pengobatan simptomatis dan supportif (Fadhila, 2013). Pada pasien 1 sudah mendapat perawatan 3 hari di Rumah sakit dan sudah di perbolehkan pulang karena kondisinya yang sudah membaik dan terapi pulang juga pada tanggal 19 Januari 2018 sedangkan pada pasien 2 pulang dengan kondisi memburuk pada hari kedua sejak pengkajian. Didapatkan bahwa perawatan di rumah sakit pada anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas selama 3 hari mampu menyelesaikan minimal 3 kriteria hasil berupa irama nafas reguler, frekuensi pernafasan dalam batas normal, dan kedalaman pernafasan.

## BAB 5. PENUTUP

Setelah menguraikan dan membahas asuhan keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang, maka pada bab ini penulis akan merangkum, menyimpulkan dan menyampaikan saran untuk memperbaiki asuhan keperawatan di kemudian hari.

### 5.1 Kesimpulan

Hasil eksplorasi pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu:

#### 5.1.1 Pengkajian

Batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan nafas menurut Wilkinson tahun 2016 berjumlah 11 batasan karakteristik. Sebanyak 7 batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang muncul pada pasien diantaranya suara nafas tambahan (ronkhi), perubahan frekuensi pernafasan, kesulitan untuk berbicara, penurunan suara nafas, batuk tidak efektif/ tidak ada, dan gelisah.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada pasien Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan yang sama yakni ketidakefektifan bersihan jalan nafas dalam teori Wilkinson tahun 2016 dengan etiologi yang sama yaitu sekresi yang berlebihan. Diagnosa keperawatan diagnose utama yang muncul pada kedua pasien adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan memenuhi 7 batasan karakteristik, tetapi tidak semua batasan karakteristik ada pada kedua pasien. Menurut peneliti. Selain diagnose utama, diagnose lain yang muncul pada kedua pasien yaitu cemas/ ansietas pada anak atau orang tua berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi anak.

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Tidak semua intervensi pada teori diterapkan pada kedua pasien, karena intervensi yang disusun disesuaikan dengan kondisi kedua pasien. Ada 3 kelompok besar intervensi yang dilakukan yaitu manajemen jalan nafas, peningkatan batuk dan pemantauan pernafasan. Dari semua intervensi

keperawatan yang telah direncanakan pada tinjauan teori BAB 2, hanya 13 intervensi yang dapat dilakukan pada kedua pasien. Hal tersebut terjadi dengan meninjau kondisi, usia dan faktor penghambat lainnya pada kedua pasien. Pada rincian intervensi melakukan suctioning secret, hal itu tidak bisa pada pasien anak yang tidak mengalami penurunan kesadaran.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah direncanakan, tetapi tidak semua intervensi yang dapat dilakukan pada pasien dengan Bronkopneumonia ini. Pada kedua pasien dilakukan implementasi keperawatan berupa pengaturan posisi, pendidikan kesehatan, fisioterapi dada, dan yang paling terpenting dari implementasi yaitu setiap 3 jam melakukan observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas pada kedua pasien.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa perawatan di rumah sakit pada anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas mampu menyelesaikan 3 dari 7 kriteria hasil berupa irama nafas reguler, frekuensi pernafasan dalam batas normal, dan kedalaman inspirasi.

## 5.2 Saran

Hal ini berguna untuk asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia mencapai keberhasilan dan bermanfaat bagi pembaca. Maka berikut saran peneliti, diantaranya:

#### 5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian Asuhan Keperawatan Anak Bronkopneumonia pada an. D dan an. J dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Bougenville 7 RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018 sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

#### 5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan Bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Hal ini dikarenakan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada pasien Bronkopneumonia dapat menimbulkan komplikasi lainnya. Perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang tepat sesuai dengan kondisi, usia, fase perkembangan dan faktor penghambat lainnya yang dialami pasien dengan bronkopneumonia khususnya dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

### 5.2.3 Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga dapat membantu mengurangi timbulnya penyakit Bronkopneumonia. Keluarga juga harus mengetahui cara perawatan pasien Bronkopneumonia dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Hal ini bertujuan agar keluarga berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien, dan keluarga dapat melakukan perawatan lebih lanjut setelah pasien diperbolehkan pulang ke rumah serta mengetahui adanya tanda/gejala kejadian Bronkopneumonia berulang.

### 5.2.4 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang

Diharapkan rumah sakit memiliki teknik khusus saat *Discharger Planning* di ruang Anak Bougenville. Hal ini dikarenakan pasien dengan penyakit Bronkopneumonia semakin meningkat dan rata-rata pasien tersebut kembali mengalami penyakit yang sama berulang.

### 5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik saat pengkajian keperawatan masalah dan keluhan pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada pasien Bronkopneumonia, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara terstruktur dan maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan yang lain. Berdasarkan hasil laporan kasus penulis, Batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan nafas berjumlah 11 batasan karakteristik. Sebanyak 7 batasan karakteristik ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang muncul pada pasien diantaranya suara nafas tambahan (ronkhi), perubahan frekuensi pernafasan, kesulitan untuk berbicara, penurunan suara nafas, batuk tidak efektif/ tidak ada, dan gelisah.

Ditinjau dari studi kasus yang dilakukan penulis tentu masih jauh dari kata sempurna dan berpengaruh pada hasil dari studi kasus yang telah dilakukan. Keterbatasan tersebut diantaranya pengambilan data diambil secara berulang-ulang diwakili keluarga khususnya ibu pasien, karena kedua pasien masih berusia kurang dari 1 tahun dan diketahui bahwa usia tersebut pasien masih bergantung pada orang tua. Ansietas anak dengan tenaga medis juga berpengaruh pada hasil penelitian, kendala ini membuat observasi tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan nafas dihentikan dan dilanjutkan kembali setelah pasien tenang. Hambatan lain yaitu waktu pengambilan data pada pasien ke 2 dilakukan dirumah karena keluarga mengalami ketidakcukupan perekonomian, hal ini menghambat pemberian terapi yang telah direncanakan berubah menjadi obat oral dan membuat tindakan keperawatan difokuskan pada pendidikan kesehatan mengenai bronkopneumonia saja.

Perawatan pada anak bronkopneumonia dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas selama 3 hari kurang efektif dengan 3 intervensi, intervensi tersebut hanya mampu menyelesaikan minimal 3 kriteria hasil berupa irama nafas reguler, frekuensi pernafasan dalam batas normal, dan akumulasi sekret berkurang. Seharusnya peneliti selanjutnya menambahkan intervensi keperawatan yang sesuai dengan usia dan kondisi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, A. (2014). Pneumonia pada Anak Balita di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 8, No. 8, Mei 2014* , 360.
- Betz, C. L., & Sowden, L. A. (2009). *Buku Saku: Keperawatan Pediatri*. Jakarta: EGC.
- Budiono dan Pertami, S. B. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Bulechek, G. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) edisi keenam*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Danusantoso, H. (2012). *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: EGC.
- Dicky, A. (2017). Tatalaksana Terkini Bronkopneumonia Pada Anak. *J Medula Unila* , 11.
- Dinkes Jatim, P. (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur.
- Djaelani, A. R. (2013). Tehnik Pengumpulan Data Dalam Penelitian Kualitatif. *Majalah Ilmiah Pawiyatan* .
- Fadhila. (2013). Penegakan Diagnosis dan Penatalaksanaan Bronkopneumonia pada pasien bayi laki-laki berusia 6 bulan. *Medula* , 7.
- GASS, D. (2013). Bronkopneumonia. *medula* , 48.
- Heardman, T. H. (2015). *Diagnosa Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Indonesia, K. R. (2009, November 4). *Pneumonia, penyebab kematian utama balita*. Retrieved November 4, 2009, from ministry of health republic indonesia: <http://www.depkes.go.id>
- Kemendes, R. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RO.
- Kesehatan Indonesia, D. (2005). *Profil Kesehatan Indonesia 2005*. Jakarta: Depkes RI.
- kurniawan, m. (2014). penatalaksanaan fisioterapi pada kasus bronchopneumonia. *fisioterapi* , 13.
- Kyle, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. Jakarta: EGC.

- Mardalis. (2014). *Metode Penelitian (Suatu Pendekatan Proposal)*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan Anak dengan Gangguan Pernafasan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Mboi, N. (2013). Riset Kesehatan Dasar. *Riskesdas 2013* , 6.
- Meadow, s. r. (2005). *keperawatan anak*. Jakarta: Penerbit erlangga.
- Moorhead, S. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi kelima*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Nurarif, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Yogyakarta: Graha mediation.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawat*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, D. (2005). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Putri, A. (2017). Penerapan Terapi Inhalasi Untuk Mengurangi Gejala Sesak Nafas Pada Anak Dengan Bronkopneumonia. 12.
- Ridha, H. (2014). *Buku ajar keperawata anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Riyadi, S. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rokhmah, d. (2014). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jember: Jember University Press.
- Rudan, I. d. (2008). Epidemiology and Etiology of Childhood of Pneumonia. *Buletin of World Health Organizer* , 414.
- Sakina, M. (2016). Manajemen Bronkopneumonia Pada Bayi 2 Bulan Dengan Riwayat Lahir Prematur. *J Medula Unila* , 5.
- Sujono, K. (2009). *Asuhan keperawatan ada anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Taher, A. d. (2014). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia.
- Widyatamma, T. (2010). *Kamus Keperawatan (Complete Edition)*. Jakarta: Penerbit widyatamma.
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosis Keperawatan: diagnosis NANDA:I, Intervensi NIC, hasil NOC*. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

## JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																															
	OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian																																
Konfirmasi Penelitian																																
Konfirmasi Judul																																
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																
Sidang Proposal																																

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	AUG				SEP				OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Judul				■	■																															
Penyusunan Proposal Studi Kasus					■	■	■	■	■																											
Sidang Proposal									■																											
Revisi									■	■	■	■	■																							
Pengumpulan Data													■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Analisa Data													■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Konsul Penyusunan Data																					■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Ujian Sidang																													■							
Revisi																																				
Pengumpulan Studi Kasus																																				



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax (0334) 881586 e-mail kesbangpol@lumajang.go.id  
 LUMAJANG - 67313

**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN**  
 Nomor 072/067/427/75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;  
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang
- Menimbang** : Surat Direktur Akademi Keperawatan Kab. Lumajang Nomor 422/907/427/55/28/2017 tanggal 29 Desember 2017, perihal Izin Pengambilan Data atas nama FARADITA TRIA SEPTIANI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : FARADITA TRIA SEPTIANI
2. Alamat : Jl. Lawu no 23, RT/RW. 001/002 Kel. Palangka Kec. Jekan Raya Kota Palangkaraya
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Akademi Keperawatan / 15.149
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan :

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Diruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang
2. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
3. Penanggung jawab : Nurul Hayati, S. Kep., Ners., MM
4. Anggota/Peserta : 1 Sdr. Nurul Hayati, S. Kep., Ners., MM
5. Waktu Penelitian : 8 Januari 2018 s/d 30 Mei 2018
6. Lokasi Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
  3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Sehubungan Yth

1. Bpk Bupati Lumajang (sebagai laporan)
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Direktur Akademi Keperawatan Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan

Lumajang, 8 Januari 2018  
 Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik  
 KABUPATEN LUMAJANG

Kepala Badan Hubungan Antar Lembaga



Lembar 1

  
**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**AKADEMI KEPERAWATAN**  
Jl. Brigjen Katamsi Telp. (0334) 882262 885920 Fax (0334) 882262  
**LUMAJANG**

---

**KEPUTUSAN DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN**  
**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**

Nomor : 422/90/427.55.28/2017

TENTANG

**LJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH**

Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188/472/427.55.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 05 Oktober 2017

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : FARADITA TRIA SEPTIANI  
NIM : 15 049  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tempat/ Tgl lahir : Pangkalan Bun, 25 September 1997  
Alamat : Jl. Lawu no.23, RT/RW: 001/012, Kel: Palangka, Kec: Jekan Raya  
Kota Palangka Raya

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

**“Asuhan Keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang”**

Dengan pembimbing :

I. Musviro, S.Kep., Ners

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang  
Pada tanggal : 29 Desember 2017  
Direktur  
  
Nery Jayati, S.Kep.Ners.MM  
NIP. 196506291987032008

Tembusan :  
Yth. Bpk/Ibu Pembimbing mohon dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Lampiran 2

## Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN RESPONDEN**  
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat persetujuan peserta penelitian:

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ny M.  
Umur : 29th  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Selok Anyar, Pasirian

Setelah mendapatkan penjelasan yang secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN  
BERSIHAN JALAN NAPAS DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2017**

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, maka berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian



Faradita Tria Septiani  
NPM. 15049

Lumajang, 2017

Yang menyetujui  
Peserta Penelitian



(..... Ny Nurik.....)

Lampiran 2

## FORMULIR PERSETUJUAN RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat persetujuan peserta penelitian:

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ny. Sutilah  
Umur : 47th  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Yosowilangun, Lumajang

Setelah mendapatkan penjelasan yang secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BRONKOPNEUMONIA  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN  
BERSIHAN JALAN NAPAS DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2017**

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, maka berhak-membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 17 Januari 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Yang menyetujui  
Peserta Penelitian



Faradita Tria Septiani  
NPM. 15049



(Sutilah.....)

*Lampiran 3***Daftar Pertanyaan****1. Identitas Pasien Pasien 1**

- 1.1 Inisial pasien : An. D  
1.2 Umur : 9 bulan 27 hari  
1.3 Jenis Kelamin : Laki-laki

**2. Identitas Penanggung Jawab**

- 2.1 Nama : Ny. S  
2.2 Umur : 44 tahun  
2.3 Hubungan dengan pasien : Ibu pasien  
2.4 Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
2.5 Agama : Islam  
2.6 Alamat : Kebonan, Yosoilangun  
2.7 Apakah dikeluarga ada yang merokok? Ada, ayah dari pasien

**3. Riwayat Kesehatan**

- 3.1 Keluhan utama anak penderita bronkopneumonia  
3.1.1 Apakah pasien mengalami batuk? Ya, batuk  
3.1.2 Jika pasien mengalami batuk berdahak, apakah pasien bisa mengeluarkan dahak? Tidak  
3.1.3 Apakah pasien mengalami peningkatan frekuensi pernapasan? Ya, sesak  
3.1.4 Apakah pasien mengalami letargi, tidak mau makan, muntah, atau diare? Letargi, tidak muntah, tidak diare

**4. Riwayat Kesehatan Dahulu**

- 4.1 Apakah pasien pernah mengalami sumbatan jalan napas saat dilahirkan? Tidak  
4.2 Apakah pasien pernah mengalami penyakit kronik/ akut? pernah  
4.3 Apakah pasien mempunyai alergi (makanan, obat)? Tidak ada  
4.4 Imunisasi apa yang telah dilakukan? HB, BCG, DPT, Polio  
4.5 Apakah pasien pernah mengalami ISPA? Tidak pernah  
4.6 Apakah pasien pernah terpajan asap rokok? Pernah, sewaktu dirumah

4.7 Apakah pasien pernah mengalami bronkopneumonia? Tidak pernah

### **5. Pola Persepsi sehat-penatalaksanaan sehat**

5.1 Persepsi orangtua/ wali jika anak penderita bronkopneumonia sakit? batuk

5.2 Pelayanan kesehatan yang dituju jika anak penderita bronkopneumonia sakit?  
puskesmas

### **6. Pola metabolic nutrisi**

6.1 Makanan yang dimakan dan porsi makanan sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? Nasi dan sayur, ¼ porsi dewasa

6.2 Minuman yang diminum dan berapa gelas sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? ASI dan air mineral

6.3 Makanan yang dimakan dan porsi makanan saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? Nasi dan sayur, 2-3 sendok dewasa

6.4 Minuman yang diminum dan berapa gelas saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? Setiap batuk dan gelisah minum ASI

6.5 Apakah anak memiliki alergi obat atau makanan? Tidak ada

6.6 Apakah terjadi penurunan nafsu makan? Ya

6.7 Apakah terjadi mual dan muntah selama dan sebelum sakit? Tidak mual dan muntah

6.8 Apakah masih ASI? Ya, masih

6.9 ASI berapa tahun? Kapan berhenti minum ASI? Sejak lahir-pengkajian (9 bulan)

### **7. Pola Eliminasi**

7.1 Pola eliminasi alvi dan urine sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? BAB: 1 kali sehari, BAK: 3 pampers penuh/ hari

7.2 Pola eliminasi alvi dan urine saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? BAB: Tidak BAB, BAK: 3 pampers penuh/hari

7.3 Apakah mengalami diare? tidak

7.4 Apakah mengalami penurunan produksi urine? tidak

### **8. Pola Tidur- istirahat**

8.1 Berapa jam tidur dan istirahat sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit?

8.2 Berapa jam tidur dan istirahat saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit?

8.3 Apakah mengalami kesulitan tidur? Ya, karena batuk



## Daftar Pertanyaan

### 2. Identitas Pasien Pasien 2

- 1.1 Inisial pasien : An. J  
1.2 Umur : 4 bulan 18 hari  
1.3 Jenis Kelamin : Laki-laki

### 2. Identitas Penanggung Jawab

- 2.1 Nama : Ny. M  
2.2 Umur : 29 tahun  
2.3 Hubungan dengan pasien : Ibu klien  
2.4 Pekerjaan : Petani  
2.5 Agama : Islam  
2.6 Alamat : Selok anyar, Pasirian  
2.7 Apakah dikeluarga ada yang merokok? Ada, Kakek dan ayah pasien

### 3. Riwayat Kesehatan

- 3.1 Keluhan utama anak penderita bronkopneumonia  
3.1.1 Apakah pasien mengalami batuk? Ya  
3.1.2 Jika pasien mengalami batuk berdahak,apakah pasien bisa mengeluarkan dahak? Tidak  
3.1.3 Apakah pasien mengalami peningkatan frekuensi pernapasan? Ya, sesak  
3.1.4 Apakah pasien mengalami letargi, tidak mau makan, muntah, atau diare? tidak

### 4. Riwayat Kesehatan Dahulu

- 4.1 Apakah pasien pernah mengalami sumbatan jalan napas saat dilahirkan? Tidak  
4.2 Apakah pasien pernah mengalami penyakit kronik/ akut? Tidak  
4.3 Apakah pasien mempunyai alergi (makanan, obat)? Tidak  
4.4 Imunisasi apa yang telah dilakukan? HBO, campak, DPT, polio  
Kapan terakhir melakukan imunisasi?  
4.5 Apakah pasien pernah mengalami ISPA? Tidak  
4.6 Apakah pasien pernah terpajan asap rokok? Pernah, dilingkungan rumah  
4.7 Apakah pasien pernah mengalami bronkopneumonia? Tidak pernah

**5. Pola Persepsi sehat-penatalaksanaan sehat**

5.1 Persepsi orangtua/ wali jika anak penderita bronkopneumonia sakit? Batuk dan pilek

5.2 Pelayanan kesehatan yang dituju jika anak penderita bronkopneumonia sakit? Bidan desa

**6. Pola metabolic nutrisi**

6.1 Makanan yang dimakan dan porsi makanan sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? Pisang, bubur halus

6.2 Minuman yang diminum dan berapa gelas sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? ASI, air mineral, teh

6.3 Makanan yang dimakan dan porsi makanan saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? -

6.4 Minuman yang diminum dan berapa gelas saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? ASI

6.5 Apakah anak memiliki alergi obat atau makanan? Tidak ada

6.6 Apakah terjadi penurunan nafsu makan? tidak

6.7 Apakah terjadi mual dan muntah selama dan sebelum sakit? tidak

6.8 Apakah masih ASI? ASI sejak lahir – pengkajian (4 bulan)

6.9 ASI berapa tahun? Kapan berhenti minum ASI? Masih 4 bulan

**7. Pola Eliminasi**

7.1 Pola eliminasi alvi dan urine sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit? BAB: 1 kali sehari

7.2 Pola eliminasi alvi dan urine saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit?

BAB: 1 kali sehari

7.3 Apakah mengalami diare? Tidak

7.4 Apakah mengalami penurunan produksi urine? Tidak

**8. Pola Tidur- istirahat**

8.1 Berapa jam tidur dan istirahat sebelum anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit?

8.2 Berapa jam tidur dan istirahat saat anak penderita bronkopneumonia MRS atau sakit?

8.3 Apakah mengalami kesulitan tidur? Ya, karena batuk



## Lampiran 3

## Daftar Observasi

## 1. Observasi Tanda Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Hari Ke-1

NO	Batasan Karakteristik	Pasien1	Pasien 2
1.	Dispnea	-	-
2.	Suara napas tambahan		
	Crackle	-	-
	Rale	-	-
	Ronki	V	V
	Mengi	-	-
3.	Perubahan irama dan frekuensi pernapasan	V	V
4.	Sianosis	-	-
5.	Kesulitan untuk berbicara	V	V
6.	Penurunan suara napas	V	V
7.	Batuk tidak efektif atau tidak ada	V	V
8.	Ortopnea	-	-
9.	Gelisah	V	V
10.	Mata terbelalak	-	-

## 2. Observasi Tambahan

2.1 Observasi tanda-tanda vital anak penderita bronkopneumonia berupa:

No	Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
1.	Frekuensi Nadi	128 x/menit	140 x/menit
2.	Suhu Tubuh	36,2°C	36,8°C
3.	Frekuensi Pernafasan	40 x/menit	30 x/menit
4.	Observasi BB	7,9 kg	8,3 kg
5.	Observasi Warna kulit		
	Sianosis	-	-
	Anemia	-	-

## Lampiran 3

## Daftar Observasi

## 1. Observasi Tanda Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Hari Ke-2

NO	Batasan Karakteristik	Pasien1	Pasien 2
1.	Dispnea	-	-
2.	Suara napas tambahan		
	Crackle	-	-
	Rale	-	-
	Ronki	V	V
	Mengi	-	-
3.	Perubahan irama dan frekuensi pernapasan	V	V
4.	Sianosis	-	-
5.	Kesulitan untuk berbicara	V	V
6.	Penurunan suara napas	V	V
7.	Batuk tidak efektif atau tidak ada	V	V
8.	Ortopnea	-	-
9.	Gelisah	V	V
10.	Mata terbelalak	-	-

## 2. Observasi Tambahan

2.1 Observasi tanda-tanda vital anak penderita bronkopneumonia berupa:

No	Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
1.	Frekuensi Nadi	124 x/menit	144 x/menit
2.	Suhu Tubuh	36,0°C	36,2°C
3.	Frekuensi Pernafasan	38 x/menit	40 x/menit
4.	Observasi BB	7,9 kg	8,3 kg
5.	Observasi Warna kulit		
	Sianosis	-	-
	Anemia	-	-

## Lampiran 3

## Daftar Observasi

## 1. Observasi Tanda Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Hari Ke-3

NO	Batasan Karakteristik	Pasien1	Pasien 2
1.	Dispnea	-	V
2.	Suara napas tambahan		
	Crackle	-	-
	Rale	-	-
	Ronki	-	V
	Mengi	-	V
3.	Perubahan irama dan frekuensi pernapasan	V	V
4.	Sianosis	-	-
5.	Kesulitan untuk berbicara	V	V
6.	Penurunan suara napas	-	V
7.	Batuk tidak efektif atau tidak ada	V	V
8.	Ortopnea	-	-
9.	Gelisah	-	V
10.	Mata terbelalak	-	-

## 2. Observasi Tambahan

2.1 Obsevasi tanda-tanda vital anak penderita bronkopneumonia berupa:

No	Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
1.	Frekuensi Nadi	125 x/menit	144 x/menit
2.	Suhu Tubuh	36,5°C	36,2°C
3.	Frekuensi Pernafasan	38 x/menit	44 x/menit
4.	Observasi BB	7,9 kg	8,3 kg
5.	Observasi Warna kulit		
	Sianosis	-	-
	Anemia	-	-

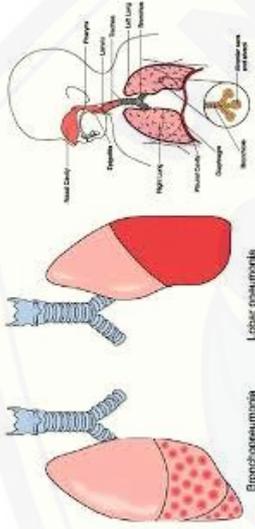
# “BRONKOPNEUMONIA”

?



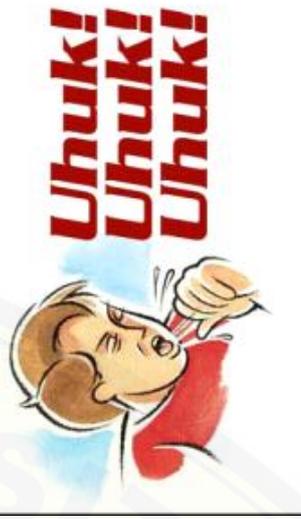
## Bronkopneumonia

suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus



## Tanda gejala

- Kesulitan bicara saat bernafas
- Batuk sering dan kadang berdahak
- Tidak nafsu makan
- Sesak nafas
- Demam
- Gelisah



## Penyebab

### Bronkopneumonia:

1. Streptokokus pneumonia,
2. Stapilokokus aureus,
3. Haemophilus influenza,
4. Jamur (seperti candida albicans), dan
5. Virus(Sujono, 2009).

**SATUAN ACARA PENYULUHAN  
BRONKOPNEUMONIA**



**Disusun Oleh:**  
FARADITA TRIA SEPTIANI  
152303101046

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



Setelah dilakukan penyuluhan tentang bronkopneumonia diharapkan audience mampu memahami dalam kehidupan sehari-hari.

C. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan audience mampu:

- 1) Menyebutkan definisi bronkopneumonia
- 2) Menyebutkan gejala pada pasien bronkopneumonia
- 3) Menyebutkan penyebab pada pasien bronkopneumonia

Pokok Materi

- 1) Definisi bronkopneumonia bronkopneumonia
- 2) Gejala pada pasien bronkopneumonia
- 3) Penyebab pada pasien bronkopneumonia

Metode

- 1) Ceramah
- 2) Tanya Jawab

D. Media

- 1) Lembar Balik
- 2) Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam pembukaan</li> <li>2. Perkenalan</li> <li>3. Apersepsi tentang bronkopneumonia</li> <li>4. Relevansi</li> <li>5. Kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab / merespon</li> <li>2. Memperhatikan</li> </ol>	Ceramah	3 menit
Penyajian	<p>Penyampaian materi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan definisi bronkopneumonia</li> <li>2. Menyebutkan gejala pada pasien bronkopneumonia</li> <li>3. Menyebutkan penyebab pada pasien bronkopneumonia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengarkan</li> <li>2. Memperhatika</li> <li>3. Mencatat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ceramah</li> <li>2. Demonstras</li> <li>3. Tanya jawab</li> </ol>	10 menit

Penutup	1. Mengevaluasi pengetahuan audience dengan memberi pertanyaan 2. Menyimpulkan isi materi 3. Tindak lanjut 4. Salam penutup	Menjawab	Tanya jawab	7 menit
---------	--	----------	-------------	---------

#### F. Materi

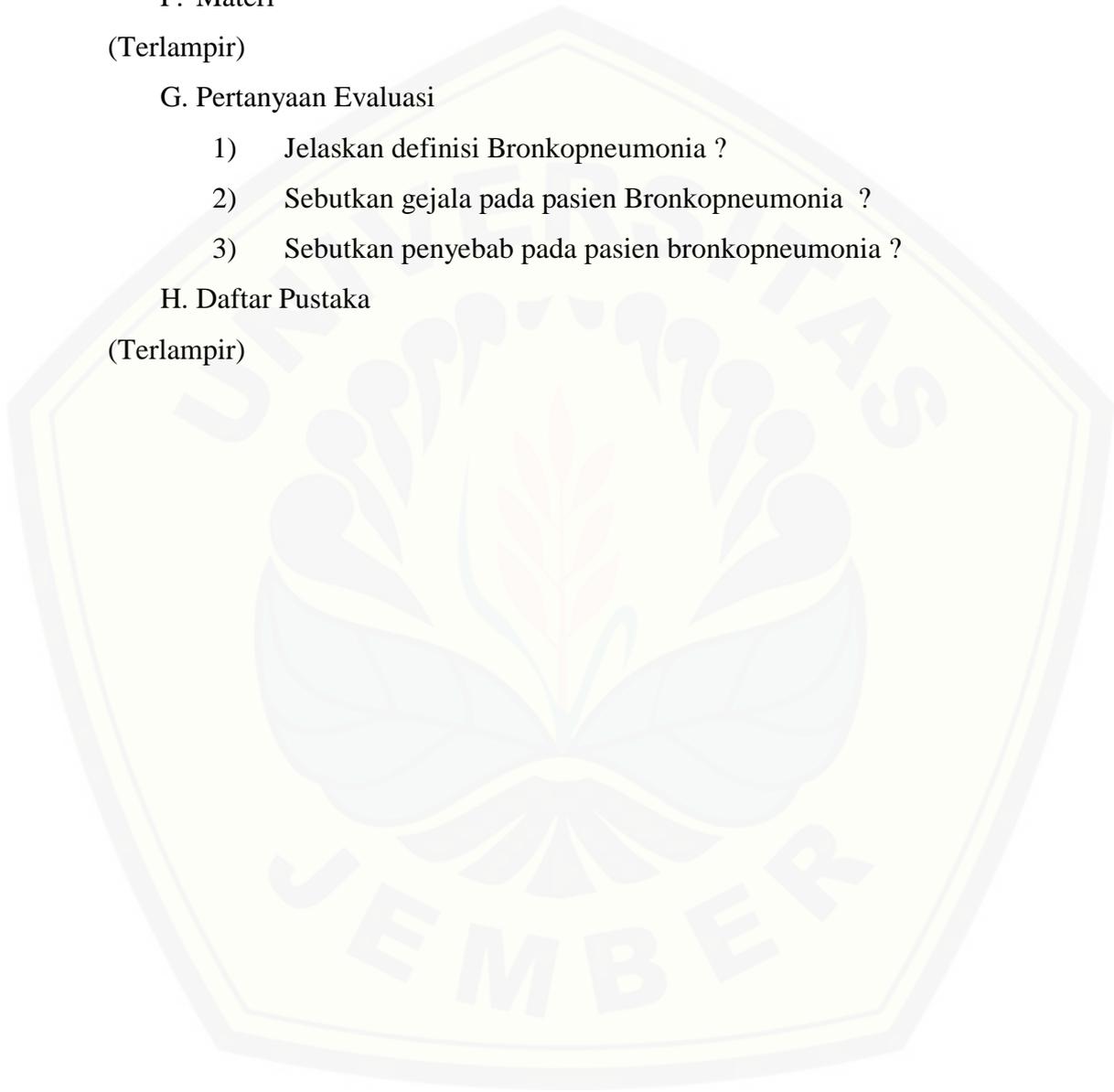
(Terlampir)

#### G. Pertanyaan Evaluasi

- 1) Jelaskan definisi Bronkopneumonia ?
- 2) Sebutkan gejala pada pasien Bronkopneumonia ?
- 3) Sebutkan penyebab pada pasien bronkopneumonia ?

#### H. Daftar Pustaka

(Terlampir)



## LAMPIRAN

### BRONKOPNEUMONIA

#### 1. Definisi Bronkopneumonia

Menurut klasifikasi Pneumonia, Bronkopneumonia diartikan sebagai Pneumonia Lobularis adalah suatu cadangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernafasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Riyadi, 2009). Bronkopneumonia adalah infiltrate yang tersebar pada kedua belahan paru. Dimulai pada bronkiolus terminalis, yang menjadi tersumbat oleh eksudat mukopurulent yang disebut juga “lobular pneumonia” (Ridha, 2014).

#### 2. Gejala Bronkopneumonia

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 39-40 °C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, dispnea, pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung serta sianosis sekitar muntah dan diare. Batuk biasanya tidak ditemukan pada permulaan penyakit, tetapi setelah beberapa hari mula-mula kering kemudian menjadi produktif. Hasil pemeriksaan fisik tergantung dari luas daerah auskultasi yang terkena. Pada perkusi sering tidak ditemukan kelainan dan pada auskultasi mungkin hanya terdengar ronki basah nyaring halus dan sedang. Bila sarang bronkopneumonia menjadi satu (konfluens) mungkin pada perkusi terdengar keredupan dan suara pernafasan pada auskultasi terdengar mengeras.

Anak yang lebih besar dengan pneumonia akan lebih suka berbaring pada sisi yang sakit dengan lutut tertekuk karena nyeri dada. Tanda pneumonia berupa retraksi (penarikan dinding dada bagian bawah ke dalam saat bernafas bersama dengan peningkatan frekuensi nafas) perkusi pekak, fremitus melemah, suara nafas melemah dan ronki. Pada neonatus dan bayi kecil tanda pneumonia tidak

selalu jelas. Efusi pleura pada bayi akan menimbulkan pekak perkusi (Riyadi, 2009).

### **3. Penyebab pada Pasien Bronkopneumonia**

Penyebab terjadinya *Bronkopneumonia* pada anak adalah pneumokokus sedang penyebab lainnya antara lain: streptococcus pneumoniae, stapilokokus aureus, haemophilus influenzae, jamur (seperti candida albicans), dan virus. Pada bayi dan anak kecil ditemukan staphylococcus aureus seperti penyebab yang berat, serius dan sangat progresif dengan mortalitas tinggi (Riyadi, 2009).

Penyebab tersering Bronkopneumonia pada anak adalah pneumokokus sedangkan penyebab lain:

2.1.3.1 Streptokokus pneumonia,

2.1.3.2 Stapilokokus aureus,

2.1.3.3 Haemophilus influenza,

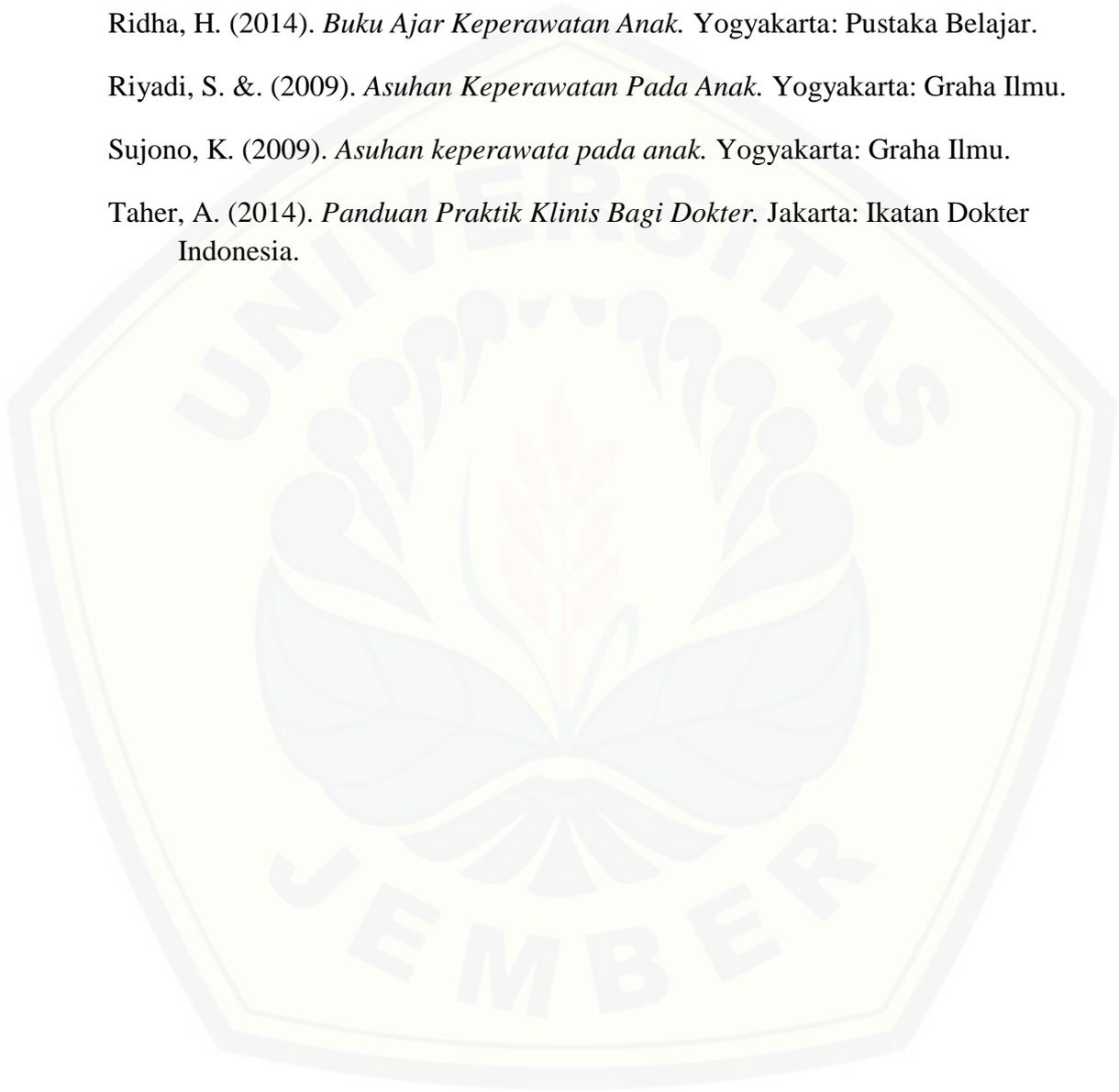
2.1.3.4 Jamur (seperti candida albicans), dan

2.1.3.5 Virus(Sujono, 2009).

Secara umum bronkopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulen organisme pathogen. Organ normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernapasan yang terdiri atas, reflek glous dan batuk, adanya lapisan mucus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ dan sekresi humoral setempat (Nurarif, 2016).

**DAFTAR PUSTAKA**

- Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan Anak dengan Gangguan Pernafasan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Nurarif, A. H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Jogjakarta: MediAction.
- Ridha, H. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Riyadi, S. &. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sujono, K. (2009). *Asuhan keperawata pada anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Taher, A. (2014). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia.



**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)****CARA MENYUSUI YANG BENAR**

PENGERTIAN	Teknik menyusui bayi adalah suatu urutan tindakan untuk menyusui bayi yang benar
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah pelaksanaan menyusui bayi secara benar
KEBIJAKAN	Tenaga kesehatan dapat melakukan sesuai dengan standar prosedur kerja yang berlaku
PROSEDUR	<p>A. PERSIAPAN Alat &amp; Bahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantal, kapas air hangat</li> <li>2. Lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>3. Ibu dalam keadaan rileks tanpa tekanan</li> <li>4. Bayi dengan selimut hangat</li> </ol>
	<p>B. PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas mencuci tangan</li> <li>2. Petugas menjelaskan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>3. Petugas memastikan privacy ibu terjaga</li> <li>4. Petugas menganjurkan ibu membersihkan puting susu dengan kapas hangat</li> <li>5. Petugas menganjurkan ibu menggendong bayinya, kemudian duduk</li> <li>6. Petugas memposisikan bayi sejajar dengan payudara</li> <li>7. Petugas menekan perlahan dagu bayi ke arah puting ibu</li> <li>8. Masukkan seluruh puting susu hingga areola ke mulut bayi</li> <li>9. Gunakan ibu jari untuk menekan bagian atas payudara, sedangkan jari lainnya menopang payudara bawah</li> <li>10. Pertahankan kontak mata selama proses menyusui</li> <li>11. Masukkan ibu jari kelingking ke salah satu sudut mulut bayi apabila akan menghentikan</li> </ol>

	<p>pemberian ASI</p> <p>12. Sendawakan bayi (posisikan bayi pronasi lalu tepu-tepuk perlahan bagian punggungnya)</p>
--	--



**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
FISIOTERAPI DADA: CLAPPING**

PENGERTIAN	Tindakan untuk melepaskan sekret dari saluran nafas bagian bawah
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi sekret</li> <li>B. Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret</li> </ul>
KEBIJAKAN	Tenaga kesehatan dapat melakukan sesuai dengan standar prosedur kerja yang berlaku
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. PERSIAPAN Alat &amp; Bahan               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tissue</li> <li>2. Bengkok</li> <li>3. Perlak/ alas</li> <li>4. Sputum pot berisi desinfektan</li> <li>5. Air minum hangat/ ASI</li> </ul> </li> <li>B. PELAKSANAAN               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga provacy pasien</li> <li>2. Mengatur posisi sesuai dengan gangguan paru</li> <li>3. Memasang perlak dan bengkok dipangkuan</li> <li>4. Melakukan clapping dengan cara tangan perawat menepuk punggung/ dada pasien secara bergantian</li> <li>5. Melakukan auskultasi paru</li> <li>6. Menunjukkan sikap hati-hati dan memperhatikan respon pasien</li> </ul> </li> </ul>