

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN  
PADA PASIEN BRONKOPNEUMONIA DI RUANG PEDIATRIC  
INTENSIVE CARE UNIT RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA TAHUN 2015**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DISUSUN OLEH :**  
**ARY KISWANTO, S. Kep**  
**NIM : 14.1130.825.0005**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2015**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan  
pada Pasien Bronkopneumonia di Ruang Psikhiatris Intensive Care Unit  
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Ary Kiswanto<sup>1</sup>, Ni Wayan Wiwin<sup>2</sup>

**INTISARI**

Bronkopneumonia ditandai dengan batuk berdahak dengan akumulasi sekret pada jalan nafas sebagai akibat dari proses inflamasi. Adanya akumulasi sekret pada saluran nafas dapat menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif, untuk mengatasi masalah tersebut dengan memberikan pelayanan keperawatan diantaranya berkolaborasi dengan tim medis untuk pengobatan selanjutnya secara cepat dan tepat dan fisioterapi dada untuk mencegah komplikasi yang lebih parah. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui bagaimana upaya pelaksanaan tindakan fisioterapi dada (perkusi dan vibrasi) dalam mengefektifkan bersihan jalan nafas pada anak. S umur 6 bulan dengan Bronkopneumonia di ruang PICU RSUD Abdul Wahab Syaranie Samarinda. Penelitian dilakukan pada tanggal 13 Febuari - 22 Febuari 2015. Hasil yang didapatkan setelah tindakan selama 6 hari dengan Pelaksanaan Tindakan Fisioterapi Dada (perkusi dan vibrasi) dapat di simpulkan bahwa intervensi yang dilakukan dapat mengatasi bersihan jalan nafas ditandai dengan suara nafas tambahan ronchi berkurang, RR 55 kali per menit, irama nafas teratur. Dengan adanya penelitian ini diharapkan pada perawat dapat menggunakan intervensi keperawatan mandiri berupa tindakan Fisioterapi Dada (perkusi dan vibrasi) untuk mengatasi bersihan jalan nafas terutama pada anak dengan bronkopneumonia.

Kata Kunci: fisioterapi dada, bronkopneumonia, bersihan jalan nafas

- 
1. Program Profesi Ners Sekolah Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
  2. Akademi Keperawatan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur.
  3. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

*Analysis of Nursing Clinical Practicen Bronchopneumonia Patients in  
the Psykhiatris Intensive Care Unit Hospital RSUD Abdul Wahab  
Sjahanie Samarinda 2015*

Ary Kiswanto<sup>1</sup>, Ni Wayan Wiwin<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

Bronchopneumonia characterized by coughing up phlegm with accumulation of secretions in the airway as a result of the inflammatory process. The accumulation of secretions in the airways can cause ineffective airway clearance, to overcome these problems by providing nursing care of them collaborate with the medical team for further treatment quickly and precisely and chest physiotherapy to prevent more serious complications. The purpose of this study was to determine how the implementation efforts chest physiotherapy (percussion and vibration) in effective airway clearance in children 6 months with bronchopneumonia S in the PICU hospitals Abdul Wahab Syaranie Samarinda. The study was conducted on 13 February 22 February 2015. The results obtained after treatment for 6 days with Implementation of Chest Physiotherapy (percussion and vibration) can be concluded that interventions can overcome airway clearance marked with an additional breath sounds Ronchi ,RR 55x / min, regular breathing rhythm. With the existence of this study are expected in the nurse can use independent nursing interventions in the form of action Chest Physiotherapy (percussion and vibration) to overcome airway clearance, especially in children with bronchopneumonia.

Keywords: chest physiotherapy, bronchopneumonia, airway clearance

- 
1. Professional Program nurses School of Health Sciences Muhammadiyah Samarinda.
  2. Nursing Academy East Kalimantan provincial government.
  3. The General Hospital of Abdul Wahab Sjahanie Samarinda.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan fenomena yang kompleks. Seperti yang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan adalah “suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang komplit dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit”. Selain definisi luas ini, kesehatan secara tradisional dinilai dengan memperhatikan *mortalitas* (kematian) dan *morbiditas* (kesakitan) selama periode tertentu. Oleh karena itu, keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental, dan sosial serta keberadaan penyakit menjadi indikator utama kesehatan (Wong, 2008).

Kesehatan akan dapat lebih ditingkatkan lagi dengan pelayanan kesehatan yang baik pula. Tren pelayanan kesehatan masa depan adalah ke arah pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan, bukan perawatan penyakit atau ketidakmampuan. Keperawatan telah menyesuaikan perubahan ini, terutama dalam lingkungan kesehatan anak (Wong, 2008).

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun yang tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Nurhayati, 2005). Kesehatan anak bisa dipengaruhi oleh lingkungan karena seringnya anak terpapar dengan lingkungan hidup yang beresiko menjadi faktor pencetus penyakit. Rentannya terhadap penyakit mudah sekali terinfeksi kuman, bakteri, atau virus. Penyakit pernapasan terjadi kira-kira 50 % dari semua kondisi akut, kira-kira 11 % disebabkan oleh infeksi dan penyakit parasit, dan 15 % disebabkan oleh cedera. Penyakit utama masa

kanak-kanak adalah pilek (Wong, 2008). Tipe penyakit yang didapat anak selama masa kanak-kanak bervariasi sesuai usia. Misalnya, gangguan pada saluran pernapasan. Dengan demikian pada saat ini salah satu penyakit saluran pernapasan yang sering terjadi di masyarakat yang mengenai anak-anak adalah bronkopneumonia.

Menurut Kemenkes (2009), Penyakit bronkopneumonia di Indonesia berada di posisi yang delapan dari sepuluh penyakit yang dirawat di Rumah Sakit di seluruh Indonesia. Setelah diare, demam berdarah dengue, tipoid, demam penyebabnya tidak diketahui, dispepsia, hipertensi dan ISPA.

Menurut WHO mencatat bahwa insiden pada tahun 2010 di negara maju seperti Amerika Serikat, Kanada, dan negara-negara di Eropa lainnya yang menderita penyakit bronkopneumonia sekitar 45.000 orang. Negara-negara berkembang seperti di Afrika dan Asia tenggara sekitar 70 % kematian pada anak usia 0 sampai 6 tahun disebabkan bronkopneumonia.

Bronkopneumonia adalah inflamasi pada parenkim paru yang terjadi pada ujung akhir bronciolus yang tersumbat oleh eksudat mukoperulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada di dekatnya (Wong 2003). Timbulnya bronkopneumonia disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, protozoa, mikobakteri, mikoplasma, dan riketsia (Suriadi & Rita, 2006).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *Medical Record* Ruang Pediatric Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani (RSUD AWS) Samarinda periode Januari sampai dengan Desember 2014 yaitu DHF 57 pasien, Hisprung 35 pasien, Diare 38 pasien, Bronkopneumoni 24 pasien, Hydrocephalus 18 pasien, Penyakit Jantung Bawaan 17 pasien, Cidera

kepala Berat 10, Epileptikus 9 pasien, Tumor 4 pasien dan Meningitis 2 pasien, berdasarkan data diatas Bronkopneumonia menempati urutan ke 4 dari 10 penyakit yang pernah di rawat di ruang Pediatric Intensive Care Unit.

Menurut (Wong, 2008) perawatan bronkopneumonia adalah bila terdapat obstruksi jalan napas, dan lendir diberikan broncodilator. Pemberian oksigen umumnya tidak diperlukan, kecuali untuk kasus berat. Menjaga kelancaran pernafasan, dengan memposisikan klien dengan posisi semi fowler, dan pemberian oksigen sesuai indikasi.

Peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia meliputi usaha promotif yaitu dengan selalu menjaga kebersihan baik fisik maupun lingkungan, upaya preventif dilakukan dengan cara memberikan obat sesuai dengan indikasi yang di anjurkan oleh dokter. Sedangkan aspek kuratif perawat berperan memulihkan kondisi klien dengan menganjurkan orang tua klien membawa kontrol ke rumah sakit.

Data diatas menunjukkan tingginya angka penderita penyakit bronkopneumonia, dimana seorang tenaga keperawatan sangat perlu memberikan upaya untuk kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif guna menekan jumlah penderita penyakit saluran pernapasan khususnya bronkopneumonia dan meningkatkan derajat kesehatan, Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun karya ilmiah akhir NERS dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien An. S Dengan Bronkopneumonia di Ruang Pediatric Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.”

## 1.2 Perumusan Masalah

Bagaimana gambaran analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Bronkopneumonia di Ruang Pediatric Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda ?

## 1.3 Tujuan penulisan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan pasien yang mengalami bronkopneumonia di Ruang Pediatric Intensive Care Unit di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjarane Samarinda.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis bronkopneumonia.

1.3.2.2 Menganalisis intervensi fisioterapi dada yang diterapkan secara terus menerus pada pasien kelolaan dengan diagnosa medis bronkopneumonia.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Teoritis

#### 1.4.1.1 Peneliti

Penelitian ini dapat berguna bagi peneliti, sehingga peneliti dapat menganalisis praktik klinik keperawatan pasien bronkopneumonia di Ruang Pediatric Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

#### 1.4.1.2 Ilmu pengetahuan

Penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi acuan serta gambaran bagi peneliti lain dalam melanjutkan penelitian.

#### 1.4.2 Praktis

##### 1.4.2.1 Instansi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien bronkopneumonia sehingga bermanfaat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada penderita bronkopneumonia.

##### 1.4.2.2 Institusi Pendidikan

Memberikan masukan bagi tenaga pendidik dalam program belajar mengajar, tidak hanya berfokus pada pasien saja tapi melibatkan keluarga dalam perawatan pasien khususnya penanganan bronkopneumonia.

##### 1.4.2.3 Keluarga

Penelitian ini dapat memberikan informasi kepada keluarga sehingga diharapkan mempunyai pengetahuan yang lebih baik dalam penanganan bronkopneumonia.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan dikemukakan tentang dasar teoritis dari konsep dasar penyakit Bronkopneumonia yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi serta dasar teoritis dari proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan, evaluasi dan dokumentasi.

#### **2.1 Konsep Dasar Bronkopneumonia**

##### **A. Pengertian**

Bronkopneumonia adalah suatu peradangan pada parenkim paru yang meluas sampai bronkioli atau dengan kata lain peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui cara penyebaran langsung melalui saluran pernapasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus (Riyadi & Sukarmin, 2009).

Bronkopneumonia adalah merupakan peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing yang ditandai dengan gejala panas yang tinggi, gelisah, dispnea, napas cepat dan dangkal, muntah, diare, serta batuk kering dan produktif (Hidayat, 2008).

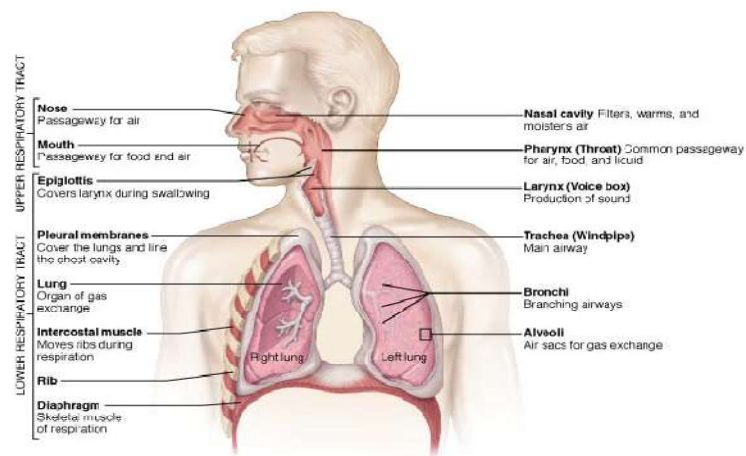
## B. Etiologi

Penyebab tersering brokopneumonia pada anak adalah pneumokokus sedang penyebab lainnya antara lain: streptococcus pneumoniae, stapilokokus aureus, haemophilus influenza, jamur (seperti candida albicans), dan virus. Pada bayi dan anak kecil ditemukan staphylococcus aureus sebagai penyebab yang berat, serius dan sangat progresif dengan mortalitas tinggi.

## C. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan

Anatomi pernafasan agar udara bisa mencapai paru-paru adalah hidung, laring, trakhea, bronkhus dan bronkiolus. Fungsi masing-masing bagian ini sebagai berikut:

Gambar 2.1 Anatomi Pernafasan



(Zullies Ikawati, 2009)

1. Hidung terdapat bentukan-bentukan yang berfungsi untuk :

- Bulu-bulu hidung berguna untuk menyaring udara yang baru masuk, debu dengan diameter  $> 5$  mikron akan tertangkap.

- b. Selaput lendir untuk menangkap debu dengan diameter lebih besar, kemudian melekat pada dinding rongga hidung.
  - c. Anyaman vena (flexus venosus) berguna untuk menyamakan kondisi udara yang akan masuk paru dengan kondisi udara yang ada di dalam paru.
  - d. Konka (tonjolan dari tulang rawan hidung) untuk memperluas permukaan, agar proses penyaringan, pelembaban berjalan dalam suatu bidang yang luas, sehingga proses diatas menjadi lebih efisien.
2. Faring terdapat persimpangan antara saluran napas dan saluran pencernaan. Bila menelan makanan glotis dan epiglotis menutup saluran napas, untuk mencegah terjadinya aspirasi. Pada pemasangan endotrakeal tube glotis tidak dapat menutup sempurna, sehingga mudah terjadi aspirasi.
3. Laring terdapat pita suara / flika vokalis, bisa menutup dan membuka saluran napas, serta melebar dan menyempit. gunanya:
- a. Membantu dalam proses mengejan -membuka dan menutup saluran napas secara intermitten pada waktu batuk. Pada waktu mau batuk flika vokalis menutup, saat batuk membuka, sehingga benda asing keluar.
  - b. Secara reflektoris menutup saluran napas pada saat menghirup udara yang tidak dikehendaki.

- c. Untuk proses bicara.
  - d. Trakea dikelilingi tulang rawan berbentuk tapal kuda (otot polos dan bergaris) sehingga bisa mengembang dan menyempit. Trakea bercabang menjadi 2 bronkus utama.
4. Bronkus merupakan percabangan trakea, terdiri dari bronkus kanan dan kiri. Antara percabangan ini terdapat karina yang memiliki banyak saraf dan dapat menyebabkan bronkospasme dan batuk yang kuat jika dirangsang. Bronkus kiri dan kanan tak simetris. Yang kanan lebih pendek, lebih lebar dan arahnya hampir vertikal. Yang kiri lebih panjang dan lebih sempit dengan sudut lebih tajam. Bronkus ini kemudian bercabang menjadi bronkus lobaris, bronkus segmentasi, bronkus terminalis, asinus yang terdiri dari bronkus respiratorius yang terkadang mengandung alveoli, duktus alveolaris dan sakus alveolaris terminalis.
5. Paru terdiri dari paru kanan dan kiri yang kanan terdiri dari 3 lobus, kiri 2 lobus. Dibungkus oleh selaput yang disebut pleura viseralis sebelah dalam dan pleura parietalis sebelah luar yang menempel pada rongga dada. Diantara kedua pleura terdapat cavum interpleura yang berisi cairan. Di dalam saluran napas selain terdapat lendir, juga bulu-bulu getar/ silia yang berguna untuk menggerakkan lendir dan kotoran ke atas.
6. Pernapasan eksterna
- Fungsi paru-paru adalah pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida. Pada pernapasan melalui paru-paru atau pernapasan

eksterna, oksigen dipungut melalui hidung dan mulut. Pada waktu bernapas, oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkhial ke alveoli, dan dapat erat hubungan dengan darah di dalam kapiler pulmonaris. Hanya satu lapisan membran, yaitu membran alveoli-kapiler, memisahkan oksigen dari darah. Oksigen menembus membran ini dan dipungut oleh hemoglobin sel darah merah dan dibawa ke jantung. Dari sini, dipompa di dalam arteri ke semua bagian tubuh. Darah meninggalkan paru-paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat ini hemoglobinnya 95 persen jenuh oksigen.

Di dalam paru-paru, karbon dioksida adalah salah satu hasil buangan metabolisme, menembus membran alveoler-kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkhial dan trakhea, dinafaskan keluar melalui hidung dan mulut. Empat proses yang berhubungan dengan pernafasan pulmoner atau pernafasan eksternal :

- a. Ventilasi pulmoner, atau gerak pernafasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar.
- b. Arus darah melalui paru-paru.
- c. Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian sehingga jumlah tepat dari setiapnya dapat mencapai semua bagian tubuh.
- d. Gas yang menembusi membran pemisah alveoli dan kapiler. CO<sub>2</sub> lebih mudah berdifusi daripada oksigen (Evelyn, 2000).

Semua proses ini diatur sedemikian sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub>. Pada waktu gerak badan lebih banyak darah datang di paru-paru membawa terlalu banyak CO<sub>2</sub> dan terlampau sedikit O<sub>2</sub>. Jumlah CO<sub>2</sub> itu tidak dapat dikeluarkan, maka konsentrasinya dalam arteri bertambah. Hal ini merangsang pusat pernapasan dalam otak untuk memperbesar kecepatan dan dalamnya pernapasan. Penambahan ventilasi yang dengan demikian terjadi pengeluaran CO<sub>2</sub> dan memungut lebih banyak O<sub>2</sub> (Evelyn, 2000).

#### 7. Pernapasan Jaringan atau Pernapasan Interna

Sementara bagaimana oksigen digunakan oleh jaringan dan bagaimana karbon dioksida dibebaskan oleh jaringan disebut respirasi internal. Darah yang telah menjenuhkan hemoglobinya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengitari seluruh tubuh dan mencapai kapiler, dimana darah bergerak sangat lambat. Sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan oksigen berlangsung dan darah menerima sebagai gantinya hasil buangan oksidasi yaitu karbondioksida (Evelyn, 2000).

Perubahan- perubahan berikut terjadi dalam komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernapasan eksterna dan pernapasan interna atau penapasan jaringan.

a. Udara (atmosfer) yang dihirup :

1. Nitrogen : 79 %

2. Oksigen : 20 %
  3. Karbondioksida : 0 - 0,4
- b. Udara yang masuk alveoli mempunyai suhu dan kelembaban atmosfer udara yang dihembuskan
- a) Nitrogen : 79 %
  - b) Oksigen : 16 %
  - c) Karbon dioksida : 4-0,

Udara yang dihembuskan jenuh dengan uap air dan mempunyai suhu yang sama dengan badan (20 persen panas badan hilang untuk pemanasan udara yang dikeluarkan) (Evelyn, 2000). Daya muat udara oleh paru-paru besarnya daya muat udara oleh paru-paru ialah 4.500 ml sampai 5.000 ml atau 4,5 sampai 5 liter udara. Hanya sebagian kecil dari udara ini, kira-kira 1/10nya atau 500 ml adalah udara pasang surut (tidal air), yaitu yang dihirup masuk dan dihembuskan ke luar pada pernapasan biasa dengan tenang (Evelyn , 2000).

Kapasitas vital. Volume udara yang dapat dicapai masuk dan keluar paru-paru pada penarikan napas dan pengeluaran napas paling kuat, disebut kapasitas vital paru-paru. Diukur dengan alat spirometer. Pada seorang laki-laki, normal 4-5 liter dan pada seorang perempuan 3-4 liter. Kapasitas itu berkurang pada penyakit paru-paru, pada penyakit jantung (yang menimbulkan kongesti paru-paru) dan pada kelemahan otot pernapasan (Evelyn, 2000).

8. Kecepatan pernafasan kecepatan pernafasan secara normal, ekspirasi akan menyusul inspirasi dan kemudian istirahat, pada bayi ada kalanya terbalik, inspirasi- istirahat –ekspirasi, disebut juga pernafasan terbalik. Kecepatan normal setiap menit berdasarkan umur :

1) Bayi prematur : 40 – 90x/menit

2) Neonatus : 30 – 80 x/menit

3) 1 Tahun : 20- 40x/ menit

Inspirasi atau menarik nafas adalah proses aktif yang diselenggarakan oleh kerja otot. Kontraksi diafragma meluaskan rongga dada dari atas sampai bawah, yaitu vertical. Kenaikan iga-iga dan sternum, yang ditimbulkan oleh kontraksi otot interkostalis, meluaskan rongga dada kedua sisi dari belakang ke depan. Paru yang bersifat elastis mengembang untuk mengisi ruang yang membesar itu dan udara ditarik masuk kedalam saluran udara, otot interkostalis eksterna diberi peran sebagai otot tambahan hanya bila inspirasi menjadi gerak sadar. Pada ekspirasi, udara dipaksa oleh pengendoran otot dan karena paru kempes kembali, disebabkan sifat elastis paru itu gerakan ini adalah proses pasif. Ketika pernafasan sangat kuat, gerakan dada bertambah, otot leher dan bahu membantu menarik iga-iga dan sternum ke atas. Otot sebelah belakang dan abdomen juga dibawa bergerak (Evelyn, 2000).



#### D. Patofisiologi

Proses perjalanan penyakit kuman masuk ke dalam jaringan paru-paru melalui saluran pernapasan 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 (Riyadi & Sukarmin, 2009). Secara hematogen maupun langsung (lewat penyebaran sel) mikroorganisme yang terdapat di dalam paru dapat menyebar ke bronkus. Setelah terjadi fase peradangan lumen bronkus berisikan sel radang akut, terisi eksudat (nanah) dan sel epitel rusak. Bronkus dan sekitarnya penuh dengan neutrofil (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 (Riyadi & Sukarmin, 2009).

Terdapatnya peradangan pada bronkus dan paru juga akan mengakibatkan peningkatan produksi mukosa dan peningkatan gerakan silia pada lumen bronkus sehingga timbul peningkatan refleksi

batuk. Perjalanan patofisiologi di atas bisa berlangsung sebaliknya yaitu didahului dulu dengan infeksi pada bronkus kemudian berkembang menjadi infeksi pada paru-paru. (Riyadi & Sukarmin, 2009).

#### E. Manifestasi klinik

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas selama beberapa hari. Suhu dapat naik sangat mendadak sampai 39-40°C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, dispnea, pernapasan cepat dan dangkal disertai cuping hidung serta sianosis sekitar hidung dan mulut, merintih dan sianosis. Kadang-kadang disertai muntah dan diare. Batuk biasanya tidak ditemukan pada permulaan penyakit, tetapi setelah beberapa hari mula-mula kering dan 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 atau sedang (Riyadi & Sukarmin, 2009).

Bila sarang bronkopneumonia menjadi satu mungkin pada perkusi terdengar keredupan dan suara pernapasan pada auskultasi terdengar mengeras. (Riyadi & Sukarmin, 2009).

#### F. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi adalah empiema, otitis media akut, mungkin juga komplikasi lain yang dekat seperti eletektasis,

emfisema, atau komplikasi jauh seperti meningitis. Komplikasi tidak terjadi bila diberikan antibiotik secara tepat (Ngastiyah, 2005).

#### G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Menurut (Riyadi & Sukarmin, 2009).

##### 1. Terapi

- a. 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 ampicilin. 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.
- b. Koreksi gangguan asam basa dengan pemberian oksigen dan cairan intravena, biasanya diperlukan campuran glukosa 5 % dan Nacl 0,9 % dalam perbandingan 3:1 ditambah larutan Kcl 10 mEq/500ml/botol infus. Karena sebagian besar pasien jatuh kedalam asidosis metabolisme akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan hasil analisa gas darah arteri.
- c. Pemberian makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik pada penderita yang sudah mengalami perbaikan sesak nafas. 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.

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan Pemeriksaan darah menunjukkan leukositosis dengan predominan atau dapat ditemukan leukopenia yang menandakan prognosis buruk, dapat ditemukan anemia ringan atau sedang. Pemeriksaan radiologis member gambaran bervariasi. Bercak konsolidasi merata pada bronkopneumonia, bercak konsolidasi satu lobus pada pneumonia lobaris. Gambaran bronkopneumonia difus atau infiltrat pada pneumonia stafilokokus.
3. Pemeriksaan cairan pleura
4. Pemeriksaan mikrobiologi

#### H. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Anak memiliki suatu ciri yang khas yaitu yang selalu tumbuh dan berkembang sejak saat konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Hal inilah yang membedakan anak dari orang dewasa. Jadi anak tidak bisa diidentikkan dengan dewasa dalam bentuk kecil. Ilmu Pertumbuhan (*Growth*) dan Perkembangan (*Development*) merupakan dasar Ilmu Tumbuh Kembang oleh karena meskipun merupakan proses yang berbeda, keduanya tidak berdiri sendiri, tetapi saling berkaitan satu sama lain.

Pertumbuhan (*growth*) merupakan masalah perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (centi meter, meter). Perkembangan (*development*) merupakan

bertambahnya kemampuan (skill/ keterampilan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (Riyadi dan Sukarmin, 2009).

1. Berat badan untuk usia 0-6 bulan pertumbuhan berat badan akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140-200 gram dan berat badannya akan menjadi dua kali lipat berat badan lahir pada akhir bulan ke-6. Sedangkan pada usia 6-12 bulan terjadi penambahan setiap minggu sekitar 25-40 gram dan pada akhir bulan ke-12 akan terjadi penambahan tiga kali lipat berat badan lahir.

2. Tinggi badan

Pada usia 0-6 bulan bayi akan mengalami penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Pada usia 6-12 bulan mengalami penambahan tinggi badan hanya sekitar 1,25 cm setiap bulannya. Pada akhir tahun pertama akan meningkat kira-kira 50% dari tinggi badan waktu lahir.

3. Lingkar kepala

Pertumbuhan pada lingkar kepala ini terjadi dengan sangat cepat sekitar 6 bulan pertama, yaitu dari 35-43 cm. pada usia-usia selanjutnya pertumbuhan lingkar kepala mengalami perlambatan. Pada usia 1 tahun hanya mengalami pertumbuhan kurang lebih 46,5 cm.

4. Perkembangan motorik kasar

Usia 4-8 bulan dapat dilihat pada perubahan dalam aktivitas, seperti posisi telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan kedua tangannya. pada bulan ke-4

sudah mampu memalingkan kepala ke kanan dan ke kiri; duduk dengan kepala tegak; membalikan badan; bangkit dengan kepala tegak; menumpu beban pada kaki dengan lengan berayun ke depan dan ke belakang; berguling dari terlentang ke tengkurap; serta duduk dengan bantuan dalam waktu yang singkat (Hidayat, 2008).

#### 5. Perkembangan motorik halus

1) Pada usia 4-8 bulan sudah mengamati benda, menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk memegang mengeksplorasi benda yang sedang di pegang, mengambil objek dengan tangan tertangkup, mampu menahan kedua benda di kedua tangan secara simultan, menggunakan bahu dan tangan sebagai satu kesatuan, serta memindahkan objek dari satu tangan ketang lain (Hidayat, 2008).

#### 6. Perkembangan bahasa

1) Pada usia 4-8 bulan dapat menirukan bunyi atau kata-kata, menoleh ke arah suara atau sumber bunyi, tertawa, menjerit, menggunakan vokalisasi semakin banyak, serta menggunakan kata yang terdiri atas dua suku kata dan dapat membuat dua bunyi vokal yang bersamaan seperti “ba-ba” (Hidayat, 2008).

#### 7. Perkembangan prilaku/ adaptasi sosial

1) Pada usia 4-8 bulan anak merasa takut dan terganggu dengan keberadaan orang asing, mulai bermain dengan mainan, mudah frustrasi serta memukul-mukul lengan dan kaki jika sedang kesal (Hidayat, 2008).

8. Teori perkembangan kognitif menurut Piaget, perkembangan kognitif mempunyai empat aspek, yaitu kematangan, sebagai hasil perkembangan susunan syaraf, pengalaman, yaitu hubungan timbal balik antara organisme dengan dunianya, interaksi sosial, yaitu pengaruh-pengaruh yang diperoleh dalam hubungannya dengan lingkungan sosial, dan ekuilibrase, yaitu adanya kemampuan atau sistem mengatur dalam diri organisme agar dia selalu mampu mempertahankan keseimbangan dan penyesuaian diri terhadap lingkungannya.

1) Kematangan

Kematangan sistem syaraf menjadi penting karena memungkinkan anak memperoleh manfaat secara maksimum dari pengalaman fisik. Kematangan membuka kemungkinan untuk perkembangan sedangkan kalau kurang hal itu akan membatasi secara luas prestasi secara kognitif. Perkembangan berlangsung dengan kecepatan yang berlainan tergantung pada sifat kontak dengan lingkungan dan kegiatan belajar sendiri.

2) Pengalaman

Interaksi antara individu dan dunia luar merupakan sumber pengetahuan baru, tetapi kontak dengan dunia fisik itu tidak cukup untuk mengembangkan pengetahuan kecuali jika intelegensi individu dapat memanfaatkan pengalaman tersebut.

### 3) Interaksi Sosial

Lingkungan sosial termasuk peran bahasa dan pendidikan, pengalaman fisik dapat memacu atau menghambat perkembangan struktur kognitif.

### 4) Ekuilibrasi

Proses pengaturan diri dan pengoreksi diri (ekuilibrasi), mengatur interaksi spesifik dari individu dengan lingkungan maupun pengalaman fisik, pengalaman sosial dan perkembangan jasmani yang menyebabkan perkembangan kognitif berjalan secara terpadu dan tersusun baik. Dalam pandangan Piaget, anak-anak secara aktif membangun dunia kognitif mereka dengan menggunakan skema untuk menjelaskan hal-hal yang mereka alami. Skema adalah struktur kognitif yang digunakan oleh manusia untuk mengadaptasi diri terhadap lingkungan dan menata lingkungan ini secara intelektual. Piaget (1952) mengatakan bahwa ada dua proses yang bertanggung jawab atas seseorang menggunakan dan mengadaptasi skema mereka:

- a) Asimilasi adalah proses menambahkan informasi baru ke dalam skema yang sudah ada. Proses ini bersifat subjektif, karena seseorang akan cenderung memodifikasi pengalaman atau informasi yang diperolehnya agar bisa masuk ke dalam skema yang sudah ada sebelumnya.
- b) Akomodasi adalah bentuk penyesuaian lain yang melibatkan perubahan atau penggantian skema akibat adanya informasi



baru yang tidak sesuai dengan skema yang sudah ada. Dalam proses ini dapat pula terjadi pemunculan skema yang baru sama sekali.

c) Periode sensorimotor (usia 0–2 tahun)

Bagi anak yang berada pada tahap ini, pengalaman diperoleh melalui fisik (gerakan anggota tubuh) dan sensori (koordinasi alat indra). Pada mulanya pengalaman itu bersatu dengan dirinya, ini berarti bahwa suatu objek itu ada bila ada pada penglihatannya. Perkembangan selanjutnya ia mulai berusaha untuk mencari objek yang asalnya terlihat kemudian menghiang dari pandangannya, asal perpindahannya terlihat. Akhir dari tahap ini ia mulai mencari objek yang hilang bila benda tersebut tidak terlihat perpindahannya. Objek mulai terpisah dari dirinya dan bersamaan dengan itu konsep objek dalam struktur kognitifnya pun mulai dikatakan matang. Ia mulai mampu untuk melambungkan objek fisik ke dalam symbol-simbol, misalnya mulai bisa berbicara meniru suara kendaraan, suara binatang, dll.

9. Tahap Perkembangan Psikoseksual Sigmund Freud

Teori perkembangan psikoseksual Sigmund Freud adalah salah satu teori yang paling terkenal, akan tetapi juga salah satu teori yang paling kontroversial. Freud percaya kepribadian yang berkembang melalui serangkaian tahapan masa kanak-kanak di mana mencari kesenangan-energi dari id menjadi fokus pada area

sensitif seksual tertentu. Energi psikoseksual, atau libido , digambarkan sebagai kekuatan pendorong di belakang perilaku.

Menurut Sigmund Freud, kepribadian sebagian besar dibentuk oleh usia lima tahun. Awal perkembangan berpengaruh besar dalam pembentukan kepribadian dan terus mempengaruhi perilaku di kemudian hari. Jika tahap-tahap psikoseksual selesai dengan sukses, hasilnya adalah kepribadian yang sehat. Jika masalah tertentu tidak diselesaikan pada tahap yang tepat, fiksasi dapat terjadi. fiksasi adalah fokus yang gigih pada tahap awal psikoseksual. Sampai konflik ini diselesaikan, individu akan tetap “terjebak” dalam tahap ini. Misalnya, seseorang yang terpaku pada tahap oral mungkin terlalu bergantung pada orang lain dan dapat mencari rangsangan oral melalui merokok, minum, atau makan.

#### 1) Fase Oral

Pada tahap oral, sumber utama bayi interaksi terjadi melalui mulut, sehingga perakaran dan refleks mengisap adalah sangat penting. Mulut sangat penting untuk makan, dan bayi berasal kesenangan dari rangsangan oral melalui kegiatan memuaskan seperti mencicipi dan mengisap. Karena bayi sepenuhnya tergantung pada pengasuh (yang bertanggung jawab untuk memberi makan anak), bayi juga mengembangkan rasa kepercayaan dan kenyamanan melalui stimulasi oral. Konflik utama pada tahap ini adalah proses penyapihan, anak harus menjadi kurang bergantung pada para

pengasuh. Jika fiksasi terjadi pada tahap ini, Freud percaya individu akan memiliki masalah dengan ketergantungan atau agresi.

#### 10. Teori Perkembangan Psikososial Menurut Erik Erikson

Banyak teori mengenai perkembangan psikososial, yang paling banyak dianut adalah teori psikosisal dari Erik Erikson. Teori psikososial dari Erik Erikson meliputi delapan tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap tergantung dari hasil tahapan sebelumnya, dan resolusi yang sukses dari tiap krisis ego adalah penting bagi individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kesanggupan yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat.

Berikut adalah delapan tahapan perkembangan psikososial menurut Erik Erikson :

##### 1) Tahap I : Trust versus Mistrust (0-1 tahun)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (hope). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

## 2.2 Konsep Dasar Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya (Wartolah, 2006). Dalam proses keperawatan ada lima tahap, dimana tahap-tahap tersebut tidak dapat dipisahkan, dan saling berhubungan. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut.

### A. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Tujuan pengkajian adalah memberikan suatu gambaran yang terus menerus mengenai kesehatan klien. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: Pertama, mengumpulkan data secara sistematis; kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan; dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali (Asmadi, 2008).

Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian (skill) seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan ungkapan atau persepsi yang dikemukakan oleh pasien. Data objektif merupakan data yang didapat dari hasil observasi, pengukuran, dan pemeriksaan fisik.

Ada beberapa cara pengelompokan data, yaitu berdasarkan sistem tubuh, berdasarkan kebutuhan dasar (Maslow), berdasarkan teori keperawatan, berdasarkan pola kesehatan fungsional. Pengumpulan data bisa digunakan dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi dari catatan medis, status klien, dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi.

Pemeriksaan fisik adalah cara pengumpulan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Inspeksi didefinisikan sebagai kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan klien seperti inspeksi kesimetrisan pergerakan dinding dada, penggunaan otot

bantu napas, inspeksi adanya lesi pada kulit dan sebagainya. Palpasi adalah jenis pemeriksaan dengan cara meraba atau merasakan kulit klien. Auskultasi adalah cara pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop yang memungkinkan pemeriksa mendengar bunyi yang keluar dari rongga tubuh klien. Perkusi adalah pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk secara pelan jari tengah menggunakan jari yang lain untuk menentukan posisi, ukuran, dan konsistensi struktur suatu organ tubuh (Asmadi, 2008).

#### B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lain, yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian (Potter & Perry, 2005).

Diagnosa keperawatan NANDA 2012-2014, Menurut Kurniadi (2012), diagnosa keperawatan pada klien anak dengan bronkopneumonia yang mungkin muncul adalah :

1. Bersihan Jalan Nafas tidak Efektif
2. Pola Nafas tidak efektif
3. Gangguan Pertukaran gas

4. Kurang Pengetahuan
5. Resiko Aspirasi
6. PK : Syok Septik
7. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
8. Hipertermi

### C. Perencanaan

Perencanaan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah keperawatan dapat di atasi (Hidayat, 2001).

#### 1. Menyusun Prioritas Masalah

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan (tahap kedua), perawat dapat mulai membuat urutan prioritas diagnosis. Penentuan prioritas dilakukan karena tidak semua diagnosis keperawatan dapat diselesaikan pada waktu yang bersamaan. Pada tahap ini, perawat dan klien bersama-sama menentukan diagnosis keperawatan mana yang harus dipecahkan lebih dulu dan memprioritaskannya. Ada banyak cara untuk memprioritaskan kebutuhan klien, salah satunya adalah kerangka yang dibuat oleh Abraham Maslow, lima tingkatan hirarki ini adalah fisiologis, keselamatan dan keamanan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri (Asmadi, 2008).

#### 2. Merumuskan Tujuan dan Merumuskan Kriteria Evaluasi

Setelah menyusun diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas, perawat perlu merumuskan tujuan untuk masing-masing

diagnosis. Tujuan ditetapkan dalam bentuk tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang dimaksudkan untuk mengatasi masalah secara umum, sedangkan tujuan jangka pendek dimaksudkan untuk mengatasi etiologi guna mencapai tujuan jangka panjang. Rumusan tujuan keperawatan ini harus SMART, yaitu *specific* (rumusan tujuan harus jelas), *measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai, ditetapkan bersama klien), *reasonable* (nyata dan masuk akal), dan *timing* (harus ada target waktu) (Asmadi, 2008).

Setelah merumuskan tujuan, langkah selanjutnya adalah merumuskan kriteria hasil/evaluasi. Dalam penyusunan kriteria hasil/evaluasi, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Diantaranya, kriteria hasil/evaluasi terkait dengan tujuan, bersifat khusus, dan konkret. Selain itu, hasilnya harus dapat dilihat, didengar, dan diukur oleh orang lain.

### 3. Menentukan Rencana Intervensi.

Perencanaan sesuai Nursing Outcomes Classification (NOC) dan Nursing Interventions Classification (NIC). Adapun perencanaan berdasarkan diagnosa menurut Kurniadi (2012) yang mungkin timbul pada klien bronkopneumonia yaitu :

Tabel 2.1 Rencana Tindakan Keperawatan Nanda NOC-NIC

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Bersihan Jalan Nafas tidak Efektif Definisi:	1. Respiratory status : Ventilation 2. Respiratory status :	Airway suction 1.1 Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning



Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.

Batasan Karakteristik :

- Dispneu, Penurunan suara nafas
- Orthopneu
- Cyanosis
- Kelainan suara nafas (rales, wheezing)
- Kesulitan berbicara
- Batuk, tidak efektif atau tidak ada
- Mata melebar
- Produksi sputum
- Gelisah
- Perubahan frekuensi dan irama nafas

Faktor-faktor yang berhubungan:

- Lingkungan : merokok, menghirup asap rokok, perokok pasif-POK, infeksi
- Fisiologis : disfungsi neuromuskular, hiperplasia dinding bronkus, alergi jalan nafas, asma.
- Obstruksi jalan nafas : spasme jalan nafas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, adanya jalan nafas buatan, sekresi bronkus, adanya eksudat di alveolus, adanya benda asing di jalan nafas.

Airway patency

3. Aspiration Control

Kriteria Hasil :

- a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
- c. Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas

1.2 Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.

1.3 Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning

1.4 Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.

1.5 Berikan O<sub>2</sub> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal

1.6 Gunakan alat yang steril sitiap melakukan tindakan

1.7 Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal

1.8 Monitor status oksigen pasien

1.9 Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion

1.10 Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sub>2</sub>, dll.

Airway Management

1.11 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi

1.12 Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan

1.13 Pasang mayo bila perlu

1.14 Lakukan fisioterapi dada jika perlu

1.15 Keluarkan sekret dengan batuk atau suction

1.16 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan

1.17 Lakukan suction pada mayo

1.18 Berikan bronkodilator bila perlu

		1.19 Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab
		1.20 Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
		1.21 Monitor respirasi dan status O <sub>2</sub>
2	<p>Pola Nafas tidak efektif</p> <p>Definisi : Pertukaran udara inspirasi dan/atau ekspirasi tidak adekuat</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan tekanan inspirasi/ekspirasi</li> <li>- Penurunan pertukaran udara per menit</li> <li>- Menggunakan otot pernafasan tambahan</li> <li>- Nasal flaring</li> <li>- Dyspnea</li> <li>- Orthopnea</li> <li>- Perubahan penyimpangan dada</li> <li>- Nafas pendek</li> <li>- Assumption of 3-point position</li> <li>- Pernafasan pursed-lip</li> <li>- Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama</li> <li>- Peningkatan diameter anterior-posterior</li> <li>- Pernafasan rata-rata/minimal</li> <li>- Bayi : &lt; 25 atau &gt; 60</li> <li>- Usia 1-4 : &lt; 20 atau &gt; 30</li> <li>- Usia 5-14 : &lt; 14 atau &gt; 25</li> <li>- Usia &gt; 14 : &lt; 11 atau &gt; 24</li> </ul>	<p>1. Respiratory status : Ventilation</p> <p>2. Respiratory status : Airway patency</p> <p>3. Vital sign Status</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</p> <p>b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>c. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>
		Airway Management
		2.1 Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
		2.2 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
		2.3 Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
		2.4 Pasang mayo bila perlu
		2.5 Lakukan fisioterapi dada jika perlu
		2.6 Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
		2.7 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
		2.8 Lakukan suction pada mayo
		2.9 Berikan bronkodilator bila perlu
		2.10 Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab
		2.11 Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
		2.12 Monitor respirasi dan status O <sub>2</sub>
		Terapi Oksigen
		2.1 Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
		2.2 Pertahankan jalan nafas yang paten
		2.3 Atur peralatan oksigenasi
		2.4 Monitor aliran oksigen
		2.5 Pertahankan posisi pasien
		2.6 Observasi adanya tanda

- Kedalaman pernafasan
- Dewasa volume tidalnya 500 ml saat istirahat
- Bayi volume tidalnya 6-8 ml/Kg
- Timing rasio
- Penurunan kapasitas vital

Faktor yang berhubungan :

- Hiperventilasi
- Deformitas tulang
- Kelainan bentuk dinding dada
- Penurunan energi/kelelahan
- Perusakan/pelemahan muskulo-skeletal
- Obesitas
- Posisi tubuh
- Kelelahan otot pernafasan
- Hipoventilasi sindrom
- Nyeri
- Kecemasan
- Disfungsi Neuromuskuler
- Kerusakan persepsi/kognitif
- Perlukaan pada jaringan syaraf tulang belakang
- Imaturitas Neurologis

tanda hipoventilasi  
2.7 Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

#### Vital sign Monitoring

- 2.1 Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
- 2.2 Catat adanya fluktuasi tekanan darah
- 2.3 Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri
- 2.4 Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
- 2.5 Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
- 2.6 Monitor kualitas dari nadi
- 2.7 Monitor frekuensi dan irama pernafasan
- 2.8 Monitor suara paru
- 2.9 Monitor pola pernafasan abnormal
- 2.10 Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
- 2.11 Monitor sianosis perifer
- 2.12 Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
- 2.13 Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign.

### 3 Gangguan Pertukaran gas

Definisi : Kelebihan atau kekurangan dalam oksigenasi dan atau pengeluaran karbondioksida di dalam membran kapiler alveoli  
Batasan karakteristik :

- Gangguan penglihatan

1. Respiratory Status : Airway Management

Gas exchange

2. Respiratory Status : 3.1

3. Vital Sign Status

Kriteria Hasil :

a. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat

b. Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress

3.1 Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu

3.2 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi

3.3 Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan

3.4 Pasang mayo bila perlu

3.5 Lakukan fisioterapi

- Penurunan CO<sub>2</sub>
  - Takikardi
  - Hiperkapnia
  - Keletihan
  - somnolen
  - Iritabilitas
  - Hypoxia
  - kebingungan
  - Dyspnoe
  - nasal faring
  - AGD Normal
  - sianosis
  - warna kulit abnormal (pucat, kehitaman)
  - Hipoksemia
  - hiperkarbia
  - sakit kepala ketika bangun
  - frekuensi dan kedalaman nafas abnormal
- Faktor faktor yang berhubungan :
- ketidakseimbangan perfusi ventilasi
  - perubahan membran kapiler-alveolar
- pernafasan
- c. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- d. Tanda tanda vital dalam rentang normal
- 3.6 Keluarkan dada jika perlu sekret dengan batuk atau suction
- 3.7 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
- 3.8 Lakukan suction pada mayo
- 3.9 Berikan bronkodilator bila perlu
- 3.10 Barikan pelembab udara
- 3.11 Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
- 3.12 Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>
- Respiratory Monitoring
- 3.13 Monitor rata – rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi
- 3.14 Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal
- 3.15 Monitor suara nafas, seperti dengkur
- 3.16 Monitor pola nafas : bradipnea, takipenia, kusmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot Catat lokasi trakea
- 3.17 Monitor kelelahan otot diafragma (gerakan paradoksis)
- 3.18 Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan
- 3.19 Tentukan kebutuhan suction dengan mengauskultasi crackles dan ronchi pada jalan napas utama
- 3.20 Auskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya

<p>4 Kurang Pengetahuan</p> <p>Definisi : Tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topic spesifik.</p> <p>Batasan karakteristik : memverbalisasikan adanya masalah, ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.</p> <p>- Faktor yang berhubungan : keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Knowledge : disease process</li> <li>2. Knowledge : health Behavior</li> </ol> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</li> </ol>	<p>Teaching : disease Process</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>4.2 Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</li> <li>4.3 Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>4.4 Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>4.5 Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat</li> <li>4.6 Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</li> <li>4.7 Hindari harapan yang kosong</li> <li>4.8 Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>4.9 Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</li> <li>4.10 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</li> </ol>
<p>5 Resiko Aspirasi</p> <p>Definisi : Resiko masuknya sekret sekret gastrointestinal , oropharingeal, benda-benda padat, atau cairan kedalam tracheobronkhial</p> <p>Faktor-faktor Resiko</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiratory Status : Ventilation</li> <li>2. Aspiration control</li> <li>3. Swallowing Status</li> </ol> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien dapat bernafas dengan mudah, tidak irama, frekuensi pernafasan normal</li> </ol>	<p>Aspiration precaution</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Monitor tingkat kesadaran, reflek batuk dan kemampuan menelan</li> <li>5.2 Monitor status paru</li> <li>5.3 Pelihara jalan nafas</li> <li>5.4 Lakukan suction jika diperlukan</li> </ol>

<p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- peningkatan tekanan dalam lambung</li> <li>- selang makanan</li> <li>- situasi yang menghambat elevasi tubuh bagian atas</li> <li>- penurunan tingkat kesadaran</li> <li>- adanya tracheostomy atau selang endotracheal</li> <li>- keperluan pengobatan</li> <li>- adanya kawat pada rahang</li> <li>- peningkatan residu lambung</li> <li>- menurunnya fungsi sfingter esofagus</li> <li>- gangguan menelan</li> <li>- NGT</li> <li>- Operasi/trauma wajah, mulut, leher</li> <li>- Batuk dan gag reflek</li> <li>- Penurunan motilitas gastrointestinal</li> <li>- Lambatnya pengosongan lambung</li> </ul>	<p>b. Pasien mampu menelan, mengunyah tanpa terjadi aspirasi, dan mampumelakukan oral hygiene</p> <p>c. Jalan nafas paten, mudah bernafas, tidak merasa tercekik dan tidak ada suara nafas abnormal</p>	<p>5.5 Cek nasogastrik sebelum makan</p> <p>5.6 Hindari makan kalau residu masih banyak</p> <p>5.7 Potong makanan kecil kecil</p> <p>5.8 Haluskan obat sebelumpemberian</p> <p>5.9 Naikkan kepala 30-45 derajat setelah makan</p>
<p>6 PK : Syok Septik</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dapat meminimalkan terjadinya syok septik</p>	<p>6.1 Pantau adanya tanda dan gejala syok septic</p> <p>6.2 Kolaborasi pemberian antimikrobal, suplemen intravena, pemeriksaan laboratorium kultur/sputum/pewarnaan gram, hitung darah lengkap, tes serologis, laju sedimentasi, elektrolit</p>
<p>7 Hipertermia Definisi : suhu tubuh naik diatas rentang normal</p>	<p>1. Thermoregulation Kriteria Hasil : a. Suhu tubuh dalam rentang normal</p>	<p>Fever treatment</p> <p>7.1 Monitor suhu sesering mungkin</p> <p>7.2 Monitor IWL</p>

<p>Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kenaikan suhu tubuh diatas rentang normal</li> <li>- serangan atau konvulsi (kejang)</li> <li>- kulit kemerahan</li> <li>- penambahan RR</li> <li>- takikardi</li> <li>- saat disentuh tangan terasa hangat</li> </ul> <p>Faktor faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- penyakit/ trauma</li> <li>- peningkatan metabolisme</li> <li>- aktivitas yang berlebih</li> <li>- pengaruh medikasi/anastesi</li> <li>- ketidakmampuan/p enurunan kemampuan untuk berkeringat</li> <li>- terpapar dilingkungan panas</li> <li>- dehidrasi</li> <li>- - pakaian yang tidak tepat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Nadi dan RR dalam rentang normaL</li> <li>c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7.3 Monitor warna dan suhu kulit</li> <li>7.4 Monitor tekanan darah, nadi dan RR</li> <li>7.5 Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>7.6 Monitor WBC, Hb, dan Hct</li> <li>7.7 Monitor intake dan output</li> <li>7.8 Berikan anti piretik</li> <li>7.9 Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam</li> <li>7.10 Berikan cairan intravena</li> <li>7.11 Kompres pasien pada lipat paha dan aksila</li> <li>7.12 Tingkatkan sirkulasi udara</li> <li>7.13 Berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya menggigil</li> </ul> <p>Temperature regulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7.14 Monitor suhu minimal tiap 2 jam</li> <li>7.15 Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu</li> <li>7.16 Monitor TD, nadi, dan RR</li> <li>7.17 Monitor warna dan suhu kulit</li> <li>7.18 Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi</li> <li>7.19 Tingkatkan intake cairan dan nutrisi</li> <li>7.20 Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh</li> <li>7.21 Ajarkan pada pasien cara mencegah keletihan akibat panas</li> <li>7.22 Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negatif dari kedinginan</li> <li>7.23 Berikan anti piretik jika perlu</li> </ul>
<p>8 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari</p>	<p>1. Nutritional Status : food and Fluid Intake</p>	<p>Nutrition Management</p> <p>8.1 Kaji adanya alergi</p>

kebutuhan tubuh  
Definisi : Intake  
nutrisi tidak cukup  
untuk keperluan  
metabolisme tubuh.

Batasan karakteristik  
:

- Berat badan 20 %  
atau lebih di bawah  
ideal
- Dilaporkan adanya  
intake makanan  
yang kurang dari  
RDA (Recomended  
Daily Allowance)
- Membran mukosa  
dan konjungtiva  
pucat
- Kelemahan otot  
yang digunakan  
untuk  
menelan/mengunya  
h
- Luka, inflamasi  
pada rongga mulut
- Mudah merasa  
kenyang, sesaat  
setelah mengunyah  
makanan
- Dilaporkan atau  
fakta adanya  
kekurangan  
makanan
- Dilaporkan adanya  
perubahan sensasi  
rasa
- Perasaan  
ketidakmampuan  
untuk mengunyah  
makanan
- Miskonsepsi
- Kehilangan BB  
dengan makanan  
cukup
- Keengganan untuk  
makan
- Kram pada abdomen
- Tonus otot jelek
- Nyeri abdominal  
dengan atau tanpa  
patologi
- Kurang berminat

Kriteria Hasil :

- a. Adanya peningkatan  
berat badan sesuai  
dengan tujuan
- b. Berat badan ideal  
sesuai dengan tinggi  
badan
- c. Mampu  
mengidentifikasi  
kebutuhan nutrisi
- d. Tidak ada tanda tanda  
malnutrisi
- e. Tidak terjadi  
penurunan berat badan  
yang berarti

makanan

- 8.2 Kolaborasi dengan ahli  
gizi untuk menentukan  
jumlah kalori dan  
nutrisi yang dibutuhkan  
pasien.
  - 8.3 Anjurkan pasien untuk  
meningkatkan intake Fe
  - 8.4 Anjurkan pasien untuk  
meningkatkan protein  
dan vitamin C
  - 8.5 Berikan substansi gula
  - 8.6 Yakinkan diet yang  
dimakan mengandung  
tinggi serat untuk  
mencegah konstipasi
  - 8.7 Berikan makanan yang  
terpilih ( sudah  
dikonsultasikan dengan  
ahli gizi)
  - 8.8 Ajarkan pasien  
bagaimana membuat  
catatan makanan harian.
  - 8.9 Monitor jumlah nutrisi  
dan kandungan kalori
  - 8.10 Berikan informasi  
tentang kebutuhan  
nutrisi
  - 8.11 Kaji kemampuan pasien  
untuk mendapatkan  
nutrisi yang dibutuhkaN
- Nutrition Monitoring
- 8.12 BB pasien dalam batas  
normal
  - 8.13 Monitor adanya  
penurunan berat badan
  - 8.14 Monitor tipe dan jumlah  
aktivitas yang biasa  
dilakukan
  - 8.15 Monitor interaksi anak  
atau orangtua selama  
makan
  - 8.16 Monitor lingkungan  
selama makan
  - 8.17 Jadwalkan pengobatan  
dan tindakan tidak  
selama jam makan
  - 8.18 Monitor kulit kering  
dan perubahan  
pigmentasi
  - 8.19 Monitor turgor kulit
  - 8.20 Monitor kekeringan,  
rambut kusam, dan



terhadap makanan	mudah patah
- Pembuluh darah kapiler mulai rapuh	8.21 Monitor mual dan muntah
- Diare dan atau steatorrhea	8.22 Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
- Kehilangan rambut yang cukup banyak (rontok)	8.23 Monitor makanan kesukaan
- Suara usus hiperaktif	8.24 Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
- Kurangnya informasi, misinformasi	8.25 Monitor kalori dan intake nutrisi
Faktor-faktor yang berhubungan :	

#### D. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien (Gaffar, 1999). Menurut Asmadi (2008), implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu independent, interdependent, dan dependent.

1. Independent, yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Lingkup tindakan keperawatan independen antara lain adalah mengkaji klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien, merumuskan diagnosis keperawatan sesuai respon klien yang memerlukan intervensi keperawatan, mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan klien, mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis.

2. Interdependent, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lain (misalnya ahli gizi, fisioterapi, dan dokter).
3. Dependent, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis. Sedangkan menurut Wartonah (2006), tindakan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan dan keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain.

#### E. Evaluasi

Menurut Nursalam (2001, dalam Hariyani, 2009) evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan atau tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil tercapai.

Ada 2 komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan, yaitu :

##### 1. Formatif (proses)

Fokus tipe evaluasi ini adalah aktifitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifitasan

terhadap tindakan. Evaluasi formatif terus menerus dilaksanakan sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

## 2. Sumatif (hasil)

Fokus evaluasi sumatif adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir tindakan perawatan klien. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Evaluasi sumatif adalah objektif, fleksibel, dan efisien. Meskipun informasi pada tahap ini tidak secara langsung berpengaruh terhadap klien yang dievaluasi, evaluasi sumatif bisa menjadi suatu metode dalam memonitor kualitas dan efisiensi tindakan yang telah diberikan.

Tujuan evaluasi adalah untuk menilai efektifnya rencana dan strategi asuhan keperawatan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan. Ada tiga alternatif dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

### a. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

### b. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

### c. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau timbul masalah yang baru.

#### F. Dokumentasi Proses Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2001).

Dokumentasi keperawatan merupakan sarana komunikasi dari satu profesi ke profesi lain terkait status klien. Sebagai alat komunikasi, tulisan dalam dokumentasi keperawatan harus jelas terbaca, tidak boleh memakai istilah atau singkatan-singkatan yang tidak lazim, juga berisi uraian yang jelas, tegas, dan sistematis. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari disfungsi komunikasi. Lebih lanjut, dampak yang timbul akibat disfungsi komunikasi ini akan membahayakan keselamatan klien (Asmadi, 2008).

### **2.3 Konsep Fisioterapi Dada**

#### A. Pengertian

Fisioterapi dada adalah salah satu dari pada fisioterapi yang sangat berguna bagi penderita penyakit respirasi baik yang bersifat akut maupun kronis. Fisioterapi dada ini dapat digunakan untuk pengobatan dan pencegahan pada penyakit paru obstruktif menahun,

penyakit pernafasan restriktif termasuk kelainan neuromuskuler dan penyakit paru restriktif karena kelainan parenkim paru seperti fibrosis dan pasien yang mendapat ventilasi mekanik. Fisioterapi dada adalah suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi dan vibrasi, postural drainase, latihan pernapasan/napas dalam, dan batuk yang efektif, Tujuannya membuang sekresi bronkial, memperbaiki ventilasi, dan meningkatkan efisiensi otot-otot pernapasan (Smeltzer & Bare, 2002).

Tujuan pokok fisioterapi pada penyakit paru adalah:

- a. Mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan
- b. Membantu membersihkan sekret dari bronkus
- c. Untuk mencegah penumpukan sekret, memperbaiki pergerakan dan aliran sekret
- d. Meningkatkan efisiensi pernapasan dan ekspansi paru
- e. Klien dapat bernapas dengan bebas dan tubuh mendapatkan oksigen yang cukup
- f. Mengeluarkan sekret dari saluran pernapasan. Fisioterapi dada ini dapat digunakan untuk pengobatan dan pencegahan pada penyakit paru obstruktif menahun, penyakit pernafasan restriktif termasuk kelainan neuromuskuler dan penyakit paru restriktif karena kelainan

Dalam memberikan fisioterapi pada anak harus diingat keadaan anatomi dan fisiologi anak seperti pada bayi yang belum memiliki mekanisme batuk yang baik sehingga mereka tidak dapat membersihkan

jalan nafas secara sempurna. Sebagai tambahan dalam memberikan fisioterapi harus didapat kepercayaan dari anak-anak karena anak-anak sering tidak kooperatif. Fisioterapi dada ini meliputi rangkaian : postural drainage, perkusi, dan vibrasi.

#### 1. Clapping/Perkusi Dada

Perkusi dada adalah penepukan pada daerah dimana sekret terakumulasi (dada dan punggung) dengan tangan yang dibentuk menyerupai mangkuk, tepukan tangan secara berirama dan sistematis dari arah atas menuju kebawah. Selalu perhatikan ekspresi wajah klien untuk mengkaji kemungkinan nyeri. Setiap lokasi dilakukan perkusi selama 1-2 menit. Perkusi dilakukan dengan membentuk mangkuk pada telapak tangan dan dengan ringa ditepukkan pada dinding dalam gerakan berirama diatas segmen paru yang akan dialirkan ( Ansyari, 2012).

#### 2. Clapping

Clapping adalah menepuk-nepuk tangan dalam posisi telungkup. Clapping menepuk-nepuk tangan dalam posisi terbuka. Tujuan untuk menolong pasien mendorong / menggerakkan sekresi didalam paru-paru yang diharapkan dapat keluar secara gaya berat, dilaksanakan dengan menepuk tangan dalam posisi telungkup. Perkusi dilakukan pada dinding dada dengan tujuan melepaskan atau melonggarkan secret yang tertahan (Ansyari, 2012).

Indikasi klien yang mendapat perkusi dada perkusi secara rutin dilakukan pada pasien yang mendapat postural drainase, jadi semua indikasi postural drainase secara umum adalah indikasi perkusi. Perkusi harus dilakukan hati-hati pada keadaan :

- a. Patah tulang rusuk
- b. Emfisema subkutan daerah leher dan dada
- c. Skin graf yang baru
- d. Luka bakar, infeksi kulit
- e. Emboli paru
- f. Pneumotoraks tension yang tidak diobati

### 3. Vibrasi

Vibrasi adalah getaran kuat secara serial yang dihasilkan oleh tangan perawat yang diletakkan datar pada dinding dada klien. Vibrasi digunakan setelah perkusi untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi dan melepaskan mukus yang kental. Sering dilakukan bergantian dengan perkusi. Indikasi klien yang mendapat vibrasi kontra indikasinya adalah patah tulang dan hemoptisis yang tidak diobati (Ansyari, 2012).

### 4. Postural Drainage (Drainase Posisi)

Merupakan cara klasik untuk mengeluarkan secret dari paru dengan mempergunakan gaya berat (gravitasi) dari secret. Pembersihan dengan cara ini dicapai dengan melakukan salah satu atau lebih dari 11 posisi tubuh yang berbeda. Setiap posisi mengalirkan secret dari pohon trakheobronkhial ke dalam trachea. Batuk penghisapan kemudian dapat

membuang secret dari trachea. Pada penderita dengan produksi sputum yang banyak drainase postural lebih efektif bila disertai dengan perkusi dan vibrasi dada. Drainase postural merupakan posisi spesifik yang memungkinkan gaya gravitasi untuk membantu dalam membuang sekresi bronkial (Ansyari, 2012).

Dengan tindakan ini sekresi akan mengalir dari bronkiolus yang terkena kedalam bronki dan trakea dan membuangnya dengan membatukkan atau penghisapan. Drainase postural digunakan untuk menghilangkan atau mencegah obstruksi bronkial yang disebabkan oleh akumulasi seret. Drainase postural biasanya dilakukan dua sampai empat kali sehari; sebelum makan (mencegah mual dan muntah) dan saat menjelang tidur. Jika diresepkan bronkodilator, air atau salin dapat dinebulisasikan dan dihirup sebelum drainage postural untuk mendilatasi bronkiolus, mengurangi bronkospasme, menurunkan kekentalan lender dan sputum, dan mengatasi edema dinding bronkial.

Terdapat 10 macam posisi drainage (postural drainage)

- a. Kiri dan kanan atas lobus anterior apical bronkus  
Pasien duduk di kursi, perkusi dan vibrasi pada bahu dan bawah tulang selangka dilakukan secara bersamaan. Perawat berdiri dibelakang dengan siku dan lutut ditekuk.
- b. Kiri dan kanan atas lobus posterior apical bronkus  
Pasien duduk di kursi dengan mendekap bantal, kepala merunduk, perkusi dan vibrasi pada bahu dan dibawah tulang selangka secara bersamaan.



c. Depan lobus bronkus

Pasien tidur terlentang, perkusi dibawah tulang selangka pada kedua belah sisi.

d. Belakang lobus bronkus

Pasien tidur tengkurap dengan kepala menengok ke kiri atau ke kanan, perkusi dan vibrasi pada kanan dan kiri punggung.

e. Tengah anterior lobus bronkus

Posisi tidur terlentang seperti posisi trendelenberg dengan atas kaki setinggi 30 cm, kaki kanan ditekuk dan punggung kanan tidak menempel ke pengalas, perkusi dan vibrasi pada kanan dada.

f. Tengah posterior lobus bronkus

Posisi tidur miring kesamping kiri dengan kaki kanan ditekuk atau dapat diberikan pengganjal bantal / guling dengan pinggang terangkat dan alas kaki setinggi 30 cm, perkusi dan vibrasi pada bagian punggung kanan.

g. Bawah anterior lobus bronkus

Posisi trendelenburg dengan perut menempel pada pengalas, kaki lurus dengan alas kaki setinggi 30 cm, perkusi dan vibrasi pada kanan dan kiri dada.

h. Bawah posterior lobus bronkus

Posisi trendelenburg dengan perut menempel pada pengalas dengan alas kaki setinggi 30 cm, perkusi dan vibrasi pada kanan dan kiri punggung

i. Bawah tepi lobus bronkus

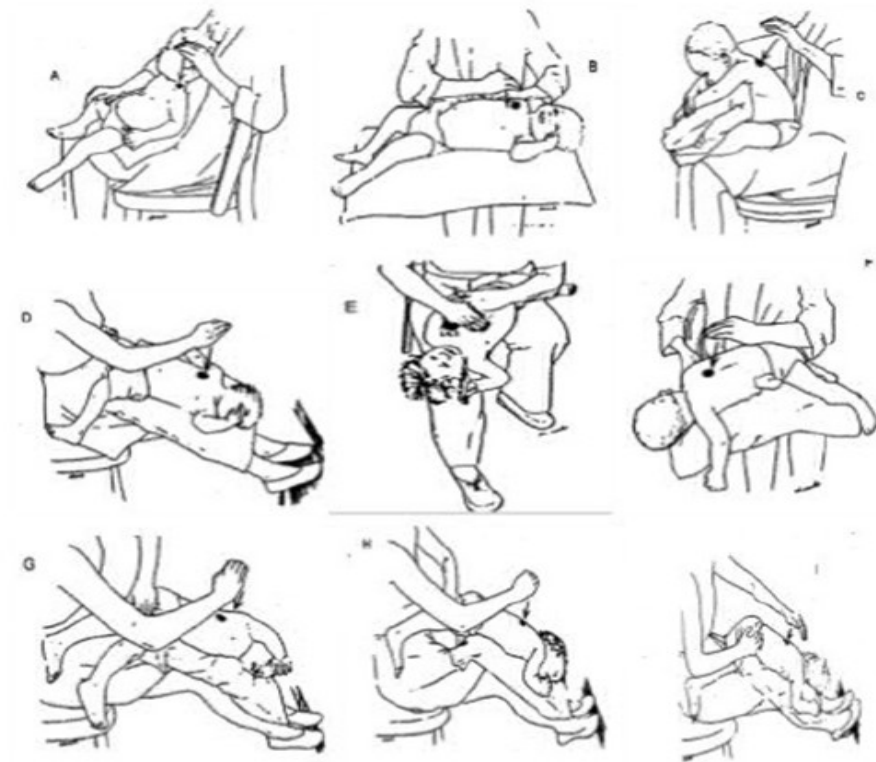
Posisi trendelenburg miring kekiri atau ke kanan dengan tangan bagian atas dinaikkan ke atas kepala, perkusi dan vibrasi punggung.

j. Bawah atas lobus bronkus

Tidur tengkurap / perut menempel ke pengalas, kaki lurus. Perkusi dada vibrasi kiri dan kanan punggung.

Pada orang dewasa, pengaliran tiap area memerlukan waktu. Pada anak -anak, cukup 3 sampai 5 menit. Memberikan dorongan mekanik yang bertujuan memobilisasi sekret jalan napas. Setiap sekret yang dimobilisasi ke dalam jalan napas pusat, harus dikeluarkan melalui batuk atau penghisapan sebelum klien dibaringkan pada posisi drainase selanjutnya. Batuk paling efektif bila klien duduk dan bersandar ke depan. Periode istirahat sebentar di antara postur dapat mencegah kelelahan dan membantu klien mentoleransi terapi lebih baik. Menjaga mulut tetap basah sehingga membantu dalam ekpektorasi sekret. Drainase postural digunakan hanya untuk mengalirkan area yang tersumbat dan berdasarkan pengkajian individual.

Gambar 2.2 postural Drainase pada anak



(<http://x-asuhankeperawatan.blogspot.com/2012/07/makalah-postural-drainage-pada-anak.html>).

### BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian.....	50
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	61
3.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	62
3.4 Intervensi keperawatan.....	65
3.5 Evaluasi.....	77

### BAB IV ANALISA SITUASI

4.1 Profil lahan praktik.....	81
4.2 Analisa masalah keperawatan.....	83
4.3 Analisa salah satu intervensi.....	87
4.4 Alternatif pemecahan.....	89

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### 5.1 Kesimpulan

Fisioterapi dada merupakan beberapa tindakan drainase postural, perkusi dan vibrasi dada, latihan pernapasan dan batuk efektif. Fisioterapi dada adalah salah satu dari pada fisioterapi yang sangat berguna bagi penderita penyakit respirasi baik yang bersifat akut maupun kronis. Fisioterapi dada sangat istimewa dan sangat efektif dalam upaya mengeluarkan sekret dan memperbaiki ventilasi pada pasien dengan fungsi paru yang terganggu.

Tujuan fisioterapi pada penyakit paru adalah mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan dan membantu membersihkan sekret dari bronkus dan untuk mencegah penumpukan sekret, memperbaiki pergerakan dan aliran sekret dalam memberikan fisioterapi pada anak harus diingat keadaan anatomi dan fisiologi anak seperti pada bayi yang belum memiliki mekanisme batuk yang baik sehingga mereka tidak dapat membersihkan jalan nafas secara sempurna. Sebagai tambahan dalam memberikan fisioterapi harus didapat kepercayaan dari anak-anak karena anak-anak sering tidak kooperatif.

#### 5.2 Saran

Adapun saran-saran yang dapat penulis berikan untuk perbaikan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Bagi Klien dan Keluarga

Keluarga klien dapat memperhatikan kondisi kesehatannya anaknya, diharapkan agar orang tua dapat rajin memeriksakan kesehatan anaknya ke pusat pelayanan kesehatan yang ada.

b. Bagi Rumah Sakit

Untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan kepada klien dengan tepat dan sesuai dengan prosedur, hendaknya pihak rumah sakit dapat melengkapi fasilitas yang dapat menunjang dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Kepada pihak Institusi Pendidikan hendaknya menyediakan waktu yang lebih banyak agar penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dapat memberikan hasil yang lebih sempurna dan dapat bermanfaat bagi rekan-rekan Mahasiswa Stikes Muhammadiyah Samarinda kedepannya. Selain itu hendaknya juga memperhatikan sarana dan prasarana pendidikan seperti buku-buku perpustakaan dan dapat menambahkan *literature* keperawatan terbaru khususnya pada konsep asuhan keperawatan bronkopneumonia pada anak.

## DAFTAR PUSTAKA

Ali, Z. (2001). *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta : Widya Medika.

Ansyari M. H (2012). <http://heldaupik.blogspot.com/2012/03/fisioterapi-dada-pada-anak.html> upik. Diperoleh 23 febuari 2015.

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Betz, C.L. & Sowden, L.A. (2002). *Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi 3*. Jakarta : EGC.

Doenges M.E., Moorhouse M.F., Murr A.C. (2010). *Nursing Care Plans: Guidelines For Individualizing Client Care Across The Life Span. Edition 8*. Philadelphia : F.A. Davis Company.

Evelyn C. P., (2000). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Hidayat, A.A (2008). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*, Jakarta: Salemba Medika.

Hussein H. A., & Elsamman G. A., (2011). “*Effect of Chest Physiotherapy on Improving Chest Airways among Infants with Pneumonia*”.

Ngastiyah. (2005). *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta : EGC.

Kurniadi R. (2012) <http://asuhankeperawatanonline.blogspot.com/2012/01/asuhan-keperawatan-bronkopneumonia.html> Diperoleh 24 febuari 2015.

Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Praktik. Edisi 4*. Jakarta : EGC.

Riyadi S. & Sukarmin, (2009). *Asuhan Keperawatan pada Anak. Edisi pertama*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Smeltzer, S.C & Bare, B.G, 2002. *Buku Ajar Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta: EGC.

Soemarno S., Astuti D. (2005). *“Pengaruh Penambahan MWD Pada Terapi Inhalasi, Chest Fisioterapi (Postural Drainage, Huffing, Caughing, Tapping Dan Clapping) Dalam Meningkatkan Volume Pengeluaran Sputum Pada Penderita Asma.*

Wdijayanti I. (2012). *Pengaruh Fisioterapi Dada Dan Suctioning Terhadap Bersihan Jalan Napas Pasca Nebulisasi Pada Anak Usia Toddler Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Cempaka RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.*

Wong, D. L. (2003). *Pedoman Klinik Keperawatan Pediatrik Edisi 4.* Jakarta : EGC.

Wong, D.L. dkk. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Volume 1 Edisi 6.* Jakarta : EGC.

Zebaot D. (2011) <http://diaryofeffatazebaoth.blogspot.com/2011/07/kti-damuz%20bronkopneumonia.html> Diperoleh 23 febuari 2015.