

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN BRONKHOPNEUMONIA PADA
AN.M USIA 8 TAHUN (USIA SEKOLAH) DENGAN PENERAPAN
INTERVENSI FISIOTERAPI DADA DI RUANG ASTER
UPT PUSKESMAS LEUWIGOONG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut



**NENG NURLIANI, S.Kep
KHGD24003**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024/2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.M USIA 8
TAHUN (USIA SEKOLAH) DENGAN PENERAPAN
INTERVENSI FISIOTERAPI DADA DI RUANG ASTER
UPT PUSKESMAS LEUWIGOONG GARUT

NAMA : NENG NURLIANI

NIM : KHGD24003

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

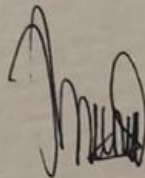
KIAN ini telah disetujui untuk diseminarkan di hadapan Tim Penguji Program

Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Sri Yekti Widadi, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.M USIA 8
TAHUN (USIA SEKOLAH) DENGAN PENERAPAN
INTERVENSI FISIOTERAPI DADA DI RUANG ASTER
UPT PUSKESMAS LEUWIGOONG GARUT**

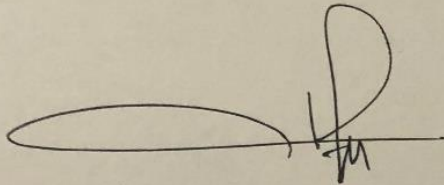
NAMA : NENG NURLIANI

NIM : KHGD24002

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

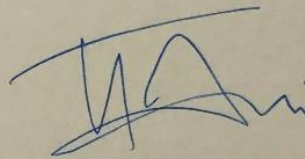
Penguji I



Wahyudin, S. Kp., M.Kes

Mengetahui,

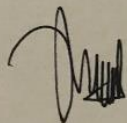
Penguji II



Ns. Tantri Puspita, S.Kep., MNS

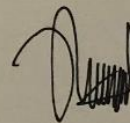
Mengesahkan,

Ketua Program Studi Profesi Ners



Sri Yekti W, M.Kep

Pembimbing



Sri Yekti W, M.Kep

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN BRONKHOPNEUMONIA PADA AN.M USIA 8 TAHUN (USIA SEKOLAH) DENGAN PENERAPAN INTERVENSI FISIOTERAPI DADA DI RUANG ASTER UPT PUSKESMAS LEUWIGOONG GARUT

Neng Nurliani,S.Kep
Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut

Latar belakang: Salah satu penyakit infeksi saluran pernapasan yang sering menyerang pada anak-anak adalah bronkopneumonia. Tanda dari reaksi infeksi bronkopneumonia adalah dengan meningkatnya produksi sputum. Obstruksi jalan napas disebabkan oleh banyaknya produksi sputum sehingga bersihan jalan napas menjadi tidak efektif. Ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret juga merupakan kendala yang sering dijumpai pada anak usia bayi sampai dengan pra sekolah. Penatalaksanaan yang biasa dilakukan pada anak dengan bronkopneumonia adalah dengan tindakan fisioterapi dada. Fisioterapi dada merupakan suatu tindakan postural drainage, perkusi dan vibrasi pada bagian dada yang merupakan metode untuk memperbesar upaya klien dan memperbaiki fungsi paru-paru.

Tujuan: Bertujuan untuk menganalisis Asuhan Keperawatan Bronkhopneumonia Pada An.M Usia 8 Tahun (Usia Sekolah) Dengan Penerapan Intervensi Fisioterapi Dada Untuk Meningkatkan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Aster Upt Puskesmas Leuwigoong Garut.

Metode: Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan medis.

Hasil: Hasil studi kasus pada An,M dengan Bronkhopneumonia dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif ternyata dapat diatasi dengan pemberian tindakan fisioterapi dada selama 3 hari, hal ini ditandai dengan terjadinya pengeluaran sputum dan penurunan frekuensi napas

Kesimpulan: Fisioterapi dada efektif untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif Pada An.M Usia 8 Tahun (Usia Sekolah) dengan Bronkhopneumonia Di Ruang Aster Upt Puskesmas Leuwigoong Garut.

kata kunci: Bronkhopneumonia, Fisioterapi dada, Anak

ABSTRACT

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR BRONCHOPNEUMONIA IN AN.M
AGED 8 YEARS (SCHOOL AGE) WITH THE IMPLEMENTATION OF
CHEST PHYSIOTHERAPY IN THE ASTER ROOM OF UPT LEUWIGOONG
GARUT PUBLIC HEALTH CENTER**

Neng Nurliani,S.Kep
Nursing Professional Study Program
STIKes Karsa Husada Garut

Background: *Bronchopneumonia is a common respiratory infection in children. A sign of bronchopneumonia is increased sputum production. Airway obstruction is caused by excessive sputum production, making airway clearance ineffective. Inability to expel secretions is also a common problem in children from infants to preschoolers. Chest physiotherapy is a common treatment for children with bronchopneumonia. Chest physiotherapy involves postural drainage, percussion, and vibration of the chest, which is a method used to increase the client's effort and improve lung function.*

Purpose: *The aim of this study was to analyze nursing care for bronchopneumonia in an 8-year-old child (school age) with chest physiotherapy interventions to improve airway clearance in the Aster Room of the Leuwigoong Community Health Center, Garut.*

Method: *The method used was a descriptive case study using anamnesis, observation, physical examination, and medical records.*

Results: *The results of the case study on An.M with bronchopneumonia and ineffective airway clearance problems were successfully addressed with chest physiotherapy for 3 days. This was indicated by sputum production and decreased respiration frequency.*

Conclusion: *Chest physiotherapy is effective in addressing ineffective airway clearance in an 8-year-old child (school age) with bronchopneumonia in the Aster Room of the Leuwigoong Community Health Center, Garut.*

Keywords: *Bronchopneumonia, Chest physiotherapy, Children*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Assalamu'alaikum wr.wb.

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada suri tauladan kita Baginda Rasulullah SAW beserta keluarga dan umatnya hingga akhir zaman. Karena berkat Rahmat dan Ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis banyak memperoleh bantuan baik moril maupun materil serta bimbingan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si Ketua umum pengurus yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Sri Yekti Widadi, M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktu, arahan, motivasi serta masukan bagi penyusun.
6. Seluruh jajaran Dosen dan Staf Prodi Profesi Ners Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Teristimewa kepada kedua orangtua, Terimakasih karena telah memberikan kasih sayang, serta senantiasa mengiringkan do'a, dukungan dan nasihat bagi penulis. Semoga Allah SWT memberikan kesehatan dan panjangkan umur mereka, agar senantiasa menemani penulis menuju kesuksesan.

8. Rekan-rekan Angkatan 2024 Program Studi Profesi Ners Keperawatan, pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners.
9. Kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan penelitian selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis maupun pembaca

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK.....	iii
<i>ABSTRACT</i>	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.3 Manfaat Penulisan.....	6
1.3.1 Manfaat Teoritis	6
1.3.2 Manfaat Praktis	6
1.4 Sistematika Penulisan.....	7
BAB II	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar Bronkopneumonia.....	8
2.1.1 Pengertian Bronkopneumonia	8
2.1.2 Etiologi Bronkopneumonia	8
2.1.3 Faktor Resiko Penyebab Bronkopneumonia.....	10
2.1.4 Patofisiologis Bronkopneumonia	10
2.1.6 Manifestasi Klinis Bronkopneumonia	13
2.1.7 Komplikasi Bronkopneumonia.....	13
2.1.8 Penatalaksanaan Bronkopneumonia	14
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	15
2.2.1 Pengkajian.....	15
2.2.2. Analisa Data	29
2.2.3. Diagnosis Keperawatan.....	32
2.2.4. Intervensi Keperawatan.....	33
2.2.5 Implementasi Keperawatan	39
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	39

2.3 Konsep Fisioterapi dada	40
2.3.1 Pengertian Fisioterapi dada	40
2.3.2 Efektivitas fisioterapi dada	40
2.3.3 Indikasi dan kontraindikasi fisioterapi dada	42
2.3.4 Standar Operasional Prosedur (SOP).....	42
2.4 Evidence Based Practice	47
BAB III	52
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	52
3.1 Tinjauan Kasus.....	52
3.1.1 Pengkajian.....	52
3.1.2 Diagnosis Keperawatan.....	68
3.1.3 Intervensi Keperawatan.....	69
3.1.4 Implementasi Keperawatan	73
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	75
3.2 Pembahasan.....	78
3.2.1 Tahap Pengkajian	78
3.2.2 Diagnosa keperawatan.....	80
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	81
3.2.4 Implementasi Keperawatan	84
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	85
BAB IV	86
KESIMPULAN DAN SARAN	86
4.1 Kesimpulan	86
4.2 Saran	87
4.2.1 Bagi insitusi pelayanan kesehatan	87
4.2.2 Bagi institusi pendidikan	87
4.2.3 Bagi masyarakat atau keluarga	87
4.2.4 Bagi peneliti selanjutnya	88
DAFTAR PUSTAKA.....	89

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi	23
Tabel 2.2 Penilaian Skala Glaslow Pada Anak.....	23
Tabel 2.3 Analisa Data	29
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan.....	33
Tabel 2.5. Standar Prosedur Operasional <i>Postural Drainage</i>	43
Tabel 2.6 Standar Operasional Prosedur (SOP) Fisioterapi Dada.....	46
Tabel 2.7 Evidence Based Practice	48
Tabel 3.1 Identitas Saudara Kandung.....	53
Tabel 3.2 Riwayat Imunisasi	56
Tabel 3.3 Pola perubahan Nutrisi Anak.....	58
Tabel 3.4 Nutrisi.....	60
Tabel 3.5 Cairan	60
Tabel 3.6 Eliminasi.....	60
Tabel 3.7 istirahat tidur	61
Tabel 3.8 Personal Hygiene.....	61
Tabel 3.9 aktifitas/Mobilitas Fisik.....	61
Tabel 3.10 Test Diagnostik.....	66
Tabel 3.11 Terapi Obat	66
Tabel 3.12 Analisa Data	67
Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan.....	69
Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan	73
Tabel 3.15 Evaluasi Keperawatan	75

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Genogram	55
--------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Zaman sekarang ini banyak penyakit yang berhubungan dengan saluran pernapasan, yaitu infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh bermacam-macam organisme, ada yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan jamur. Penyakit infeksi saluran pernapasan ini harus menjadi perhatian bagi kita semua untuk selalu berhati-hati dalam menjaga kondisi tubuh dari masuknya penyebab infeksi tersebut. Penyakit infeksi saluran pernapasan merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama di dunia, peranan tenaga medis dalam meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat cukup besar karena sampai saat ini penyakit ini masih termasuk ke dalam salah satu penyebab yang mendorong tetap tingginya angka kesakitan dan angka kematian di dunia (Ngastiyah, 2021).

Bronkopneumonia adalah penyakit infeksi saluran pernafasan yang sering menyerang pada anak-anak. Tanda dari reaksi infeksi bronkopneumonia adalah dengan meningkatnya produksi sputum. Obstruksi jalan napas disebabkan oleh banyaknya produksi sputum sehingga bersihan jalan napas menjadi tidak efektif. Ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret juga merupakan kendala yang sering dijumpai pada anak usia bayi sampai dengan pra sekolah. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut reflek batuk masih sangat lemah. Apabila masalah bersihan jalan napas ini tidak ditangani secara tepat maka dapat menimbulkan masalah yang lebih berat seperti pasien akan

mengalami sesak yang hebat bahkan bisa menimbulkan kematian (Nuzul, 2022).

World Health Organization (WHO) tahun 2020 bronkhopneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, jamur dan bakteri. Sampai saat ini program dalam pengendalian pneumonia lebih diprioritaskan pada pengendalian pneumonia balita. Pneumonia pada balita ditandai dengan batuk dan atau tanda kesulitan bernapas yaitu adanya nafas cepat, kadang disertai tarikan dinding dada bagian bawah kedalam, dengan batasan nafas cepat berdasarkan usia penderita yaitu <2 bulan: ≤ 60 /menit, 2-<12 bulan : ≤ 50 /menit, dan 1-<5 tahun : ≤ 40 /menit (WHO, 2020).

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) prevalensi kasus Pneumonia berkisar 800.000 balita setiap tahun di dunia menderita pneumonia, dan sekitar 2.000 balita setiap harinya meninggal akibat pneumonia (WHO, 2020). Berdasarkan data Kemenkes RI prevalensi data di Indonesia 467.383 (Kemenkes RI, 2021). Menurut laporan Profil Kesehatan Indonesia prevalensi pneumonia di Jawa Barat berada di urutan ke-3 tertinggi di Indonesia berdasarkan data Riskesdas tahun 2020, dengan persentase kasus pneumonia sebesar 45,7%. Berdasarkan data kabupaten Garut prevalensi pneumonia sejumlah 8.011 jiwa, diantaranya 3960 laki-laki dan 4051 wanita (Dinkes, 2019).

Dampak yang dapat terjadi apabila ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak segera ditangani adalah dapat menyebabkan terjadinya hipoksia.

Hal ini terjadi karena kurangnya suplai oksilgen akibat adanya penumpukan sekret dan apabila suplai oksigen tidak terpenuhi dapat menyebabkan pasien anak kehilangan kesadaran, kejang, terjadi kerusakan otak yang permanen, henti nafas bahkan kematian (Ngastiyah, 2021).

Penatalaksanaan yang biasa dilakukan pada anak dengan bronkopneumonia adalah dengan tindakan fisioterapi dada. Fisioterapi dada merupakan suatu tindakan postural drainage, perkusi dan vibrasi pada bagian dada yang merupakan metode untuk memperbesar upaya klien dan memperbaiki fungsi paru-paru (Jauhar, 2020). Fisioterapi dada merupakan kumpulan teknik terapi atau tindakan pengeluaran sekret yang dapat digunakan, baik secara mandiri maupun kombinasi agar tidak terjadi penumpukan sekret yang mengakibatkan tersumbatnya jalan napas dan komplikasi penyakit lain sehingga menurunkan fungsi ventilasi paru-paru (Hidayati, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Astuti & Dewi (2024) dengan judul "Penerapan Fisioterapi Dada Terhadap Status Respirasi Pada An. A Dengan Bronkopneumonia". Populasi dalam studi ini adalah An. A yang berusia 1 tahun lebih 3 bulan dengan bronkopneumonia dengan tanda batuk berdahak yang susah dikeluarkan, sesak nafas dengan respirasi 56 kali per menit dan gelisah. Setelah dilakukan tindakan fisioterapi dada selama 3 hari didapatkan hasil terjadi pengeluaran sputum dan respirasi rate menurun. Hasil dari pemberian tindakan fisioterapi dada pada hari pertama sudah menunjukkan penurunan respirasi dari 56 menjadi 50 kali per menit dan keluarnya sputum

kental putih kekuningan, di hari kedua respirasi kembali turun yang awalnya 46 kali per menit menjadi 44 kali per menit, sputum kental berwarna putih kekuningan keluar dan pada hari ketiga respirasi sudah normal yaitu 36 kali per menit, pasien tidak menangis, tidak muntah dan tidak mengeluarkan sputum.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh sukma, dkk (2020) dengan judul "Pengaruh Pelaksanaan Fisioterapi Dada (Clapping) Terhadap Bersihan Jalan Napas Pada Anak Dengan Bronkopneumoni" Terdapat pengaruh yang signifikan terhadap bersihan jalan napas pada anak dengan bronkopneumonia setelah dilakukan fisioterapi dada dikarenakan terjadi perbaikan kondisi pada status pernapasan responden diantaranya frekuensi napas atau respiration rate, suara napas ronki, dan batuk produktif. Terdapat perubahan pada rata-rata frekuensi pernapasan responden yaitu 26.6 kali per menit kemudian setelah dilakukan fisioterapi dada atau clapping rata-rata frekuensi napas menurun menjadi 22.3 kali per menit. Selain itu suara napas ronki dan batuk efektif berkurang setelah dilakukan fisioterapi dada. Sehingga, fisioterapi dada efektif terhadap bersihan jalan napas pada anak dengan bronkopneumonia.

Berdasarkan uraian latar belakang, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang " Analisis Asuhan Keperawatan Bronkhopneumonia Pada An.M Usia 8 Tahun (Usia Sekolah) Dengan Penerapan Intervensi Fisioterapi Dada Untuk Meningkatkan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Aster Upt Puskesmas Leuwigoong Garut"

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Bronkhopneumonia Pada An. M Dengan Fisioterapi Dada Di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
3. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
4. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
6. Mampu menganalisa antara teori dan praktik terkait asuhan keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut

7. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

1. Studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan referensi bagi peneli selanjutnya dalam melakukan studi kasus di berbagai rumah sakit yang ada di Indonesia.
2. Memberikan pengetahuan dari berbagai sudut pandang peneliti lain, terkait keberhasilan penerapan Fisioterapi Dada dalam Manajemen Bersihan Jalan Nafas pada pasien Bronkhopneumonia.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Studi kasus ini diharapkan dapat berguna bagi perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan sebagai acuan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan dengan fisioterapi dada pada pasien bronkhopneumonia

2. Bagi Puskesmas

Puskesmas dapat menggunakan hasil studi kasus ini sebagai sumber informasi dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan pada pasien bronkhopneumonia agar dapat sedikitnya membantu menekan angka kejadian bronkhopneumonia di Indonesia setiap tahunnya agar tidak mengalami peningkatan jumlah kasus bronkhopneumonia.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien bronkhopneumonia untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan Evidence Based Practice (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa pada klien dan keluarga serta dari status/rekam medis klien selama sakit. Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut: BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis, terdiri dari konsep dasar bronkhopneumonia, fisioterapi dada dan evidence based practice.

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan meliputi proses – asuhan keperawatan yang berisi: laporan askep pada kasus yang diambil, dan disajikan sesuai dengan sistematika dokumentasi proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan. Evidence Based Practice terkait intervensi minimal dari 5 jurnal (3 nasional dan 2 internasional)

BAB IV Kesimpulan dan Saran, bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran atau rekomendasi yang operasional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Bronkopneumonia

2.1.1 Pengertian Bronkopneumonia

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

Bronkopneumonia merupakan radang dari saluran pernapasan yang terjadi pada bronkus dan alveolus paru. Bronkopneumonia adalah peradangan pada parenkim paru yang melibatkan bronkus yang ditandai dengan bercak-bercak yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme (Rukmi et al., 2018)

2.1.2 Etiologi Bronkopneumonia

Menurut Nurarif & Kusuma (2020) secara umum bronkopneumonia diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat memiliki mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernafasan yang terdiri atas reflek glotis dan batuk, adanya lapisan mukus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ dan sekresi humoral setempat. Timbulnya bronkopneumonia disebabkan oleh bakteri virus dan jamur, antara lain:

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

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab Bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveolus. Inflamasi bronkus ini ditandai dengan adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual. Bila penyebaran kuman sudah mencapai alveolus maka komplikasi yang terjadi adalah kolaps alveoli, fibrosis, emfisema dan atelektasis. Kolaps alveoli akan mengakibatkan penyempitan jalan napas, sesak napas, dan napas ronchi. Fibrosis bisa menyebabkan penurunan fungsi paru dan penurunan produksi surfaktan sebagai pelumas yang berfungsi untuk melembabkan rongga fleura. Emfisema (tertimbunnya cairan atau pus dalam rongga paru) adalah tindak lanjut dari pembedahan Atelektasi mengakibatkan peningkatan frekuensi napas, hipoksemia, asidosis respiratori, pada klien terjadi sianosis, dispnea dan kelelahan yang akan mengakibatkan terjadinya gagal napas.

2.1.3 Faktor Resiko Penyebab Bronkopneumonia

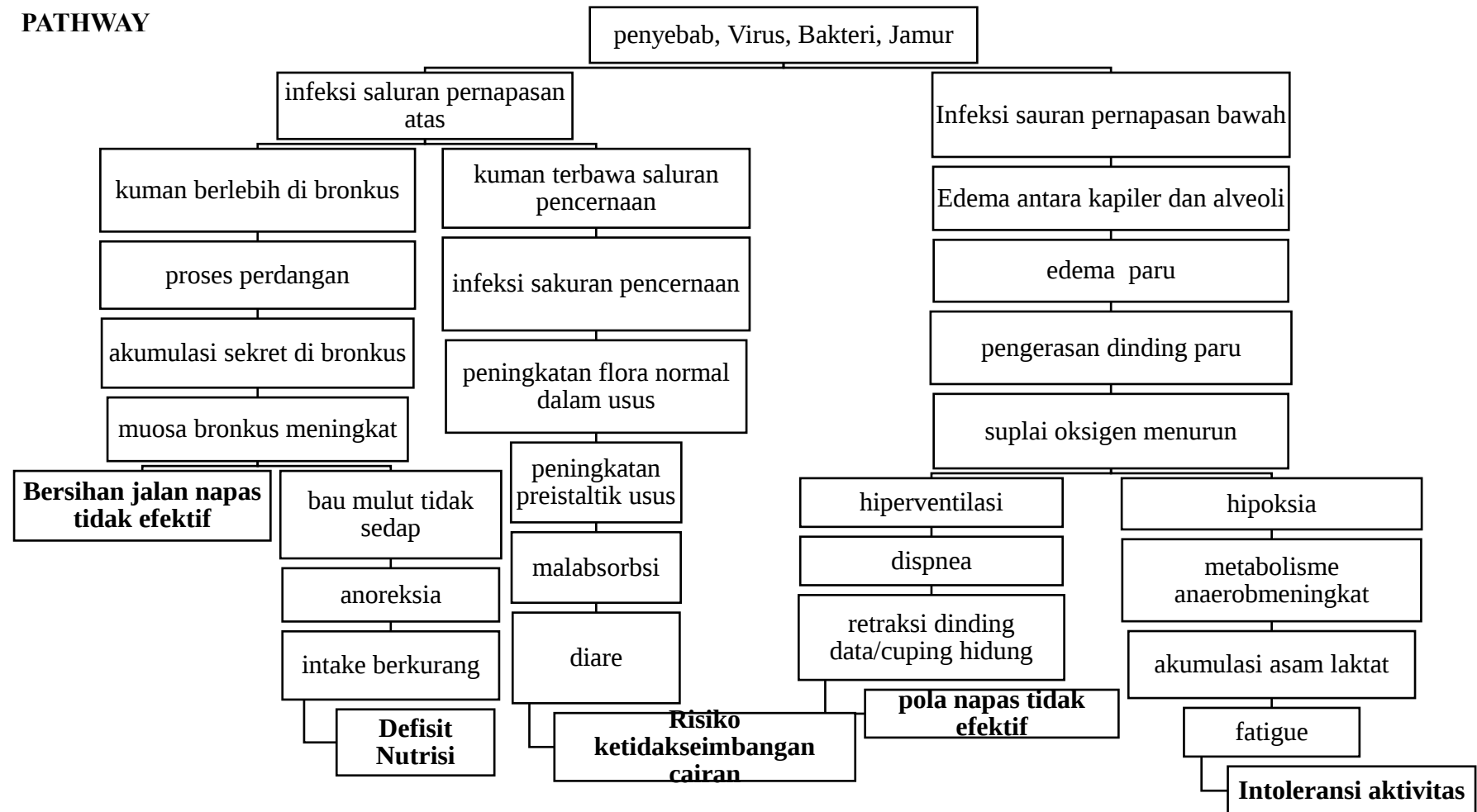
Faktor risiko penyebab timbulnya bronchopneumonia adalah (Sinaga, 2019):

- a. Faktor predisposisi
 - 1) Usia atau umur
 - 2) Genetik
- b. faktor pencetus
 - 1) Gizi buruk atau gizi kurang
 - 2) Berat badan lahir rendah (BBLR)
 - 3) Tidak mendapatkan ASI yang memadai
 - 4) Imunisasi yang tidak lengkap
 - 5) Polusi udara
 - 6) Kepadatan tempat tinggal

2.1.4 Patofisiologis Bronkopneumonia

Sebagian besar penyebab dari bronkopneumonia ialah mikroorganisme (jamur, bakteri, virus) awalnya mikroorganisme masuk melalui percikan ludah (droplet) invasi ini dapat masuk ke saluran pernafasan atas dan menimbulkan reaksi imunologis dari tubuh. Reaksi ini menyebabkan peradangan, dimana ketika terjadi peradangan ini tubuh menyesuaikan diri maka timbulah gejala demam pada penderita. Reaksi peradangan ini dapat menimbulkan sekret, semakin lama sekret semakin menumpuk di bronkus maka aliran bronkus menjadi semakin sempit dan pasien dapat merasa sesak. Tidak hanya terkumpul di bronkus lama-kelamaan sekret dapat sampai ke alveolus paru dan

mengganggu sistem pertukaran gas di paru. Tidak hanya menginfeksi saluran nafas, bakteri ini juga dapat menginfeksi saluran cerna ketika ia terbawa oleh darah. Bakteri ini dapat membuat flora normal dalam usus menjadi agen patogen sehingga timbul masalah pencernaan. Dalam keadaan sehat, pada paru tidak akan terjadi pertumbuhan mikroorganisme, keadaan ini disebabkan adanya mekanisme pertahanan paru. Terdapatnya bakteri didalam paru menunjukkan adanya gangguan daya tahan tubuh, sehingga mikroorganisme dapat berkembang biak dan mengakibatkan timbulnya infeksi penyakit. Masuknya mikroorganisme ke dalam saluran nafas dan paru dapat melalui berbagai cara, antara lain inhalasi langsung dari udara, aspirasi dari bahan-bahan yang ada di nasofaring dan orofaring serta perluasan langsung dari tempat-tempat lain, penyebaran secara hematogen (Nurarif & Kusuma, 2020)

PATHWAY

Sumber : Nuarif & Kusuma (2020)

2.1.6 Manifestasi Klinis Bronkopneumonia

Manifestasi klinis dari bronchopneumonia yaitu (Dickyk & Wulan Janar,2020):

1. Biasanya didahulu dengan infeksi saluran pernafasan atas selama beberapa hari
2. Demam (39-40°C) kadang-kadang disertai dengan kejang karena demam yang tinggi
3. Anak sangat gelisah, adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernafas dan batuk
4. Pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut
5. Kadang-kadang disertai muntah dan diare
6. Adanya bunyi tambahan pernafasan seperti ronchi

2.1.7 Komplikasi Bronkopneumonia

Komplikasi bronkopneumonia umumnya lebih sering terjadi pada anak-anak, orang dewasa yang lebih tua (usia 65 tahun atau lebih), dan orang-orang dengan kondisi kesehatan tertentu, seperti diabetes (Akbar Asfihan, 2019). Beberapa komplikasi bronkopneumonia yang mungkin terjadi, termasuk:

1. Infeksi Darah

Kondisi ini terjadi karena bakteri memasuki aliran darah dan menginfeksi organ lain. Infeksi darah atau sepsis dapat menyebabkan kegagalan organ.

2. Abses Paru-paru

Abses paru-paru dapat terjadi ketika nanah terbentuk di rongga paru-paru. Kondisi ini biasanya dapat diobati dengan antibiotik. Tetapi kadang-kadang diperlukan pembedahan untuk menyingkirkannya.

3. Efusi Pleura

Efusi pleura adalah suatu kondisi di mana cairan mengisi ruang di sekitar paru-paru dan rongga dada. Cairan yang terinfeksi biasanya dikeringkan dengan jarum atau tabung tipis. Dalam beberapa kasus, efusi pleura yang parah memerlukan intervensi bedah untuk membantu mengeluarkan cairan.

4. Gagal Napas

Kondisi yang disebabkan oleh kerusakan parah pada paru-paru, sehingga tubuh tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen karena gangguan fungsi pernapasan. Jika tidak segera diobati, gagal napas dapat menyebabkan organ tubuh berhenti berfungsi dan berhenti bernapas sama sekali. Dalam hal ini, orang yang terkena harus menerima bantuan pernapasan melalui mesin (respirator).

2.1.8 Penatalaksanaan Bronkopneumonia

Penatalaksanaan pada anak balita dengan bronkopneumonia antara lain (Fadhila,2023):

1. Pemberian penisilin 50.000 U/kg BB/hari, ditambah dengan kloramfenikol 5070 mg/kg BB/hari atau diberikan obat antibiotik yang mempunyai spektrum luas seperti obat ampisilin.
2. Terapi nebulisasi menggunakan salbutamol untuk mengurangi sesak akibat penyempitan jalan nafas atau bronkospasme akibat hipersekresi mucus.
3. Terapi oksigen untuk mengurangi hipoksemia, mempermudah usaha bernapas, dan mengurangi kerja miokardium.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

A. Identitas

Identitas klien merupakan gambaran umum klien yang terdiri dari nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, status perkawinan, suku bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk rumah sakit, tanggal dan jam pengkajian, nomor register, dan diagnosa medis.

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan sampai klien datang ke RS. Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien dengan bronkopneumonia adalah sesak napas, batuk, dan demam menggigil, produksi sputum berlebih, sputum berwarna seperti karat (Somantri, 2013).

2. Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama saat dikaji adalah keluhan yang paling menonjol yang dirasakan oleh pasien saat dikaji. Keluhan yang sering dirasakan pada pasien bronkopneumonia (BHP) yaitu sesak napas, batuk dan peningkatan suhu tubuh. Penilaian keluhan utama menggunakan PQRST (Somantri, 2013).

P:Provokative dan palliative

Apa yang menyebabkan timbulnya masalah atau keluhan, hal yang memperberat dan mengurangi keluhan yang dirasakan.

Q:Quality/Quantity

Seberapa berat keluhan terasa, dirasakan seperti apa, tampilan dan suara dari keluhan, seberapa sering keluhan dirasakan.

R: Region (radiation dan relief)

Lokasi keluhan yang dirasakan, apakah menyebar ke daerah lain dan daerah penyebarannya.

S: Severity (scale)

Intensitas (skala) keluhan dinyatakan ringan, sedang atau berat, pengaruh terhadap aktivitas.

T: Time

Kapan keluhan dimulai atau muncul, seberapa sering keluhan tersebut, berapa lama intensitas.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Bronkopneumonia adalah biasanya didahului oleh infeksi saluran pernapasan bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 30-40°C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kesehatan yang memiliki hubungan dengan klien atau memperberat keadaan penyakit saat ini, pengobatan saat ini dan masa lalu serta tempat tinggal, penyakit yang pernah dialami klien sebelumnya. Pada bronkopneumonia, pengkajian diarahkan pada waktu sebelumnya, apakah klien pernah mengalami infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan demam ringan (Marni, 2014).

5. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

1. Prenatal

Mengidentifikasi riwayat kehamilan, jumlah kunjungan pemeriksaan saat kehamilan, kesehatan selama kehamilan, pemberian imunisasi TT, nutrisi saat hamil, peningkatan BB, konsumsi multivitamin, obat dan zat besi, keluhan saat kehamilan (Marni, 2014).

2. Intranatal

Mengidentifikasi riwayat kelahiran, lahir matur/prematur, tempat pertolongan persalinan, proses kelahiran dan tipe kelahiran, APGAR score, BB dan PB saat lahir (Marni, 2014).

3. Postnatal

Mengidentifikasi riwayat postnatal, riwayat lahir mati/aborsi, kondisi bayi setelah lahir dan kondisi ibu setelah melahirkan, adanya anomali pada pemberian ASI (Marni, 2014)

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga diidentifikasi apakah di keluarga ada riwayat penyakit menular seperti TB paru, HIV AIDS atau turunan seperti Hipertensi, DM, Asma atau keduanya. Perlu dicari riwayat keluarga yang dapat memberikan predisposisi keluhan seperti adanya riwayat sesak napas (Marni, 2014).

7. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Menurut Wilson dan Thompson pneumonia sering terjadi pada musim hujan dan awal musim semi. Selain itu pemeliharaan kesehatan dan kebersihan lingkungan yang kurang juga bisa menyebabkan anak menderita sakit. Lingkungan pabrik atau banyak asap dan debu ataupun lingkungan dengan anggota keluarga perokok (Marni, 2014).

8. Pola Aktivitas Sehari-Hari

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

1. Pola Nutrisi

Asupan nutrisi utama pada bayi adalah ASI selama 6 bulan pertama dan mendapatkan makanan pendamping ASI setelah usia 6 bulan. Asupan

susu formula bervariasi pada setiap bayi, tetapi rata-rata asupan pada bayi yaitu 113 gram, 6x/hari dalam satu bulan, sampai 119 gram/hari selama 6 bulan saat makanan dapat diperkenalkan pada bayi. Menurut Dewi (2018), kebutuhan nutrisi pada bayi sebagai berikut:

Cairan : 100 mL/kg/hari untuk 10 kg pertama

1000+50 mL/kg/hari untuk 10 kg berikutnya

1500+20 mL/kg/hari untuk >20 kg

Kalori : 1 sampai 6 bulan : 108 kkal/kg

6 sampai 12 bulan : 98 kkal/kg

Pada pasien bronkopneumonia (BHP) biasanya terjadi Penurunan nafsu makan, mual muntah, anoreksia (Marni, 2017).

2. Pola Eliminasi

Menurut Kyle (2014), pada pasien dengan bronkpneumonia (BHP) sering mengalami penurunan produksi urin akibat Adanya perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam serta terjadi diare karena adanya bakteri yang masuk ke dalam usus.

3. Pola Istirahat Tidur

Anak usia infant kebanyakan tidur sampai 7-8 jam di malam hari tanpa terbangun dan pada usia bayi 1 bulan-1 tahun memerlukan waktu tidur 14 jam/hari. Pada anak dengan bronkopneumonia (BHP), data yang sering muncul, anak mengalami kesulitan tidur karena sesak nafas, penampilan anak terlihat lemah, sering menangis, rewel pada malam hari karena ketidaknyamanan tersebut (Kyle, 2014)

4. Pola Personal Hygiene

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan frekuensi, cara, dan keluhan yang dirasakan oleh klien saat klien mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian sebelum sakit dan dapat dihubungkan dengan kemampuan untuk merawat diri yang sudah dapat dilakukan oleh klien (*Kyle, 2014*).

5. Pola Aktivitas

Menurut *Kyle (2014)* pada anak dengan bronkopneumonia (BHP) aktivitas dan latihannya anak tampak menurun sebagai dampak kelemahan fisik. Anak tampak lebih banyak minta digendong oleh orangtuanya atau bedrest.

9. Pertumbuhan Dan Perkembangan

1. Pertumbuhan (growth)

Pertumbuhan merupakan peningkatan jumlah dan besar sel di seluruh bagian tubuh menghasilkan pertumbuhan jumlah dan berat secara keseluruhan atau sebagian (*Hidayat, 2019*). Pertumbuhan pada anak usia infant (0-12 bulan) meliputi:

a) Pertumbuhan Berat Badan (BB)

Berat badan digunakan untuk menilai hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh. Rata-rata berat badan lahir yaitu 3,25 kg. Berat badan rata rata usia 9 bulan yaitu 7.100 gram-8.900 gram dan berat badan rata-rata usia 10 bulan yaitu 7.400-9.300 gram (*Sembiring, 2017*). Pertumbuhan berat badan

perbulan sekitar 350-450 gram pada usia 7-9 bulan, 250- 350 gram pada usia 10-12 bulan.

b) Pertumbuhan Tinggi badan (TB)

Pengukuran tinggi badan untuk menilai status perbaikan gizi. Rata-rata panjang badan bayi baru lahir yaitu 50 cm. Tinggi badan rata-rata usia 9 bulan yaitu 56,5 cm-70.5 cm dan tinggi badan rata-rata usia 10 bulan yaitu 57.5 cm 72.0 cm (Sembiring, 2017). TB dapat dipekirakan sebagai berikut:

Umur 1 tahun : $1,5 \times \text{TB lahir}$ Atau dengan rumus

Behrman: Lahir = 50 cm Umur 1 tahun = 75 cm

c) Pertumbuhan Lingkar Kepala (LK)

Pengukuran lingkar kepala digunakan untuk menilai pertumbuhan otak. Penilaian ini dapat dilihat apabila pertumbuhan otak kecil (mikrosefali), sebaliknya apabila volume kepala meningkat akibat penyumbatan pada cairan cerebrospinalis. Pertumbuhan pada lingkar kepala ini terjadi dengan sangat cepat sekitar 6 bulan pertama, yaitu dari 35-45 cm. Pada usia 1 tahun hanya mengalami pertumbuhan kurang lebih 46,5 cm (Sembiring, 2017).

d) Pengukuran lingkar lengan atas (LAA)

Digunakan untuk menilai jaringan lemak dan otot Pada saat lahir, lingkar lengan atas sekitar 11 cm dan pada tahun pertama,

lingkar lengan atas menjadi 16 cm dan selanjutnya tidak banyak berubah sampai usia 3 tahun (Sembiring, 2017).

e) Pengukuran Lingkar Dada (LD)

Ukuran normal lingkar dada sekitar 2 cm lebih kecil dari lingkar kepala sampai usia kurang lebih dari 1 tahun dan saat usia 12 bulan sama dengan lingkar kepala (Sembiring, 2017)

f) Pengukuran Lingkar Abdomen (LA)

Lingkar abdomen pada bayi baru lahir lebih besar dari lingkar dada yaitu sekitar 31-35 cm. Lingkar abdomen dilakukan untuk mengetahui adanya kelainan/pembesaran perut (Sembiring, 2017).

2. Perkembangan

Perkembangan adalah perubahan secara berangsur angsur dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan, atau kedewasaan, dan pembelajaran. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Sembiring, 2017) menyebutkan aspek-aspek perkembangan yang dapat dipantau meliputi motorik kasar, motorik halus, kemampuan bicara dan bahasa, dan sosialisasi dan kemandirian.

10. Riwayat Imunisasi

Mengidentifikasi Imunisasi yang telah diberikan, kelengkapan imunisasi sesuai dengan umur anak, alasan tidak dilakukannya imunisasi dan umur saat diberikan.

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi

No	Usia	Imunisasi yang diberikan
1	0 bulan	Hepatitis B0
2	1 bulan	BCG, Polio 1
3	2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
4	3 bulan	DPT-HB-Hib 2- Polio 3
5	4 bulan	DPT- HB-Hib 3- Polio 4
6	9 bulan	Campak

C. Pemeriksaan Fisik**1. Kesadaran**

Observasi tingkat kesadaran pada anak menggunakan GCS
(*Glaslow Coma Scale*)

2. Penampilan umum

Penampilan termasuk ke dalam keadaan umum meliputi kesan
keadaan sakit termasuk ekspresi wajah dan posisi pasien.

Tabel 2.2 Penilaian Skala Glaslow Pada Anak

Tanda	Skala Koma Glasgow	Skala Koma Glasgow Modifikasi Pada Anak	Nilai
Mata	Spontan	Spontan	4
	Terhadap perintah	Terhadap suara	3
	Terhadap rangsangan nyeri	Terhadap rangsangan nyeri	2
	Tidak ada	Tidak ada	1
Verbal	Orientasi baik	Orientasi sesuai usia, tersenyum	5
	Bingung	Menagnis dapat dibujuk, Menangis keras, rewel	4
	Kata-kata tidak jelas	Tangisan tak berujung, tak tanggap lingkungan, gelisah	3
	Mengerang	Agitasi	2
	Tidak ada	Tidak ada	1

Motorik	Mengikuti perintah	Mengikuti perintah, gerakan spontan	6
	Melokalisir nyeri	Melokalisir nyeri	5
	Menghindari nyeri	Menghindari nyeri	4
	Fleksi abnormal	Fleksi abnormal	3
	Ekstensi abnormal	Ekstensi abnormal	2
	Tidak ada	Tidak ada	1

Sumber: Ngastiyah (2021)

3. Tanda-Tanda Vital

Menurut Ngastiyah (2021) tanda-tanda vital berupa nadi, pernapasan, dan suhu dengan nilai normal adalah:

a. Nadi Normal

1. 0-3 Bulan: 85-200 x/menit
2. 3 Bulan -2 Tahun: 100-190 x/menit
3. 2-10 Tahun: 60-140 x/menit

b. Respirasi Normal

1. Neonatus : 30-60 x/menit
2. 1 bulan-1 Tahun: 30-60 x/menit
3. 1-2 tahun: 25-50 x/menit
4. 3-5 tahun: 20-30 x/menit
5. 5-9 Tahun: 15-30 x/menit
6. > 10 Tahun: 15-30 x/menit

c. Suhu Normal

1. Bayi: 36,1°C-37,70°C
2. Anak: 36,3°C-37,70°C
3. Dewasa: 36,5°C-37,5°C

4. Pemeriksaan Fisik Persistem

a. Sistem Kardiovaskuler

Pada klien bronkopneumonia biasanya ditemukan takikardia, irritability (Wulandari & Erawati, 2016).

b. Sistem Pernapasan

Pada klien bronkopneumonia biasanya ditemukan Sesak nafas, retraksi dada, melaporkan anak sulit bernapas, pernapasan cuping hidung, Ronkhi, wheezing, takipnea, batuk produktif atau non produktif, pergerakan dada asimetris, pernapasan tidak teratur atau irreguler, kemungkinan friction rub, perkusi redup pada daerah terjadinya konsolidasi, ada sputum atau secret (Wulandari & Erawati, 2016).

c. Sistem Pencernaan

Pada klien bronkopneumonia biasanya akan ditemukan ekspansi kuman melalui pembuluh darah yang masuk ke dalam saluran pencernaan dan mengakibatkan infeksi sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus dan kekauan pada dinding abdomen dan nyeri lambung. Anak malas minum atau makan, muntah, berat badan menurun, dan lemah. Pada orang tua yang dengan tipe keluarga anak pertama mungkin belum memahami tentang tujuan dan cara pemberian makanan dan cairan peronde (Wulandari & Erawati, 2016).

d. Sistem Eliminasi

Pada klien bronkopneumonia biasanya akan ditemukan anak atau bayi menderita diare atau dehidrasi. Orang tua mungkin belum

memahami alasan anak menderita diare sampai terjadi dehidrasi sangat berat (Wulandari & Erawati, 2016).

e. Sistem Saraf

Pada klien bronkopneumonia biasanya akan ditemukan demam, kejang, sakit kepala yang ditandai dengan menangis terus pada anak-anak atau malas minum dan ubun-ubun cekung.

f. Sistem Musculoskeletal

Pada klien bronkopneumonia biasanya akan ditemukan rambut mudah rontok karena kekurangan nutrisi, rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu, Tonus otot menurun, lemah secara menurun (Padila, 2013). Pada klien dengan bronkopneumonia biasanya akan ditemukan sianosis pada ujung jari. Pemeriksaan musculoskeletal pasien akan menunjukkan kelelahan dan gelisah, penurunan toleransi terhadap aktivitas (Wulandari & Erawati, 2016).

g. Sistem Endokrin

Pada klien bronkopneumonia biasanya akan ditemukan adanya nyeri menelan, adanya nyeri, ada atau tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening dan terhadap adanya massa/pembengkakan (Wulandari & Erawati, 2016).

h. Sistem Integumen

Pada klien bronkopneumonia biasanya ditemukan periksa kulit sekitar daerah genitalia terhadap ruam dan kemerahan, kaji kebersihan sekitar genitalia inspeksi kelainan pada genitalia, kaji adanya hipospadia

pada penis, tanda-tanda pembengkakan, amati ukuran skrotum, kelainan pada labia minora dan mayora. Turgor kulit menurun, membran mukosa kering, sianosis, biasanya CRT kembali lebih dari 2 detik. pucat, akral hangat atau kulit kering (Wulandari & Erawati, 2016).

5. Data Psikologis

a. Data Psikologis Klien

Mengidentifikasi kondisi psikologis anak dalam menghadapi kondisi sakit. Pada saat dilakukan pengkajian, klien gelisah dan menangis (Wulandari & Erawati, 2016).

b. Data Psikologis Keluarga

Mengidentifikasi kondisi psikologis keluarga dalam menghadapi kondisi sakit anak. Pada saat dilakukan pengkajian kepada keluarga klien, ibu klien merasa cemas dengan penyakit anaknya (Wulandari & Erawati, 2016).

c. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit. Klien lebih banyak diam, tetapi klien mau bermain bersama ibunya (Wulandari & Erawati, 2016).

6. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah. Keluarga klien selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya (Wulandari & Erawati, 2016).

7. Data Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah suatu proses yang memiliki alasan yang berencana atau darurat sehingga mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani perawatan sampai pemulangnya ke rumah (Wulandari & Erawati, 2016). Pada anak usia lebih dari 6 bulan terjadi stranger anxiety apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya. Reaksi yang sering muncul pada anak ini adalah menangis, marah, dan banyak melakukan gerakan.. Klien belum terbiasa dengan lingkungan rumah sakit, klien lebih banyak rewel.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien dengan bronkopneumonia, terjadi leukositosis, pada pemeriksaan X-ray ditemukan adanya bercak pada lobus paru dan bronkhial, pada pemeriksaan elektrolit nilai sodium dan klorida mungkin rendah (Wulandari & Erawati, 2016).

2.2.2. Analisa Data

Tabel 2.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda mayor Ds=- Do= • Batuk tidak efektif • Tidak mampu batuk • Sputum berlebih • Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering • Mekonium di jalan napas (pada neonatus) Gejala dan Tanda Minor Ds= • Dispnea • Sulit bicara • Orthopnea Do= • Gelisah • Sianosis • Bunyi napas menurun • Frekuensi napas berubah • Pola napas berubah	Virus, bakteri, jamur menyebabkan Infeksi saluran pernapasan atas mengakibatkan terjadinya Kuman berlebih di bronkus kemudian menyebabkan Proses peradangan menyebabkan akumulasi sekret di bronkus menyebabkan mukus bronkus meningkat hingga menyebabkan bersihan jalan napas tidak efektif	Bersihan jalan napas tidak efektif
2	Gejala dan tanda mayor Ds= • Dispnea Do= • Penggunaan otot bantu pernapasan • Fase ekspirasi memanjang • Pola napas abnormal (mis. takipnea,	Infeksi saluran pernapasan bawah menyebabkan edema antara kapiler dan alveoli menyebabkan edema paru m menyebabkan pengerasan dinding paru menyebabkan penurunan compliance paru menyebabkan suplai O₂ menurun menyebabkan hiperventilasi Dispnea menyebabkan Retraksi	Pola napas tidak efektif

	bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne- stokes Gejala dan tanda minor Ds= • Ortopnea Do= • Pernapasan pursed-lip • Pernapasan cuping hidung • Diameter thoraks anterior-posterior meningkat • Ventilasi semenit menurun • Kapasitas vital menurun • Tekanan ekspirasi menurun • Tekanan inspirasi menurun • Ekskursi dada berubah	dinding dada/pernapasan cuping hidung sehingga menyebabkan Pola napas tidak efektif	
3	Gejala tanda mayor Ds= - Do= • Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Gejala tanfa minor Ds= • Cepat kenyang setelah makan • Kram/nyeri abdomen • Nafsu makan menurun Do=	Virus, bakteri, jamur menyebabkan Infeksi saluran pernapasan atas menyebabkan Kuman berlebih di bronkus menyebabkan Proses peradangan menyebabkan akumulasi sekret di bronkus menyebabkan mukus bronkus meningkat mengakibatkan bau mulut tidak sedap menyebabkan anoreksia menyebabkan intake berkurang sehingga menyebabkan Defisit nutrisi	Defisit nutrisi

	• Bising usus hiperaktif • Otot pengunyah lemah • Otot menelan lemah • Membran mukosa pucat • Sariawan • Serum albumin turun • Rambut rontok berlebihan • Diare		
4	Gejala dan tanda mayor Ds= • Mengeluh lelah Do= • Frekuensi jantung meningkat > 20% Gejala dan tanda minor Ds= • Dispnea saat/setelah aktivitas • Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas • Merasa lemah Do= • Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat • Gambaran EKG menunjukan aritmia saat/setelah aktivitas • Gambaran EKG menunjukan iskemia • Sianosis	Infeksi saluran pernapasan bawah menyebabkan Edema antara kapiler dan alveoli menyebabkan Edema paru menyebabkan Pengerasan dinding paru menyebabkan Penurunan compliance paru menyebabkan Suplai O₂ menurun menyebabkan Hipoksia menyebabkan Metabolisme anaerob meningkat menyebabkan Akumulasi asam laktat menyebabkan Fatigue sehingga menyebabkan Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas

5	Faktor risiko • Prosedur pembedahan mayor • Trauma/perdarahan • Luka bakar • Aferesis • Asites • Obstruksi intestinal • Peradangan pankreas • Penyakit ginjal dan kelenjar • Disfungsi intestinal	Virus, bakteri, jamur menyebabkan Infeksi saluran pernapasan atas menyebabkan Kuman terbawa di saluran pencernaan menyebabkan Infeksi saluran pencernaan menyebabkan Peningkatan flora normal usus menyebabkan Peningkatan peristaltik usus menyebabkan Malabsorpsi menyebabkan Diare sehingga menyebabkan Risiko ketidakseimbangan cairan	Risiko ketidakseimbangan cairan
---	---	--	---------------------------------

2.2.3. Diagnosis Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas
2. Pola napas tidak efektif b.d deprsri pusat pernapasan
3. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan
4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
5. Risiko ketidaksimbangan cairan b.d difungsi intestinal

2.2.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	Bersihan jalan napas tidak efektif Berhubungan dengan hipersekresi di jalan napas ditandai dengan Gejala dan Tanda mayor Ds=- Do= • Batuk tidak efektif • Tidak mampu batuk • Sputum berlebih • Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering • Mekonium di jalan napas (pada neonatus) Gejala dan Tanda Minor Ds= • Dispnea • Sulit bicara • Orthopnea Do= • Gelisah • Sianosis • Bunyi napas menurun • Frekuensi napas berubah Pola napas berubah	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun. 4. Wheezing menurun 5. Sulit berbicara menurun 6. Sianosis menurun 7. Gelisah menurun 8. Frekuensi napas membaik 9. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Definisi Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas Tindakan Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Pertahanan kepatenan jalan napas dengan head-tift dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 3. Berikan minuman hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

			5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan proses McGill 8. Berikan Oksigen, Jika perlu Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu.
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan ditandai dengan Gejala dan tanda mayor Ds= • Dispnea Do= • Penggunaan otot bantu pernapasan • Fase ekspirasi memanjang • Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan bantuan otot napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Pernapasan cuping hidung menurun 5. Frekuensi napas membaik 6. Kedalaman nafas membaik	Pemantauan Respirasi (I.01014) Tindakan Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-Stokes, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas

	Gejala dan tanda minor Ds= • Ortopnea Do= • Pernapasan pursed-lip • Pernapasan cuping hidung • Diameter thoraks anterior-posterior meningkat • Ventilasi semenit menurun • Kapasitas vital menurun • Tekanan ekspirasi menurun • Tekanan inspirasi menurun • Ekskursi dada berubah		6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks Teraupetik 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan Gejala tanda mayor Ds= - Do= • Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Gejala tanda minor Ds= • Cepat kenyang setelah makan • Kram/nyeri abdomen • Nafsu makan menurun	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang menurun 3. Nyeri abdomen menurun 4. Sariawan menurun 5. Berat badan membaik 6. Indeks masa tubuh membaik 7. Frekuensi makan membaik 8. Nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Tindakan Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

	Do= • Bising usus hiperaktif • Otot pengunyah lemah • Otot menelan lemah • Membran mukosa pucat • Sariawan • Serum albumin turun • Rambut rontok berlebihan • Diare	9. Membran mukosa membaik	Terapeutik 1. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
4	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen ditandai dengan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:	Manajemen Energi (I.05178) Definisi Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi

	Gejala dan tanda mayor Ds= • Mengeluh lelah Do= • Frekuensi jantung meningkat > 20% Gejala dan tanda minor Ds= • Dispnea saat/setelah aktivitas • Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas • Merasa lemah Do= • Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat • Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas • Gambaran EKG menunjukkan iskemia • Sianosis	1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea saat aktivitas menurun 5. Dispnea setelah aktivitas menurun 6. Perasaan lemah menurun 7. Frekuensi napas membaik	atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan Tindakan Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
--	--	---	---

			4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5	Risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan Faktor risiko • Prosedur pembedahan mayor • Trauma/perdarahan • Luka bakar • Aferesis • Asites • Obstruksi intestinal • Peradangan pankreas • Penyakit ginjal dan kelenjar • Disfungsi intestinal	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Kelembapan membran mukosa meningkat 3. Dehidrasi menurun 4. Membran mukosa membaik 5. Mata cekung membaik 6. Turgor kulit membaik 7. Berat badan membaik	Manajemen Cairan (I.03098) Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan hati, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, 5. monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, CVC PAP, PCWP jika tersedia) Terapeutik 1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena, Jika perlu Kolaborasi

			1.Kolaborasi pemberian diuretik, Jika perlu
--	--	--	---

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Melizza, 2018).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

1) Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus- menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan meliputi Subjek,Objek, Aseesment, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, Assesment, Planning, Intervensi, Evaluasi, Evaluasi-Revisi (SOAPIER) (Melizza, 2018).

2.3 Konsep Fisioterapi Dada

2.3.1 Pengertian Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada merupakan tindakan yang dilakukan pada klien yang mengalami retensi sekresi dan gangguan oksigenasi yang memerlukan bantuan untuk mengencerkan atau mengeluarkan sekresi (Prasetyawati,2019). Fisioterapi dada adalah sejumlah terapi yang digunakan dalam kombinasi. Berguna dalam kombinasi mobilisasi sekresi pulmonaria. Fisioterapi dada harus diikuti batuk efektif dan muscussion klien/pasien mangalami penurunan kemampuan untuk batuk (Munaya, 2014).

2.3.2 Efektivitas Fisioterapi Dada

Efektifitas Fisioterapi Dada adalah tindakan terapi fisioterapi dada yang dilakukan dengan cara memberikan atau menempatkan posisi sesuai dengan posisi postural drainage untuk mengalirkan secret pada saluran pernapasan.

Lalu setelah postural drainage, lakukan Clapping. Clapping atau Chest Percussion adalah fisioterapi dada yang dilakukan dengan cara menepuk dengan pergelangan membentuk seperti cup pada bagian tulang dada anterior (depan) dan posterior (belakang) dengan tujuan mengeluarkan sekret. Perkusi dada merupakan energi mekanik pada dada yang diteruskan pada saluran nafas paru. Perkusi dapat dilakukan dengan membentuk kedua tangan seperti mangkok. Setelah dilakukan clapping, lakukan vibrasi pada klien. Vibrasi adalah fisioterapi dada yang dilakukan dengan cara menggetarkan tangan pada bagian dada anterior (depan) yang bertujuan untuk melonggarkan jalan napas.

Vibrasi merupakan kompresi dan getaran manual pada dinding dada dengan tujuan menggerakkan sekret ke jalan napas yang besar. Vibrasi dilakukan hanya pada waktu klien ekspirasi. Dengan cara meletakkan tangan, telapak tangan menghadap ke bawah di area yang didrainase, satu tangan di atas tangan yang lain lalu instruksikan klien untuk napas lambat dan dalam melalui hidung hembuskan melalui mulut dengan bibir dimonyongkan selama proses vibrasi, tujuannya memperpanjang fase ekspirasi. Ketika klien menghembuskan napas getarkan telapak tangan, hentikan saat klien inspirasi. Lakukan vibrasi 5 kali ekspirasi. Setelah vibrasi, anjurkan klien untuk batuk efektif dan napas dalam. Batuk efektif dan napas dalam merupakan teknik batuk efektif menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari ekspirasi. Bertujuan untuk merangsang terbukanya system kolateral, meningkatkan distribusi ventilasi, meningkatkan volume paru dan memfasilitasi pembersihan saluran napas. Fisioterapi dada merupakan salah satu cara bagi penderita penyakit

respirasi karena terapi ini merupakan upaya pengeluaran secret dan memperbaiki 49 ventilasi pada pasien dengan fungsi paru yang terganggu dengan memelihara fungsi otot-otot pernafasan dan untuk mencegah penumpukan sekret.(Prasetyawati, 2019).

2.3.3 Indikasi Dan Kontraindikasi Fisioterapi Dada

Indikasi dan Kontraindikasi Indikasi fisioterapi dada terdapat penumpukan secret pada saluran nafas yang dibuktikan dengan pengkajian fisik dan data klinis, sulit mengeluarkan atau membatukkan sekresi yang terdapat pada saluran nafas. Fisioterapi dada ini dapat dilakukan pada semua orang, tanpa memandang umur, dari bayi hingga dewasa. Sedangkan kontraindikasi fisioterapi dada ada yang bersifat mutlak seperti gagal jantung, status asmatikus, renjantan dan perdarahan (Prasetyawati, 2019).

2.3.4 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar operasional prosedur pada tindakan fisioterapi dada yaitu, mencuci tangan, lakukan auskultasi dada, atur posisi drainage klien, melakukan perkusi/clapping pada dinding dada selama 1-2 menit, menganjurkan klien untuk tarik nafas dalam perlahan, lakukan vibrasi sambil klien menghembuskan nafas perlahan (lakukan 3-4 kali), menganjurkan pasien untuk batuk, auskultasi adanya perubahan suara nafas, mengulangi perkusi/clapping dan vibrasi sesuai kondisi klien selama 15-20 menit, cuci tangan (Prasetyawati, 2019).

Tabel 2.5. Standar Prosedur Operasional *Postural Drainage*

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK <i>POSTURAL DRAINAGE</i>
Pengertian	Tindakan keperawatan untuk melepaskan sekresi dari berbagai segmen paru dengan menggunakan pengaruh gravitasi
Tujuan	1. Mempercepat pengeluaran <i>secret</i> 2. Mencegah terkumpulnya <i>secret</i> pada saluran nafas 3. Mencegah terjadinya <i>ateletaksis</i>
Persiapan alat/ bahan	1. Bantal 2. <i>Tissue</i> 3. Sarung tangan bersih dan masker 4. Air hangat 5. Pot Sputum
Prosedur tindakan	Tahap Persiapan: 1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 3. Lakukan cuci tangan Komunikasi Terapeutik: 1. Perkenalkan diri 2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin Tahap Kerja 1. Gunakan masker dan sarung tangan bersih 2. Dekatkan pot sputum ke klien 3. Pilih area tersumbat yang akan di <i>drainage</i> berdasarkan pengkajian semua bidang paru, data klinis dan gambar <i>rontgen</i> dada 4. Baringkan klien dalam posisi <i>mendrainage</i> area tersumbat, bantu klien untuk mengeluarkan lendir a. <i>Bronkus Apikal Anterior Lobus</i> Atas: minta klien duduk di posisi yang nyaman di tempat tidur atau permukaan datar

	dan bersandar pada bantal menghadap kepala tempat tidur. Perawat menepuk dan menggetarkan di atas area otot antara tulang selangka dan bagian atas tulang belikat di kedua sisi selama 3-5 menit. Dorong klien untuk mengambil napas dalam dan dorong klien untuk batuk selama perkusi untuk membantu membersihkan saluran udara b. <i>Bronkus Apikal Posterior Lobus Kanan</i>: minta klien duduk dengan nyaman di kursi atau sisi tempat tidur dan membungkuk, lengan menggantung, menghadap bantal. Perawat menepuk dan menggetarkan dengan kedua tangan di atas punggung atas pada kedua sisi kanan dan kiri. c. <i>Bronkus Lobus atas Anterior</i>: minta klien berbaring datar di tempat tidur atau meja dengan bantal di bawah kepala dan kakinya untuk kenyamanan. Perawat menepuk dan menggetarkan sisi kanan dan kiri bagian depan dada, antara tulang selangka dan puting. d. <i>Bronkus Lingual Lobus Atas Kiri</i>: minta klien berbaring miring ke kanan dan posisi <i>trandelenburg</i>, dengan kaki di tempat tidur ditinggikan 30 cm. tempatkan bantal dibelakang punggung, dan gulingkan klien seperempat putaran ke bantal. Perawat menepuk dan menggetarkan daerah luar puting. e. <i>Bronkus Lobus Tengah Kanan</i>: minta klien berbaring miring kiri dan tinggikan kaki tempat tidur 30 cm, tempatkan bantal di belakang punggung klien dan gulingkan klien seperempat putaran bantal. Perawat menepuk dan menggetarkan di luar daerah puting yang tepat f. <i>Bronkus Lobus Bawah Anterior Kanan dan Kiri</i>: minta klien berbaring terlentang dengan posisi <i>trandelenburg</i> dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 sampai 50 cm, biarkan lutut menekuk pada bantal. Perawat menepuk dan menggetarkan di atas tulang rusuk yang lebih rendah di sisi kiri, seperti yang ditunjukkan di bagian yang diarsir dari diagram. Ini kemudian harus diulang pada sisi yang berlawanan, dengan perkusi dan getaran di atas tulang rusuk yang lebih rendah di sisi kanan dada. g. <i>Bronkus Basal Posterior Kanan dan Kiri</i>: minta klien berbaring tengkurap dalam posisi <i>Trendelenburg</i> dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 sampai 50 cm. Perawat
--	--

	menepuk dan menggetarkan bagian bawah punggung, di atas sisi kiri dan kanan tulang belakang, hati-hati untuk menghindari tulang belakang dan tulang rusuk yang lebih rendah. h. <i>Bronkus Lateral Lobus Bawah Kanan dan Kiri</i>: minta klien berbaring miring ke kanan dan ke kiri pada posisi <i>trandelendurg</i> dengan kaki tempat tidur ditinggikan 45 sampai 50 cm. Perawat menepuk dan menggetarkan di atas bagian paling atas dari bagian bawah tulang rusuk kiri, seperti yang ditunjukkan di daerah yang teduh. Ini kemudian harus diulang pada sisi yang berlawanan, dengan perkusi dan getaran selama bagian paling atas dari sisi kanan tulang rusuk yang lebih rendah. i. <i>Bronkus Superior Lobus Bawah Kanan dan Kiri</i>: minta klien berbaring terlungkup dengan bantal di bawah lambung. Perawat menepuk dan menggetarkan pada bagian bawah tulang belikat, di kedua sisi kanan dan kiri tulang belakang, hindari perkusi/tepukan langsung atau getaran di atas tulang belakang itu sendiri. 5. Minta klien mempertahankan posisi selama 10 sampai 15 menit. Selama 10-15 menit drainase pada posisi ini, lakukan perkusi dada, vibrasi dan/atau gerakan iga di atas area yang didrainase 6. Minta klien duduk dan batuk. Tampung sekresi yang dikeluarkan dalam sputum pot. Bila klien tidak dapat batuk, harus dilakukan pengisapan (<i>suctioning</i>). 7. Berikan tisu untuk membersihkan sputum. Minta klien istirahat sebentar bila perlu. Berikan minum. Ulangi sampai semua area tersumbat yang dipilih telah terdrainage. Setiap tindakan harus tidak lebih dari 30 sampai 60 menit 8. Ulangi pengkajian dada pada semua bidang paru 9. Rapihan peralatan dan posisikan klien di posisi yang nyaman 10. Lepas sarung tangan Tahap Terminasi 1. Lakukan cuci tangan 2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan Dokumentasi 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
--	---

Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
------------------	--

Tabel 2.6 Standar Operasional Prosedur (SOP) Fisioterapi Dada

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK FISIOTERAPI DADA
Pengertian	Moblisasi sekresi jalan napas melalui perkusi, getaran, dan drainase postural
Tujuan	1. Mempercepat pengeluaran <i>secret</i> 2. Mencegah terkumpulnya <i>secret</i> pada saluran nafas 3. Mencegah terjadinya <i>ateletaksis</i>
Persiapan alat/ bahan	1. Sarung tangan bersih 2. Bengkok berisi cairan desinfektan 3. Tisu 4. Suplai oksigen, jika perlu 5. Set suction, jika perlu
Prosedur tindakan	Prosedur : 1. Identifikasi pasien menggunakan minimai dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomer rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangani bersih 6. Periksa status pernapasan (meliputi frekuensi napas, kedalaman napas, karakteristik sputum, bunyi napas tambahan) 7. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum 8. Gunakan bantal untuk mengatur posisi 9. Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit 10. Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, daerah insisi, tulang rusuk yang patah 11. Lakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut 12. Lakukan penghisapan sputum, jika perlu 13. Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai 14. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan 15. Lepaskan sarung tangan

	16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan, karakteristik sputum, dan respon pasien Dokumentasi 1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2. Catat respon klien 3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

2.4 Evidence Based Practice

Berdasarkan dari analisis jurnal Evidence based Practice (EBP) yang dikutip dari (Hernanda Ari Sukma dkk, 2020) Fisioterapi dada suatu tindakan untuk mengencerkan dan mengeluarkan dahak sehingga tidak terjadi penumpukan sekret yang mengakibatkan tersumbatnya jalan napas dan komplikasi penyakit lain sehingga menurunkan fungsi ventilasi paru-paru. Menulit penelitian (Wahyu Tri Astuti dkk, 2024) dengan dilakukan tindakan fisioterapi dada selama 3 hari terjadi pengeluaran sputum. Penelitian sejalan dengan (Agustusarti dkk, 2021) fisioterapi dada mempunyai pengaruh besar terhadap perbaikan klinis pada anak yang dirawat karena penyakit bronkopneumonia. Perbaikan klinis yang dialami responden dimanifestasikan dalam frekuensi pernafasan kembali ke rentang normal, peningkatan saturasi oksigen dan peningkatan kemampuan pengeluaran sputum sehingga jalan nafas menjadi bersih. Dari ke 5 ebp tersebut semuanya menunjukkan terdapat pengaruh terhadap bersihan jalan nafas untuk pasien bronkhopneumonia.

Tabel 2.7 Evidence Based Practice

No	Nama, penulis, tahun	Judul penelitian	Populasi dan sampel	Jenis penelitian	Pengumpulan data	Hasil
1	Hernanda Ari Sukma, Puji Indriyani, dan Rahaju Ningstiyas, 2020	Pengaruh Pelaksanaan Fisioterapi Dada (Clapping) Terhadap Bersihan Jalan Napas Pada Anak Dengan Bronkopneumonia		Jenis penelitian ini adalah penelitian kepustakaan merupakan kajian teoritis, referensi Literatur ilmiah yang berkaitan Dengan budaya, nilai, dan norma yang berkembang pada situasi sosial yang diteliti.	Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder	Terdapat pengaruh yang signifikan terhadap bersihan jalan napas pada anak dengan Bronkopneumonia setelah Dilakukan fisioterapi dada dikarenakan terjadi perbaikan kondisi pada status pernapasan responden diantaranya frekuensi napas atau respiration rate, suara napas ronki, dan batuk produktif. Terdapat perubahan pada rata-rata frekuensi pernapasan responden yaitu 26.6 kali per menit kemudian setelah dilakukan fisioterapi dada atau clapping rata-rata frekuensi napas menurun menjadi

						22.3 kali per menit. Sehingga tindakan fisioterapi dada berpengaruh terhadap masalah bersihan jalan napas pada anak dengan bronkhopneumonia.
2	Wahyu Tri Astuti, Sapta Sari Dewi, 2024	Penerapan fisioterapi dada terhadap status respirasi pada An. A Dengan Bronkhopneumonia	Sampel yang digunakan adalah anak dengan penyakit bronkhopneumonia di ruang multazam rumah sakit PKU Muhammadiyah Temanggung	Kualitatif dengan strategi penelitian <i>Case study research</i>	Data studi kasus	pemberian tindakan fisioterapi dada pada hari pertama sudah menunjukkan penurunan respirasi dari 56 menjadi 50 kali per menit dan keluarnya sputum kental putih kekuningan, di hari kedua respirasi kembali turun yang awalnya 46 kali per menit menjadi 44 kali per menit, sputum kental berwarna putih kekuningan keluar dan pada hari ketiga respirasi sudah normal yaitu 36 kali per menit, pasien tidak menangis, tidak muntah dan tidak mengeluarkan sputum.

3	Agustusarti, Ni made dita, 2021	Pengaruh pemberian fisioterapi dada terhadap bersihan jalan napas pada pasien anak dengan bronkhopneumonia di RS X Nusa Dua	90 orang anak yang menderita bronkhopneumonia	Quasi experiment dengan desain nonequivalent with control group	Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah bersihan jalan napas sebelum dan sesudah fisioterapi dada	Perbedaan bersihan jalan napas pada kelompok intervensi rata-rata skor 67,26 dan kelompok kontrol rata-rata skor 23,74 sehingga dapat dinyatakan ada perbedaan hasil treatment fisioterapi dada pada bersihan jalan nafas signifikan. Maka kesimpulannya fisioterapi dada meningkatkan bersihan jalan nafas pada pasien bronkhopneumonia di RSU X Nusa Dua
4	Walid kamal mohammad abdelbasset, Tamer eman hassan elnegam 2023	Effect of chest physical therapy on pediatrics hospitalized with pneumonia	50 children age 29 days to 5 years hospitalized with	Randomized controlled study was conducted	The primary measurement was time to clinical resolution, the secondary measurement	The were significant differences in terms of median time to clinical resolution (4.0 vs 7.0 days, $p=0.012$) and the study group had greater improvement in respiratory

			pneumonia between October 2022 and January 2023 was obtained		were change of respiratory rate and arterial oxygen saturation	rate (40 to 30 b/m vs 39 to 34 b/m) and in arterial oxygen saturation (93 to 98% vs 93 to 95%) than the control group. Conclusion it was concluded that chest physical therapy showed significant improvement in pediatric patients hospitalized with pneumonia.
5	David ahmad wibowo, Linda pramusinta. 2024	Effectiveness of chest Physiotherapy with thoracic expansion exercise (TEE) in pneumonia patients	Child with pneumonia	Literature review	Literature research was conducted on Pubmed and Google Scholar	The provision of physiotherapy intervention in the form of chest physiotherapy and thoracic expansion exercise (TEE). Can have a significant effect on pneumonia patients

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Januari 2025 pukul 14.00 WIB, di Puskesmas Leuwigoong.

Tanggal masuk :15 Januari 2025

Ruang : Aster

No Cm :01049598

1. Identitas Klien dan Keluarga

Identitas Klien

Nama : An.M

Tempat Tanggal Lahir/Usia : 20 Agustus 2017

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Kp. Sindang RT. 01/08 Ds.
Leuwigoong Kab. Garut

Tanggal Masuk : 15 Januari 2025

Tanggal Pengkajian : 15 Januari 2025

Diagnosa Medis : Bronkhopneumonia

Identitas Penanggung Jawab

1) Ayah

Nama : Tn.E
 Usia : 35 tahun
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Agama : Islam
 Alamat : Kp. Sindang RT. 01/08 Ds.
 Leuwigoong Kab. Garut

2) Ibu

Nama : Ny.R
 Usia : 29 tahun
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 Agama : Islam
 Alamat : Kp. Sindang RT. 01/08 Ds.
 Leuwigoong Kab. Garut

3) Identitas Saudara Kandung

Tabel 3.1 Identitas Saudara Kandung

No	Nama	Usia	Dukungan dengan klien	Status kesehatan
1	An R	10 tahun	-	Sehat

2. Riwayat Kesehatan

A. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak

B. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Januari 2025, Ibu klien mengatakan anaknya batuk, batuk bertambah apabila malam dan berkurang apabila siang hari. Kualitas batuk sering dan terus-menerus, batuk dirasakan di bagian saluran pernapasan bagian atas. Time pada waktu malam hari, di sertai sesak. Ibu klien juga mengatakan anaknya sering mengeluh cape, dan lemas

2. Riwayat Kesehatan Lalu

1) Prenatal Care

Selama hamil ibu rajin memeriksakan kandungannya ke dokter ataupun bidang tiap bulan sampai umur kehamilan 9 bulan. Ibu juga rutin melakukan USG dan mendapatkan imunisasi TT selama dua kali selama hamil. Selama hamil ibu tidak ada keluhan.

2) Natal

Ibu melahirkan di bidan, jenis persalinan normal, penolong persalinan bidan.

3) Post Natal

Ibu pasien mengatakan bayi lahir secara normal, di bidan dengan berat badan 350 gram dan panjang badan 55 cm.

4) Penyakit Yang Pernah Dialami

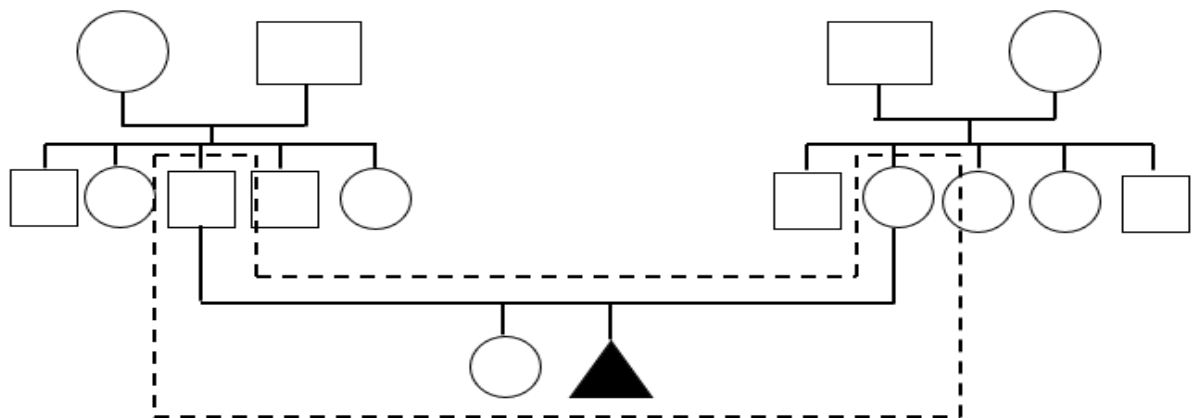
Ibu pasien mengatakan dulu anaknya karena mengalami batuk, diare, dan dirawat di RSUD Dr Slamet selama 2 hari.

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

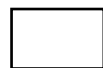
Ibu klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang pernah menderita penyakit keturunan seperti asma hipertensi, dan DM, tidak menderita penyakit menular seperti hepatitis dan TBC.

Genogram

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan



: Laki-laki



: Perempuan



: Tinggal serumah



: Klien

Penjelasan Genogram

Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Pasien mempunyai kakak yang berjenis kelamin Perempuan. Pasien tinggal bersama orang tuanya

D. Riwayat Imunisasi

Tabel 3.2 Riwayat Imunisasi

No	Jenis imunisasi	Waktu pemberian (Usia)	Reaksi setelah pemberian
1	BCG	2 bulan	Demam
2	DPT (I, II, III)	2, 3, 4 bulan	Demam
3	Polio (I, II, III, IV)	1, 2, 3, 4 bulan	Tidak ada
4	Campak	9 bulan	Tidak ada
5	Hepatitis B	2, 3, 4 bulan	Demam

E. Riwayat Tumbuh Kembang

1) Pertumbuhan Fisik Lahir

Berat badan : 3500 gram

Tinggi badan : 55 cm

Lingkar dada : 34 cm

Lingkar kepala : 32 cm

Lingkar lengan atas : 12 cm

2) Perkembangan Tiap Tahap

Usia anak saat

Berguling : 6 bulan

Duduk : 7 bulan

Merangkap : 8 bulan

Berdiri	: 9 bulan
Berjalan	: 13 bulan
Senyum kepada orang lain	: 3 Minggu
Bicara pertama kali	: 2 bulan
Berpakaian tanpa bantuan	: 2 tahun

3) Pemeriksaan Tingkat Perkembangan (Gunakan KTSP| Denver)

Personal sosial	: bermain dengan anak seusianya
Motorik halus	: mengencangkan baju dan membuat gambar Sederhana
Berbicara dan berbahasa	: berbicara dengan jelas, sudah bisa menggunakan kata yang lebih rumit.
Motorik kasar	: menyeimbangkan badan di atas satu kaki. melempar dan menangkap bola besar.

F. Riwayat Nutrisi

1) Pemberian ASI

Pertama kali disusui	: Ibu klien mengatakan anaknya Pertama Kali disusui $\pm$ 2 jam setelah lahir. Kemudian diberi ASI selama 6 bulan
----------------------	---

Lama pemberian	: 2 tahun
----------------	-----------

2) Pemberian Susu Formula

Alasan pemberian : Tidak diberikan susu formula

Jumlah pemberian : Tidak diberikan susu formula

Cara pemberian : Tidak diberikan susu formula

3) Pola Perubahan Nutrisi Tiap Tahap Usia Sampai Saat Ini

Tabel 3.3 Pola Perubahan Nutrisi Anak

Usia	Jenis nutrisi	Lama pemberian
0-4 bulan	ASI	6 Bulan
4-12 bulan	ASI, Bubur, Tim, Pisang dihaluskan	6 bulan
Saat ini	Nasi, Ayam, Tahu, tempe, susu	Sampai saat ini

4) Status Nutrisi/Gizi

BB = 18 Kg

TB = 105 Cm

IMT (BB/TB²) = $18\text{kg} / 1.05 \times 1.05$

= $18 / (1,10)$

= 16,3 (Berat badan ideal)

5) Status Cairan

Input cairan : Minum : 1000 cc

Infus : 1000 cc (Cairan asering)

AM : $144 \text{ cc} (8 \text{ cc} \times 18 \text{ kg})$

= 2144 cc

Output cairan : Minum

Infus : 500 cc

AM : $468 \text{ cc} (30-4 \text{ tahun}) \times 18 \text{ kg}$

= 968 cc

Balance cairan : Intake cairan- Output cairan

: 2144-968 cc

: 1.176 cc

G. Riwayat Psikososial

- 1) Lingkungan berada di desa
- 2) Apakah rumah dekat : sekolah tidak, ada tempat bermain tidak, punya kamar tidur sendiri iya
- 3) Apakah ada tangga yang berbahaya tidak, apakah anak punya ruang bermain tidak
- 4) Hubungan antara anggota keluarga : harmonis
- 5) Pengasuh anak: orang tua

H. Riwayat Spiritual

- 1) Support sistem dalam keluarga : Orang tua, nenek dan kakak
- 2) Kegiatan keagamaan : mengaji,sholat

I. Reaksi Hospitalisasi

- 1) Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap
 - Mengapa ibu membawa anaknya ke RS: ibu pasien mengatakan anaknya batuk sejak 3 hari yang lalu.
 - Apakah petugas kesehatan menceritakan tentang kondisi anak: iya
 - Bagaimana perasaan orang tua saat ini : cemas
 - Apakah orang tua selalu berkunjung : Iya
 - Siapa yang akan tinggal dengan anak: ayah dan ibu

2) Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap

- Mengapa keluarga atau orang tua membawa kamu ke rumah sakit ?

Sakit

- Menurutmu apa penyebab kamu sakit ? Makan makanan yang dingin
- Apakah petugas kesehatan menceritakan keadaan ? Iya
- Bagaimana rasanya dirawat di rumah sakit : bosan

J. Aktivitas Sehari-hari

1. Nutrisi

Tabel 3.4 Nutrisi

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Menu makan	Nasi, daging, sayur, tempe	Bubur, sayur, tahu
Frekuensi makan	3x sehari	3x sehari
Porsi	1 porsi	¼ porsi
Pantangan	Tidak ada	Tidak ada

2. Cairan

Tabel 3.5 Cairan

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Jenis minuman	Air putih, susu, jus	Air putih
Frekuensi minuman	8 gelas / hari	8 gelas/ hari
Kebutuhan cairan	-	1.176 cc

3. Eliminasi (BAB Dan BAK)

Tabel 3.6 Eliminasi

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
BAB		
Frekuensi	1x sehari	1x/hari
Konsistensi	Lunak	Lunak
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada

BAK		
Frekuensi	6x/hari	6x/hari
Warna dan bau	Khas urine	Khas urine
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada

4. Istirahat Tidur

Tabel 3.7 Istirahat Tidur

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Jam tidur		
Siang	1 jam/hari	1jam/hari
Malam	8 jam/hari	5 jam/hari
Pola tidur	Teratur	Tidak teratur
Kesulitan tidur	Tidak ada	Ada batuk terus-menerus

5. Personal Hygiene

Tabel 3.8 Personal Hygiene

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Mandi		
Frekuensi	2x/hari	1xhari
Cuci rambut		
Frekuensi	2x/hari	Tidak
Gunting kuku		
Frekuensi	1 minggu sekali	Tidak
Gosok gigi		
Frekuensi	2x/hari	1x/hari

6. Aktifitas dan Mobilitas

Tabel 3.9 Aktifitas/Mobilitas Fisik

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Kegiatan sehari-hari	Bermain, belajar	Bedrest
Pengaturan jadwal harian	Tidak ada	Tidak ada
Penggunaan alat bantu aktifitas	Tidak ada	Tidak ada

Kesulitan menggerakan tubuh	Tidak ada	Tidak ada
--------------------------------	-----------	-----------

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : Lemah
- b. Kesadaran : Composmentis E4 V5 M6:15

c. Tanda- tanda vital

Suhu	:36°C
Nadi	:123 x/m
Respirasi	:39 x/m
SpO2	:94%
BB sebelum sakit	:20 kg
BB saat sakit	:18,3 kg

d. Antropometri

Tinggi badan	: 105 cm
Berat badan	: 18 kg
Lingkar lengan atas	: 17.5 cm
Lingkar kepala	: 51,7 cm
Lingkar dada	: 35 cm

e. Pemeriksaan fisik persistem

1. Sistem Pernapasan

Hidung simetris, ada pernafasan cuping hidung, terdapat secret, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, bentuk dada normal, gerakan

dada simetri, terdapat retraksi dinding dada dan terdapat suara nafas ronchi.

2. Sistem Kardiovaskuler

Ukuran jantung normal, suara jantung lup dup, dan CRT <2 detik.

3. Sistem Pencernaan

Bibir simetris, mukosa bibir kering, mukosa tidak ada stomatitis, kemampuan menelan baik, tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, turgor kulit < 2 detik, anus tidak ada lecet dan haemoroid.

4. Sistem Indra

Mata tampak simetris, penglihatan baik, sklera putih, conjungtiva tidak anemis, hidung tampak simetris, penciuman baik, tidak ada cuping hidung, telinga tampak simetris, dan pendengaran baik

5. Sistem syaraf

1) Fungsi Cerebral

Status mental baik, dan kesadaran Composmentis E:4 V: 5 M: 6 =15

2) Fungsi Cranial

- N1 (olfactorius): Penciuman

Klien dapat merasakan bau susu dan minyak telon yang biasa dipakai

- NII (Optikus): Penglihatan

Klien dapat melihat gambar disekitar jarak 30 cm.\

- NIII, NIV, NVI (Okulomotorus, troklearis, abduksen):

Kontraksi pupil : Normal, mengecil saat terkena cahaya

Gerakan kelopak mata : Normal, mata dapat digerakkan ke atas dan kebawah dengan mengikuti objek

Pergerakan bola mata : Klien dapat menggerakkan bola mata kesamping kanan atau kiri

Pergerakan mata kebawah dan dalam: Klien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kedalam.

- NV(Trigeminus)

Sensibilitas/ sensori : Normal

Refleks dagu : Normal

Refleks cornea : Normal

- NVII (Facialis)

Klien merintih dan menangis saat mainannya hilang

- NVIII (Acusticus):Fungsi pendengaran

Klien menengok ketika di panggil

- NIX dan X(Glossopharingeus dan vagus)

Refleks menelan : Fungsi menelan baik saat klien makan

Refleks muntah : Positif Pengecapan 1/3 lidah bagian belakang

Suara

- NXI(Assesorius)

Ketika diberi obat klien dapat mengangkat bahu dan memalingkan kepala keamanan dan kemiri

- NXII (Hypoglossus) Deviasi lidah

Klien dapat menggerakkan lidah ketika mengunyah makanan

3) Fungsi Motorik

kekuatan otot baik (5,5,5,5)

4) Fungsi Sensori

Ketika diberi rangsangan nyeri terasa

5) Fungsi cerebellum

Normal, Refleks patella (+), dan iritasi meningen : Normal

6. Sistem Musculoskeletal

Bentuk kepala oval, gerakan normal, vertebrae normal, gerakan Rom normal, pelvis Rom normal, reflek patela (+), kaki mampu berjalan, tangan tidak ada oedema, dan Rom normal.

7. Sistem Integumen

Rambut bersih, tidak ada ketombe, tidak ada benjolan, kulit bersih, tidak ada lesi, kuku bersih, dan pendek

8. Sistem Endokrin

Tidak ada kelenjar tiroid

9. Sistem Perkemihan

Tidak ada oedema, bak normal, bak +- 6x/hari, warna urine khas urine.

10. Sistem Reproduksi

Jenis kelamin laki-laki, keadaan glans penis, uretra, dan kebersihan baik, dan testis normal

4. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 3.10 Test Diagnostik

No	Nama test	Hasil	Unit	Nilai normal
1	Hematologi			
	Darah rutin			
	Hemoglobin	13.7	g/dL	11,3-13.0
	Hematokrit	40	%	34-40
	Leukosit	2.407	/mm ³	3.000-14.300
	Trombosit	178.000	/mm ³	130.000-440.000
	Eritrosit	5.03	Juta/mm ³	4.11-3.95

5. Therapi

Tabel 3.11 Terapi Obat

No	Nama obat	Deskripsi	Cara pemberian	Efek samping
1	Cefotaxime	Adalah antibiotik yang mampu melawan bakteri penyebab infeksi. Cefotaxime digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri, misalnya peradangan paru-paru atau pneumonia dan infeksi lainnya	Injeksi/intra vena	Sakit kepala, mual, muntah, demam, dan diare
2	Amikasin	Amikasin merupakan antibiotik aminoglikosida semisintetik turunan kanamisin. Mekanisme kerjanya adalah dengan berikatan pada ribosomal 30s bakteri sehingga menghambat sintesis protein bakteri	Injeksi/intravena	Sakit kepala, mual, muntah, demam, dan diare

6. Analisa Data

Tabel 3.12 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda mayor Ds= Ibu klien mengatakan anaknya batuk dan keluar dahak Do= • Sputum berlebih • Suara napas ronchi • Tampak batuk • Frekuensi napas 39 x/m • SPO2 : 94% • Tampak lemah	Virus, bakteri, jamur menyebabkan Infeksi saluran pernapasan atas mengakibatkan terjadinya Kuman berlebih di bronkus kemudian menyebabkan Proses peradangan menyebabkan akumulasi sekret di bronkus menyebabkan mukus bronkus meningkat hingga menyebabkan bersihan jalan napas tidak efektif	Bersihan jalan napas tidak efektif
2	Gejala dan tanda mayor Ds= • Mengeluh lelah Do= • Tampak lemah • Tampak tirah baring • N : 123x/menit	Infeksi saluran pernapasan bawah menyebabkan Edema antara kapiler dan alveoli menyebabkan Edema paru menyebabkan Pengerasan dinding paru menyebabkan Penurunan compliance paru menyebabkan Suplai O2 menurun menyebabkan Hipoksia menyebabkan Metabolisme anaerob meningkat menyebabkan Akumulasi asam laktat menyebabkan Fatigue sehingga menyebabkan Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktifitas
3	Ds= - Keluarga mengatakan anaknya sulit tidur -keluarga mengatakan anaknya sering terbangun karena batuk terus menerus -keluarga mengatakan anaknya hanya tidur 5 jam	Virus, bakteri, jamur menyebabkan Infeksi saluran pernapasan atas menyebabkan Tubuh mencoba mengeluarkan benda asing menyebabkan Reflek batuk menyebabkan Batuk terus menerus menyebabkan Kesukaran tidur	Gangguan pola tidur

		menyebabkan Gangguan pola tidur	
4	Gejala tanda mayor Ds= ibu klien mengatakan klein hanya menghabiskan 14 porsi makanannya DO= -Makanan tampak tidak habis Faktor risiko Keengganan untuk makan	Virus, bakteri, jamur menyebabkan Infeksi saluran pernapasan atas menyebabkan Proses peradangan menyebabkan Akumulasi sekret di bronkus menyebabkan Mukus bronkus meningkat menyebabkan Bau mulut tidak sedap menyebabkan Anoreksia menyebabkan Intake berkurang menyebabkan Risiko Defisit nutrisi	Risiko Defisit nutrisi

3.1.2 Diagnosis Keperawatan

- 1) Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d Hipersekresi jalan napas
- 2) Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
- 3) Gangguan pola tidur b.d kondisi fisiologis akibat penyakit paru
- 4) Risiko defisit nutrisi d.d keengganan untuk menghabiskan porsi makanan

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	Bersihan jalan napas tidak efektif Definisi b.d hipersekresi jalan napas d.d Gejala dan Tanda mayor Ds= Ibu klien mengatakan anaknya batuk dan keluar dahak Do= • Sputum berlebih • Suara napas ronchi • Tampak batuk • Frekuensi napas 39 x/m • SPO2 : 94%	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun. 4. Wheezing menurun 5. Sulit berbicara menurun 6. Sianosis menurun 7. Gelisah menurun 8. Frekuensi napas membaik 9. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Lakukan fisioterapi dada 4. Berikan Oksigen 2 Liter/menit Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 1176 ml/hari, 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator
2	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen d.d Gejala dan tanda mayor Ds= • Mengeluh lelah	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur

	• Dipsnea Do= • Tampak lemah • Tampak tirah baring • N:123x/menit	2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea saat aktivitas menurun 5. Dispnea setelah aktivitas menurun 6. Perasaan lemah menurun 7. Frekuensi napas membaik	4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3	Gangguan pola tidur b.d kondisi fisiologis akibat penyakit paru Ds= - Keluarga mengatakan anaknya sulit tidur -keluarga mengatakan anaknya sering terbangun karena batuk terus menerus	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. kesulitan tidur menurun 2. keluhan sering terjaga menurun 3. keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan tidur (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

	-keluarga mengatakan anaknya hanya tidur 5 jam		4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batas waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, pengaturan posisi,) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur
4	Risiko Defisit nutrisi d.d keengganan untuk menghabiskan porsi makanan Gejala tanda mayor Ds= ibu klien mengatakan Klein hanya menghabiskan 14 porsi makanannya DO= -Makanan tampak tidak habis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang menurun 3. Nyeri abdomen menurun 4. Sariawan menurun 5. Berat badan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

	-Penurunan berat badan 9% -20 Kg-18,3 Kg Faktor risiko Keengganan untuk makan	6. Indeks masa tubuh membaik 7. Frekuensi makan membaik 8. Nafsu makan membaik 9. Membran mukosa membaik	Terapeutik 1. Lakukan oral hygienis sebelum makan, 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan,
--	---	---	--

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Paraf
1	15 Januari 2025 Jam 14.30	1	14.30 14.30 14.32 14.35 14.35 14.40 14.55 15.50 15.55 15.00	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Memposisikan Semi-Fowler atau Fowler 5. Memberikan minuman hangat 6. Melakukan fisioterapi dada 7. Memberikan Oksigen 2 Liter/menit 8. Menganjurkan asupan cairan 1176 ml/hari, 9. Mengajarkan teknik batuk efektif 10. Memberikan injeksi antibiotik cefotaxime (3x600mg) (1x 135mg)	
	15 Januari 2025 Jam 14.30	2	15.00- 15.15	1. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 3. Memonitor pola dan jam tidur 4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 6. melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 7. memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 9. menganjurkan tirah baring 10. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. mengajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan	

	15 Januari 2025 Jam 14.30	3	15.15- 15.30	1. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 7. membatasi waktu tidur siang, jika perlu 8. memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 9. menetapkan jadwal tidur rutin 10. melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, pengaturan posisi,) 11. menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga 12. menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	
	15 Januari 2025 Jam 14.30	4	15.30- 15.40	1. mengidentifikasi status nutrisi 2. mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. mengidentifikasi makanan yang disukai 4. mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Memonitor asupan makanan 6. Memonitor berat badan 7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 8. melakukan oral hygienis sebelum makan, 9. memfasilitasi menentukan pedoman diet 10. menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 11. memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 12. memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.15 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal	Dx	Evaluasi	Paraf
1	Hari ke 1	1	S : Keluarga mengatakan klien batuk berdahak dan cepat lelah O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Bunyi napas ronchi -Posisi tidur semi fowler -Batuk berdahak, tidak efektif -Terpasang oksigen nasal canul 2 Liter/menit -RR:39x/menit -SPO2 94% A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi	
	Hari ke 2	1	S : Keluarga mengatakan klien masih batuk O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Bunyi napas ronchi -posisi tidur semi fowler -batuk bertdahak, batuk efektif -Terpasang oksigen nasal canul 1 L/menit -RR:30x/menit -SPO2 : 97% A: Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi	
	Hari ke 3	1	S : Keluarga mengatakan batuk klien berkurang O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Bunyi napas ronchi (-) -posisi tidur semi fowler -sputum berkurang -RR:25x/menit -SPO 98% A: Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi	

			P: -Lepas oksigen - persiapan pulang	
2	Hari ke 1	2	S : Keluarga mengatakan anaknya tampak lemah dan mengeluh cape O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak lemah dan tirah baring - RR:39x/menit - N: 114x/menit A: Intoleransi aktifitas teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi	
	Hari ke 2	2	S : Keluarga mengatakan anaknya masih tampak lemah O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak lemah dan tirah baring - RR:30x/menit - N: 123x/menit A: Intoleransi aktifitas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi	
	Hari ke 3	2	S : Keluarga mengatakan anaknya sudah tampak tidak lemah O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak baik, tersenyum dan ceria - RR:35x/menit - N: 89x/menit A: Intoleransi aktifitas teratasi P: hentikan intervensi	
	Hari ke 1	3	S : Keluarga mengatakan anaknya susah tidur dan sering terbangun karena batuk-baak O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak mengantuk di pagi hari -frekuensi tidur 5-6 jam A: Gangguan pola tidur tidak teratasi	

			P: Lanjutkan intervensi	
	Hari ke 2	3	S : Keluarga mengatakan anaknya sudah bisa tidur dengan baik O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak terbangun di pagi hari -frekuensi tidur 7-8 jam A: Gangguan pola tidur teratasi P: Hentikan intervensi	
	Hari ke 1	4	S : Keluarga mengatakan anaknya mengalami penurunan berat badan dari 2 bulan terakhir, dan anaknya tidak menghabiskan makanannya O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak porsi makanan hanya habis 1/4 -BB Sebelum sakit 20kg setelah sakit 18,3 Kg (9% penurunan berat badan) A: Risiko defisit nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
	Hari ke 2	4	S : Keluarga mengatakan anaknya sudah mulai menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan dan juga bisa meminum susu dan roti yang diberikan O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak porsi makanan hanya habis setengah, tampak minum susu dan memakan roti -BB 18,6 Kg A: Risiko defisit nutrisi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
	Hari ke 3	4	S : Keluarga mengatakan anaknya bisa menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan dan bisa minum susu dan roti O: -Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5 -Tampak porsi makanan habis - BB 18,9 Kg A: Risiko defisit nutrisi teratasi P: Hentikan Intervensi	

3.2 Pembahasan

Proses keperawatan yang telah dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada An. M telah dilaksanakan selama 3 hari. Selama dilapangan penulis tidak ada kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien. Setelah penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan intervensi berdasarkan evidence based practice (EBP) yang berhubungan dengan kasus Bronkhopneumonia (BHP) ternyata mendapatkan hasil positif dimana masalah keperawatan pada klien dapat teratasi dengan baik. Maka dari itu, penulis akan membahas fakta dilapangan mengenai kasus yang di peroleh adalah sebagai berikut:

3.2.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan- kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Kemenkes, 2017).

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien An. M dengan diagnosa bronkhopneumonia, disini terlihat keadaan klien secara nyata. Dalam studi ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pengkajian dilakukan tanggal 15 Januri 2025 di Puskesmas Leuwigoong garut. Pada pasien An. M, tempat tanggal lahir 20 Agustus 2017, berjenis kelamin laki-laki, dan alamat Kp. Sindang RT. 01/08 Ds. Leuwigoong

Kab. Garut, dan dengan diagnosa bronkhopneumonia. Keluhan utama ibu klien mengatakan anaknya batuk, batuk bertambah apabila malam hari dan berkurang apabila siang hari, kualitas batuk sering dan terus menerus, batuk dirasakan dibagian saluran pernafasan. Hal ini sesuai dengan teori (Somantri, 2013), Menguraikan bahwa keluhan utama bronkopneumonia adalah batuk, produksi sputum berlebih, sputum berwarna seperti karat, atau lengket.

Penyakit yang pernah dialami ibu pasien mengatakan dulu anaknya karena mengalami batuk, diare, dan dirawat di RSUD Dr Slamet selama 2 hari. Hal ini sesuai dengan teori (Marni, 2014) menguraikan bahwa anak tersebut pernah mengalami infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan demam ringan. Dalam pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis dengan GCS 15, dan tanda-tanda vital seperti suhu 36°C , nadi 12 x/m, respirasi 39 x/m, SPO2 94%. Hal ini sesuai dengan teori (Ngastiyah, 2014) menguraikan bahwa respirasi pada anak usia 3-5 tahun : 20-30 x/m. BB sebelum sakit 22 kg dan BB saat sakit 18,3 kg. Hal ini sesuai dengan teori (Wulandari & Erawati, 2016) pada klien bronkopneumonia biasanya akan ditemukan anak malas minum atau makan, muntah, berat badan menurun. Dalam pemeriksaan persimtem ditemukan ada pernafasan cuping hidung, terdapat secret, terdapat retraksi dinding dada dan terdapat suara nafas ronchi. Hal ini sesuai dengan teori (Wulandari & Erawati, 2016) bahwa pada klien bronkopneumonia biasanya ditemukan Sesak nafas, retraksi dada, melaporkan anak sulit bernapas, pernapasan cuping hidung, Ronkhi, wheezing, takipnea, batuk produktif atau non produktif, pergerakan dada asimetris, pernapasan

tidak teratur atau irreguler, kemungkinan friction rub, perkusi redup pada daerah terjadinya konsolidasi, ada sputum atau secret. Pada saat pengkajian penulis tidak ada kesulitan dalam proses pengkajian, dikarenakan keluarga sangat kooperatif kepada perawat. Pada tahap ini penulis tidak menentukan kesenjangan, dimana tanda dan gejala dalam pengkajian yang penulis dapatkan sesuai dengan tanda dan gejala umum yang sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien bronkhopneumonia.

3.2.2 Diagnosis keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis mulai merumuskan masalah keperawatan, pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan, dimana masalah keperawatan menurut tinjauan teoritis berbeda dengan yang ditemukan pada klien. Berikut rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien:

1. Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian penulisan menemukan data bahwa Ibu klien mengatakan anaknya batuk, batuk bertambah apabila malam dan berkurang apabila siang hari. Kualitas batuk sering dan terus- menerus, batuk dirasakan di bagian saluran pernapasan bagian atas. Time pada waktu malam hari, terdapat suara nafas ronchi, tampak sputum berlebihan, batuk terus menerus dan lemah, frekuensi nafas 39 x/m, dan SPO₂:96%.

2. Intoleransi aktivitas b.d ketidaksimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian penulisan menemukan data bahwa Ibu klien mengatakan anaknya mengeluh cape dan

tampak lemas, berdasarkan observasi anak tampak tirah baring, dan tampak lemas dan pemeriksaan fisik nadi takikardi yaitu N:123x/menit

3. Gangguan pola tidur b.d kondisi fisiologis akibat penyakit paru

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian pada pola istirahat tidur penulis menemukan data bahwa Ibu klien mengatakan anaknya kurang tidur, sulit tidur karena batuk, sering terbangun di malam hari karena batuk dan gelisah di malam hari

4. Risiko defisit nutrisi

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian pada pola nutrisi penulis menemukan data bahwa Ibu klien mengatakan anaknya tidak menghabiskan makanannya, anak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya, dan anak mengalami anoreksia

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi, penulis menemukan kesulitan dan hambatan hal ini dikarenakan diagnosa keperawatan yang ada pada teori sebagian tidak muncul pada kasus ini, sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada teori tidak bisa semuanya dilaksanakan pada kasus yang terdapat di lapangan, karena apabila perencanaan tidak sesuai dengan masalah yang dialami klien maka rencana tersebut tidak akan memperbaiki kondisi yang dialami oleh klien secara optimal. Oleh karena itu, perencanaan yang penulis rumuskan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang didapatkan pada kasus di lapangan.

Langkah-langkah dalam perencanaan disesuaikan dengan panduan dari organisasi Persatuan perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan buku yang digunakan yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI untuk menentukan diagnosa keperawatan, sasaran dan tujuan keperawatan, rencana keperawatan dan untuk mengevaluasi tindakan yang diberikan kepada klien tersebut. Diagnosa utama bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu dengan monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, berikan oksigen, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif, dan kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. Diagnosa kedua yaitu pola nafas tidak efektif b.d upaya hambatan jalan nafas yaitu dengan monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif, dan kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

Diagnosa berikutnya yaitu intoleransi aktivitas penulis membuat perencanaan Manajemen Energi (I.05178) yaitu Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif,

Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjela, Anjurkan tirah baring,

Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur intervensi yang direncanakan adalah dukungan tidur yaitu, Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), Tetapkan jadwal tidur rutin, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, pengaturan posisi), Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur

Diagnosa keempat risiko defisit nutrisi penulis merencanakan intervensi manajemen nutrisi yaitu Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, Lakukan oral hygienis sebelum makan, Fasilitasi menentukan pedoman diet, Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan, jika perlu, Ajarkan diet yang diprogramkan, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan,

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam tahap ini, penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya, tetapi waktu yang digunakan tidak 24 jam dan dengan persetujuan klien serta tim kesehatan lainnya secara komprehensif. Implementasi menggunakan keterampilan yang dimiliki oleh penulis dan sumber daya klien.

Maka dari itu penulis telah melaksanakan semua rencana tindakan keperawatan yang telah disusun, semua tindakan tersebut tidak sempurna, karena banyak faktor lainnya. Berikut diagnose yang telah dilakukan implementasi keperawatan :

1) Bersihan jalan nafas tidak efektif

Implementasi pada diagnosa ini meliputi memonitor pola napas, memonitor bunyi napas tambahan, memberikan oksigen, memonitor sputum, memposisikan semi-fowler atau fowler, memberikan minum hangat, dan melakukan fisioterapi dada.

Berdasarkan dari analisis jurnal Evidence based Practice (EBP) yang dikutip dari (Hernanda Ari Sukma dkk, 2020) Fisioterapi dada suatu tindakan untuk mengencerkan dan mengeluarkan dahak sehingga tidak terjadi penumpukan sekret yang mengakibatkan tersumbatnya jalan napas dan komplikasi penyakit lain sehingga menurunkan fungsi ventilasi paru-paru. Menulit penelitian (Wahyu Tri Astuti dkk, 2024) dengan dilakukan tindakan fisioterapi dada selama 3 hari terjadi pengeluaran sputum. Penelitian sejalan dengan (Agustusarti dkk, 2021) fisioterapi dada mempunyai pengaruh besar

terhadap perbaikan klinis pada anak yang dirawat karena penyakit bronkopneumonia. Perbaikan klinis yang dialami responden dimanifestasikan dalam frekuensi pernafasan kembali ke rentang normal, peningkatan saturasi oksigen dan peningkatan kemampuan pengeluaran sputum sehingga jalan nafas menjadi bersih. Dari ke 3 ebp tersebut semuanya menunjukkan terdapat pengaruh terhadap bersihan jalan nafas untuk pasien bronkhopneumonia.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses keperawatan yang menentukan keberhasilan rencana keperawatan dalam merumuskan masalah keperawatan yang ada pada klien, evaluasi keperawatan pada hari ke 3 untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif adalah data subjektif keluarga mengatakan batuk klien berkurang dan untuk data objektif, Kesadaran Composmentis, GCS E:4 M:6 V:5, Bunyi napas ronchi (-), sputum berkurang, RR:25x/menit, SPO 98%, Bersihan jalan napas tidak efektif teratas, Lepas oksigen, persiapan pulang

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan Bronkhopneumonia Pada An.M Usia 8 Tahun (Usia Sekolah) Dengan Penerapan Intervensi Fisioterapi Dada Untuk Meningkatkan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Aster Upt Puskesmas Leuwigoong Garut maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut

6. Penulis mampu menganalisa antara teori dan praktik terkait asuhan keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut
7. Penulis mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada An.M usia Sekolah (8 Tahun) dengan penerapan fisioterapi dada di Ruang Aster Puskesmas Leuwigoong Garut

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Insitusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan perawat di puskesmas Leuwigoong dapat memberikan asuhan keperawatan melalui tindakan fisioterapi dada sebagai salah satu alternatif pilihan dalam mengatasi penyakit bronkhopneumonia pada anak dengan masalah bersihan jalan napas.

4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat disosialisasikan menjadi masukan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan agar diperoleh gambaran fisioterapi dada terhadap bersihan jalan napas sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada anak.

4.2.3 Bagi Masyarakat Atau Keluarga

Perlunya pendidikan atau pelatihan bagi keluarga lebih lanjut tentang prosedur fisioterapi dada terkait dengan hasil penelitian dimana fisioterapi dada mempengaruhi bersihan jalan nafas menjadi lebih baik, yang pada akhirnya diharapkan dengan adanya pelatihan tersebut orang tua dapat melakukan

perawatan pada anaknya yang mengalami gangguan bersihan jalan nafas secara mandiri.

4.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya, selain itu diperlukan evaluasi akhir secara lebih ketat antara sebelum dan sesudah fisioterapi dada.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (Dinkes).(2019). Profil Kesehatan Kabupater Garut Tahun 2019. Dinkes Garut.
- Fadhila.(2023). Penegakan Diagnosis dan Penatalaksanaan Bronkopneumonia pada pasien bayi laki-laki berusia 6 bulan. Medula,7.
- Hernanda Ari Sukma : Pengaruh Pelaksanaan Fisioterapi Dada (Clapping) Terhadap Bersihan Jalan Napas Pada Anak Dengan Bronkopneumonia
- Hidayatin T. 2020. Pengaruh Pemberian Fisioterapi Dada Dan Pursed Lips Breathing (Tiupan Lidah) Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Anak Balita Dengan Pneumonia. Jurnal Surya, 11(01), 15-21
- Jauhar, M.(2013). Asuhan keperawatan. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Kemenkes. Profi Kesehatan Indonesia. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik
- Kemenkes RI.(2021). Profil Kesehatan Indonesia 2021 (Health Statistics).
Kemenkes RI. Jakarta
- Kyle & Carman.(2021). Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2. Diterjemahkan Oleh Devi Yulianti Dan Dewi Widiarti. Jakarta: ECG.
- Marni, 2014 Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra sekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ngastiyah, 2021. Perawatan Anak Sakit, Edisi 2. Jakarta : EGC
- Nurarif A.(2020). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta: Mediaction
- Nuzul M. 2019. Asuhan Keperawatan Klien Bronkopneumonia Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas (Studi Kasus Di Rumah Sakit Umum

Daerah Jombang), Publikasi Ilmiah (Diploma). STIKes Insan Cendekia Medika
Jombang

PPNI, T. P.(2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKD): Definisi dan
Indikator Diagnostik ((cetakan III) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI, T. P.(2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan
Tindakan Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI, T. P.(2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan
Kreteria Hasil Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI,

Somantri, Irman.(2013) Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan
Sisrem Pernafasan, Jakarta : Salemba Medika

World Health Organization (WHO). 2020. Global surveillance, prevention and
control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach