

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Konsep Medis

2.1.1 Pengertian Broncopneumonia

Bronkopneumonia adalah salah satu jenis pneumonia yang mempunyai pola penyebaran berbercak, teratur dalam satu atau lebih areaterlokalisasi didalam bronchi dan meluas ke parenkim paru yang berdekatan disekitarnya.

(Smeltzer & Suzanne C, 2002)

Bronkopneumonia adalah peradangan akut pada paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus, masalah yang sering muncul pada penderita broncopneumonia adalah gangguan bersihan jalan nafas tidak efektif yang berarti adanya gangguan saat bernafas dikarenakan adanya akumulasi secret dibronkus dan ketidakmampuan membersihkan sekresi dari saluran pernafasan untuk menjaga bersihan jalan nafas.

2.1.2 Faktor Penyebab Broncopneumonia

Broncopneumonia disebabkan oleh :

1. Bakteri

Pneumonia bakteri biasanya didapatkan pada usia lanjut. Organisme gram positif, seperti: Streptococcus pneumonia, S.aerocus, dan Steptococcus pyogenesis. Bakteri gram negative, seperti: Haemophilus influenza, klebsiella pneumonia dan P.Aeruginosa.

2. Virus

Virus influenza yang menyebar melalui transmisi droplet. Cytomegalovirus dalam hal ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus.

3. Jamur

Infeksi yang disebabkan jamur seperti histoplasmosis menyebar melalui penghirupan udara yang mengandung spore dan biasanya di temukan pada kotoran burung, tanah serta kompos.

4. Protozoa

Menimbulkan terjadinya pneumocystis carinii pneumonia (CPC), biasanya pasien yang mengalami immunosupresi. (Reeves, 2001)

2.1.3 Patifisiologi Broncopneumonia

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan broncus dan alveolus. Inflamasi broncus ditandai adanya penumpukan secret, 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 nafas, sesak nafas, dan nafas ronchi. Fibrosis bisa menyebabkan penurunan fungsi paru dan penurunan produksi surfaktan sebagai pelumas yang berfungsi untuk melembabkan rongga pleura. Emfisema (timbulnya cairan atau pus dalam rongga paru) adalah tindak lanjut dari pembedahan. Atelektasis mengakibatkan

peningkatan frekuensi nafas, hipoksemia, acidosis respiratori, pada klien terjadi sianosis, dispneu dan kelelahan yang akan mengakibatkan terjadinya gagal nafas.

Terjadinya Bronkopneumonia pada anak adalah adanya infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernafasan sehingga terjadi peradangan pada broncus dan alveolus. Faktor yang mempengaruhi bronkopneumonia adalah daya tahan tubuh yang menurun, misalnya akibat malnutrisi energy protein (MEP), penyakit menahun, pengobatan antibiotic yang tak sempurna. Berbagai mikroorganisme dapat menyebabkan pneumonia, antara lain virus, jamur, dan bakteri *S.pneumoniae* merupakan penyebab tersering pneumonia bacterial pada semua kelompok umur. Virus lebih sering ditemukan pada anak kurang dari 5 tahun. *Pespiratory Syncytial Virus (RSV)* merupakan virus penyebab tersering pada anak kurang dari 3 tahun. Pada umur yang lebih mudah, *adenovirus*, *parainfluenza virus*, dan *influenza virus* juga di temukan. *Mycoplasma pneumonia* dan *Chlanidia pneumonia*, lebih sering di temukan pada anak-anak, dan biasanya lebih sering di temukan pada anak-anak umur lebih dari 10 tahun.

2.1.4 Klasifikasi Broncopneumonia

Klasifikasi menurut zul dahlan (2001)

1. Berdasarkan ciri radiologis dan gejala klinis, yaitu:
 1. Pneumonia Tipikal, bercirikan tanda-tanda pneumonia lobaris dengan opasitas lobus atau lobularis
 2. Pneumonia Atipikal, ditandai dengan gangguan respirasi yang meningkat lambat dengan gambaran infiltrate paru bilateral yang difus
2. Berdasarkan Lingkungan, dibedakan menjadi 6, yaitu:

Pneumonia komunitas, pneumonia nosokomial, pneumonia rekurens , pneumonia aspirasi, pneumonia pada gangguan imun, pneumonia hipostatik.
3. Berdasarkan Sindrom Klinis
 1. Pneumonia bakterial

Tipe campuran atipikal yaitu perjalanan penyakit ringan dan jarang disertai konsolidasi paru.
 2. Pneumonia non bakterial

Dikenal Pneumonia atipikal yang disebabkan oleh Mycoplasma, Chlamydia pneumoniae, dan Legionella.

2.1.5 Manifestasi Klinis Broncopneumonia

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh suatu infeksi pada saluran pernafasan bagian atas selama beberapa hari. Pada tahap awal penderita bronkopneumonia mengalami tanda dan gejala yang khas seperti suhu badan naik secara mendadak 39-40° C dan mungkin disertai kejang atau demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, menggigil, nyeri dada pleuritis, batuk produktif, hidung kemerahan saat bernafas menggunakan otot aksesorius dan bisa timbul sianosis, terdengar adanya krekels diatas paru yang sakit dan terdengar ketika konsolidas (Bennete, 2013)

2.1.6 Penatalaksanaan broncopneumonia

Penatalaksanaan Medis:

1. Antibiotic seperti ; penisilin, eritromicin, kindomisin, dan sefalosforin.
2. Terapi oksigen (O₂)
3. Nebulizer, untuk mengencerkandahak yang kental
4. Istirahat yang cukup

Pemeriksaan Penunjang

1. Foto polos : digunakan untuk melihat adanya infeksi di paru dan status pulmoner
2. Nilai analisa gas darah: untuk mengetahui status kardiopulmoner yang berhubungan dengan oksigenasi
3. Hitung darah lengkap dan hitung jenis: digunakan untuk menetapkan adanya anemia, infeksi dan proses inflamasi

4. Pewarnaan gram: untuk seleksi awal anti mikroba
5. Tes kulit untuk tuberkulin: untuk mengesampingkan kemungkinan terjadi tuberkulosis jika anak tidak berespon terhadap pengobatan
6. Jumlah lekosit: terjadi leukositosis pada pneumonia bacterial. Menurut Ngastiyah; 1997; 41, pemeriksaan laborat didapatkan leukosit meningkat mencapai 15.00-40.000/cm³, urine biasanya lebih tua dan terdapat albuminuria ringan dan pada analisa gas darah tepi menunjukkan asidosis metabolic dengan atau beberapa lobus
7. Tes fungsi paru: digunakan untuk mengevaluasi fungsi paru, menetapkan luas dan beratnya penyakit dan membantu memperbaiki keadaan
8. Spirometri statik digunakan untuk mengkaji jumlah udara yang diinspirasi
9. Kultur darah spesimen darah untuk menetapkan agen penyebab seperti virus

2.1.7 Komplikasi Broncopneumonia

Komplikasi yang terjadi pada anak yang mengalami bronkopneumonia terjadi akibat tidak dilakukan pengobatan secara segera. Komplikasi yang kemungkinan terjadi pada diantaranya sebagai berikut:

1. Atelektasis adalah pengembangan paru-paru yang tidak sempurna atau kolaps paru merupakan akibat kurangnya mobilisasi atau reflex batuk hilang.
2. Emfisema adalah suatu keadaan dimana terkumpulnya nanah dalam rongga pleura terdapat di satu tempat atau seluruh rongga pleura.
3. Abses paru adalah pengumpulan pus dalam jaringan paru yang meradang.
4. Infeksi sistemik

5. Endokarditis adalah peradangan pada setiap katup endokardikal
6. Meningitis adalah infeksi yang menyerang selaput otak

2.2 Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Anak

Proses keperawatan menyediakan struktur untuk praktik keperawatan merupakan kerangka kerja penggunaan pengetahuan dan keterampilan yang dilakukan oleh perawat untuk mengekspresikan *human caring*. Proses keperawatan digunakan secara terus menerus ketika merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan. Perawat menganggap pasien sebagai fitur sentral dalam rencana asuhan dan memastikan ketepatan dari semua aspek asuhan keperawatan dengan mengobservasi respon pasien (Judith M. Wilkinson, 2013).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian (juga di sebut pengumpulan data) merupakan langkah awal dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang menghasilkan diagnosis keperawatan. Perawat menggunakan definisi dan batasan karakteristik diagnosis keperawatan untuk memvalidasi diagnosis. Pada saat diagnosis keperawatan dan faktor yang berhubungan atau faktor resiko ditentukan, Rencana asuhan dibuat. Perawat menyeleksi hasil pada klien yang relevan, meliputi persepsi klien dan hasil yang diharapkan, bila memungkinkan perawat kemudian bekerja sama dengan klien dan keluarga klien untuk menentukan aktifitas yang membantu dalam mencapai hasil yang telah ditetapkan. (Judith M 2013)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi di lapangan. Kondisi ini dapat berupa masalah masalah actual atau potensial atau diagnosis sejahtera. Menggunakan terminologi NANDA Internasional, potensi masalah dinyatakan sebagai resiko. Memuat daftar descriptor aksis (yang sebelumnya disebut “kualifer“) yang digunakan dalam banyak pernyataan diagnosis (misalnya akut, perubahan, dan gangguan). Penambahan kata keterangan mungkin diperlukan agar diagnosis menjadi lebih tepat dan jelas. (Judith M. 2013)

2.2.3 Perencanaan

Masing masing rencana asuhan meliputi pernyataan diagnosis keperawatan, definisi, batasan karakteristi, faktor yang berhubungan atau faktor resiko, saran penggunaan, alternative diagnosis yang disarankan, hasil NOC, tujuan klien, intervensi NIC, dan aktivitas keperawatan. Rencana asuhan diagnosis keperawatan disusun sesuai abjad supaya pernyataan diagnosis mudah ditemukan. Diagnosis disusun perkata dengan tujuan menekankan konsep kunci dari kata pertama dalam pernyataan diagnosis. Sebagai contoh *,penyangkalan tidak efektif* lebih mudah ditemukan dalam indeks bila ditulis sebagai *penyangkalan tidak efektif*. (Judith M. 2013).

2.2.4 Pelaksanaan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik, tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan .oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien.(Nursalam 2008)

2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pola tahap perencanaan untuk memudahkan perawat mengetahui atau memantau perkembangan pasien, digunakan SOAP/SOAPI/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat.

Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut :

1. S : Data subyektif

Perawat menuliskan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : Data Obyektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan disarankan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. A : Analisa

Intrepetasi dari dua subyektif dan obyektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi.

4. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

5. I : Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen perencanaan.

6. E : Evaluasi

Responklien terhadap tindakan keperawatan.

7. R : Reassessmeent

Pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan

(Nikmatur, 2014)

2.3 Prinsip pemberian asuhan keperawatan anak

Perawatan berfokus pada keluarga

Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak karena anak merupakan bagian dari anggota keluarga, sehingga kehidupan anak dapat ditentukan oleh lingkungan keluarga. Keperawatan anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta tetap dalam kehidupan anak yang dapat mempengaruhi status kesehatan anak.

2.4 Konsep Tumbuh kembang

Asuhan keperawatan anak diperlukan adanya konsep tumbuh kembang. Konsep ini digunakan untuk mengetahui tumbuh kembang anak yang sesuai usia anak yaitu dapat mendeteksi jika terdapat kelainan atau keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga dapat ditangani secara dini melalui stimulus tumbuh kembang.

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel (Nursalam, 2008).

2. Perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur / fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan, dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensi sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistemnya yang terorganisasi (Nursalam 2008).

3. Teori pertumbuhan dan perkembangan

Menurut Hidayat, 2008 :

a. Perkembangan kognitif (Piaget)

Perkembangan kognitif pada anak menurut piaget membagi dengan empat tahap yaitu :

1. Tahap sensori motor, (umur 0-2 tahun)

Dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut anak mempunyai kemampuan dalam mengasikilsai dan mengakomodasi informasi dengan cara melihat, mendengar, menyentuh dan aktivitas motorik

2. Tahap praoperasional (umur 2-7 tahun)

Dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut anak belum mampu mengoperasikan apa yang dipikirkan melalui tindakan dalam pikiran anak, perkembangan anak masih bersifat egosentrik, seperti dalam penelitian piaget anak selalu menunjukkan egosentrik sepeti anak memilih sesuatu atau ukuran yang besar walaupun isi sedikit.

3. Tahap konskret (umur 7-11 tahun)

Dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut anak sudah memandang realistis dari dunianya dan mempunyai anggapan yang sama dengan oorang lain, sifat egosentrik sudah mulai hilang sebab anak mempunyai pengertian tentang keterbatasan diri sendiri.

4. Formal operasional (lebih dari 11 tahun)

Dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut perkembangan anak pada masa ini sudah terjadi dalam perkembangan pikiran dengan membentuk gambaran mental dan mampu menyelesaikan aktivitas dalam pikiran, mampu menduga dan memperkirakan dengan pikiran yang abstrak.

b. Perkembangan psikoseksual anak (Freud)

Dalam perkembangan psikoseksual anak dapat melalui tahapan sebagai berikut :

1. Tahap oral (umur 0-1 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan dan kesenangan, kenikmatan dapat melalui dengan cara menghisap, menggigit, mengunyah atau bersuara, ketergantungan sangat tinggi dan selalu minta dilindungi untuk mendapatkan rasa nyaman.

2. Tahap anal (umur 1-3 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan pada fase ini adalah pada pengeluaran tinja, anak akan menunjukkan keakuannya dan sikapnya sangat marsistik yaitu cinta terhadap dirinya sendiri dan sangat egoistic, mulai mempelajari struktur tubuhnya.

3. Tahap oedipal/phalik (umur 3-5 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan pada anak terletak pada rangsangan autoerotic yaitu meraba-raba, merasakan kenikmatan dari beberapa daerah erogennya, suka pada yang lain jenis.

4. Tahap laten (umur 5-12 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan anak mulai terintegrasi, anak masuk dalam masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial seperti suka hubungan dengan kelompok atau sebayanya, dorongan libido mulai mereda.

5. Tahap genital (umur >12 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan anak pada fase ini akan kembali bangkit dan mengarah pada perasaan cinta yang matang terhadap lawan jenis.

c. Perkembangan psikososial anak (Erikson)

Perkembangan anak yang ditinjau dari aspek psikososial menurut erikson yaitu :

1. Tahap percaya dan tidak percaya (umur 0-1 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut tahap ini bayi sudah terbentuk rasa percaya kepada seseorang baik orang tua yang mengasuhnya ataupun pjuga perawat.

2. Tahap kemandirian (umur 1-3 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut anak sudah mulai mencoba dalam mandiri tugas tumbuh kembang seperti dalam motorik dan bahasa, anak sudah mulai latihan jalan sendiri, berbicara dan pada tahap ini pula anak akan merasa malu apabila orang tua terlalu melindungi atau tidak memberikan kemandirian atau kebebasan anak dan menuntut tinggi harapan anak.

3. Tahap inisiatif (umur 4-6 tahun)

Dengan perkembangan sebagai berikut anak akan memulai inisiatif dalam belajar mencari pengalaman baru secara aktif dalam melakukan aktivitasnya.

4. Tahap rajin dan rendah diri (umur 6-12 tahun)

Dalam perkembangan sebagai berikut anak selalu berusaha untuk mencapai sesuatu yang diinginkan atau prestasinya sehingga anak pada usia ini adalah rajin dalam melakukan sesuatu akan tetapi apabila harapan anak pada anak in I tidak tercapai kemungkinan besar anak akan merasakan rendah diri.

5. Tahap identitas dan kebingungan peran

Dengan perkembangan sebagai berikut terjadi perubahan dalam diri anak khususnya dalam fisik dan kematangan usia, perubahan hormonal akan menunjukkan identitas dirinya.

6. Tahap keintiman dan pemisahan

Dengan perkembangan sebagai berikut anak mencoba melakukan hubungan dengan teman sebaya atau kelompok masyarakat dalam kehidupan sosial untuk menjalin keakraban.

7. Tahap generasi dan penghentisan (masa dewasa pertengahan)

Dengan perkembangan sebagai berikut seseorang ingin mencoba memperhatikan generasi berikutnya dalam kegiatan aktivitas di masyarakat.

8. Tahap integritas dan keputusasaan (masa dewasa lanjut)

Dengan perkembangan sebagai berikut seseorang memikirkan tugas-tugas dalam mengakhiri kehidupan, perasaan putus asa akan mudah timbul karena kegagalan pada dirinya untuk melakukan aktivitas dalam kehidupan.

2.5 Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali ke rumah (Supartini, 2004).

Masa *bayi*, masalah utama yang sering terjadi adalah karena dampak dari perpisahan dengan orang tua sehingga ada gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Reaksi yang sering muncul adalah menangis, marah, dan banyak melakukan gerakan sampai sikap rasa cemas.

Masa *toddler*, anak usia toddler (2-3 tahun) bereaksi terhadap hospitalisasi sesuai dengan sumber stressnya. Sumber stress yang utama adalah cemas akibat perpisahan. Respon perilaku anak sesuai dengan tahapannya, yaitu tahap protes, putus sekolah, dan pengingkaran.

Masa *prasekolah*, perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasakan aman, penuh kasih sayang, menyenangkan, yaitu lingkungan rumah, permainan, dan teman permainannya. Reaksi yang ditunjukkan adalah dengan menolak makan, sering

bertanya, menangis walaupun secara perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan.

Masa sekolah, perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dengan lingkungan yang dicintainya, yaitu keluarga dan terutama kelompok sosialnya dan menimbulkan kecemasan. Anak merasa kehilangan kelompok sosialnya karena ia biasa melakukan kegiatan bermain atau pergaulan sosial, perasaan takut matu, dan adanya kelemahan fisik.

Masa remaja, anak masa remaja mempersepsikan perawatan di rumah sakit menyebabkan timbulnya perasaan cemas karena harus berpisah dengan teman sebayanya. Apabila harus dirawat di rumah sakit, anak akan merasa kehilangan dan timbul perasaan cemas karena perpisahan tersebut, reaksi yang sering muncul adalah dengan menolak perawatan atau tindakan yang dilakukan padaya atau tidak mau kooperatif dengan petugas kesehatan atau menarik diri dari keluarga, sesame pasien, dan petugas kesehatan (isolasi).

2.6 Penerapan Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengkajian

Pengumpulan data klien baik subyektif ataupun obyektif meliputi anamneses penyakit, pengkajian psikososial, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic (Muttaqin,2008)

1. Identitas :

Meliputi Nama, Usia balita (1-5 tahun), jenis kelamin, Suku Bangsa, Pekerjaan, Pendidikan, Alamat, Tanggal MRS, Tanggal pengkajian, Ruang, Diagnosa Medis, Penanggung jawab, No RM.

2. Keluhan utama :

Anak batuk produktif, sesak nafas, gelisah, rewel, demam

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat penyakit sekarang.

Anak lemah, nafsu makan menurun, sianosis, sesak nafas dan dangkal, gelisah, ronchi (+), wheezing (+), batuk, demam, muntah.

b. Riwayat penyakit dahulu.

Pernah menderita penyakit infeksi, adanya penyakit yang pernah diderita terutama penyakit menaun, adanya factor latrogenik (trauma paru, anastesi, aspirasi). Adanya alergi debu, riwayat imunisasi pada umur 1 tahun imunisasi dasar harus diberikan dengan lengkap, BCG diberikan 1 kali sebelum berumur 2 tahun, DPT diberikan 3 kali dengan interval 4 minggu diberikan setelah 2 bulan, polio diberikan 4 kali dengan interval 4 minggu diberikan bersama waktu imunisasi DPT dengan cara diteteskan langsung dimulut sebanyak 2 tetes, campak diberikan 1 kali pada umur 9 bulan, hepatitis B diberikan 3 kali sedini mungkin dengan jarak 1 bulan antara suntikan 1 dengan suntikan 2 dan

3.

c. Riwayat kesehatan keluarga.

Anggota keluarga lain yang menderita penyakit infeksi saluran pernapasan dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lainnya.

d. Riwayat kesehatan lingkungan.

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.

e. Riwayat tumbuh kembang.

Anak belum mampu mengoperasikan apa yang dipikirkan melalui tindakan dalam pikiran anak, perkembangan anak masih bersifat egosentrik, anak selalu menunjukkan egosentrik seperti anak memilih sesuatu atau ukuran yang besar walaupun isi sedikit.

4. Pola kebiasaan sehari-hari (Pola Gordon)

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Pengetahuan status kesehatan saat ini, perlindungan terhadap kesehatan (program skrining menggunakan ddst, kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan, diet, latihan, manajemen stress), pemeriksaan diri sendiri (Riwayat medis keluarga, pengobatan yang sudah dilakukan), perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan, data pemeriksaan fisik yang berkaitan.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Kebiasaan jumlah makanan, jenis dan jumlah (makanan dan minuman), pola makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir, porsi yang dihabiskan, nafsu makan, faktor pencernaan (rasa, bau, gigi, mukosa mulut, mual atau muntah, pembatasan makanan, alergi makanan), data pemeriksaan fisik yang berkaitan (berat badan saat ini dan sebelum masuk rumah sakit).

3. Pola aktifitas dan latihan

Aktivitas kehidupan sehari-hari, aktivitas menyenangkan, kemampuan untuk merawat diri sendiri (berpakaian, mandi, makan ,kamar mandi), mandiri, bergantung, atau perlu bantuan, data pemeriksaan fisik (pernafasan, kardiovaskular, muskuloskeletal, neurologi).

4. Pola eliminasi

Kebiasaan pola buang air kecil (frekuensi, jumlah, warna, bau, nyeri, nokturia, kemampuan mengontrol buang air kecil, adanya perubahan lain), kebiasaan pola buang air besar (frekuensi, jumlah, warna, bau, nyeri, nokturia, kemampuan mengontrol buang air besar, adanya perubahan lain), kemampuan keperawatan diri (ke kamar mandi, kebersihan diri), data pemeriksaan fisik yang berhubungan (abdomen, genetalia, rektum, prostat).

5. Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari dan saat dirumah sakit (jumlah waktu tidur, jam tidur dan bangun, ritual menjelang tidur, lingkungan tidur, tingkat kesegaran

setelah tidur), penggunaan alat mempermudah tidur (obat-obatan, musik), jadwal istirahat dan relaksasi, gejala gangguan pola tidur, faktor berhubungan (nyeri, proses penuaan dll), data pemeriksaan fisik (lesu, kantung mata, keadaan umum, mengantuk).

6. Pola persepsi dan sensori

gambaran tentang indera khusus (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa, peraba), penggunaan alat bantu indra, persepsi ketidaknyamanan nyeri (pengkajian nyeri secara komprehensif), data pemeriksaan fisik yang berhubungan (neurologis, ketidaknyamanan).

7. Pola persepsi diri

Identitas personal (penjelasan tentang diri sendiri, kekuatan dan kelemahan yang dimiliki), keadaan fisik segala sesuatu yang berkaitan dengan tubuh (yang disukai dan tidak), harga diri (perasaan mengenai diri sendiri), ancaman terhadap konsep diri (sakit, perubahan, peran), riwayat berhubungan dengan masalah fisik dan atau psikologi, data pemeriksaan fisik yang berkaitan (mengurung diri, murung, tidak mau berinteraksi).

8. Pola hubungan peran

sebelum masuk rumah sakit peran sebagai anak yang aktif dalam berinteraksi sekitarnya (lingkungan, teman-teman, orang terdekat), setelah masuk rumah sakit berinteraksi dengan teman-teman berkurang, data pemeriksaan fisik yang berkaitan.

9. Pola reproduksi seksual

Riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik atau psikologi, jenis kelamin (laki-laki atau perempuan), Data pemeriksaan fisik yang berkaitan (genetalia,rektum),

10. Pola koping toleransi stress

sebelum masuk rumah sakit anak ceria, menceritakan hal yang disukaiaatau tidak, sesudah masuk rumah sakit anak cenderung diam dan malas diajak berbicara lebih percaya dengan perkataan arang tua.

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Latar belakang budaya/etnik, Status ekonomi, perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kelompok budaya/etnik, Tujuan kehidupan bagi pasien, Pentingnya agama/spiritualitas.

5. Riwayat sosial

Anak dapat bersosialisasi baik dengan keluarga, dapat bersosialisasi dengan teman sebaya, tetangga.

2.6.2 Diagnosa Keperawatan (NANDA 2015)

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret yang berlebih

Batasan karakteristik

Subjektif

Dispnea

Objektif

Suara napas tambahan (misalnya, *rale*, *crackle*, ronki dan mengi).

Perubahan pada irama dan frekuensi pernapasan.

Batuk tidak ada atau tidak efektif.

Sianosis.

Penurunan suara napas.

Gelisah.

Sputum berlebihan.

Mata terbelalak.

Faktor yang Berhubungan

Lingkungan: Merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif

Obstruksi Jalan Napas: retensi secret, mucus berlebih, adanya jalan napas buatan, terdapat benda asing di jalan napas, secret di bronki, dan eksudat di alveoli.

Fisiologis: Disfungsi neuromuscular, hyperplasia, dinding bronchial, PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik), infeksi, asma, jalan napas alergik (trauma).

2.6.3 Perencanaan keperawatan (NIC NOC)

Berdasarkan diagnose keperawatan yang telah disebutkan diatas maka dapat ditetapkan tujuan, kriteria hasil, dan rasional menurut Sujono Riyadi Sukarmin, sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret yang berlebih

1. Tujuan:

Tujuan jangka pendek:

15 menit tindakan tercepat secret berkurang.

Tidak adanya suara ronchi, dispnea atau sianosis

Jalan nafas pasien efektif

Tujuan jangka panjang:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan jalan nafas pasien efektif kembali.

Keluarga pasien dapat menjaga pola hidup agar bronkopneumonia tidak terulang kembali

2. Kriteria hasil :

1) Menunjukkan perilaku mencapai kebersihan jalan nafas

2) Menunjukkan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih, tidak ada ronchi, dispnea atau sianosis

3) Pernafasan 20-30/menit.

3. Intervensi:

1. Bina hubungan saling percaya terhadap klien dan keluarga

Rasional : supaya klien dan keluarga lebih kooperatif

2. Berikan posisi yang nyaman untuk klien dengan didampingi oleh orang tua atau keluarga

Rasional : dengan dampingan keluarga anak lebih merasa nyaman dan lebih kooperatif

3. Lakukan monitor tanda vital, auskultasi Suara nafas tiap 4 Jam sekali

Rasional : peningkatan frekwensi nafas mengindikasikan tingkat keparahan dan mengetahui obstruksi pada saluran nafas dan manifestainya pada suara nafas.

4. Berikan posisi kepala lebih tinggi dari posisi badan dan kaki.

Rasional : penurunan diafragma dapat membantu ekspansi paru lebih maksimal.

5. Lakukan kolaborasi pemberian O₂,nebulizer, dan tindakan clapping

Rasional : kebutuhan oksigen yang masuk ke tubuh dapat dibantu dengan tambahan oksigen yang diberikan, terapi nebulizer dapat mengencerkan secret, dan tindakan clapping untuk melonggarkan secret yang tertahan disaluran pernafasan.

6. Kolaborasi dengan tim medis lainnya dengan memberikan obat untuk peradangan saluran nafas dan pemeriksaan penunjang.

Rasional : pelebaran saluran nafas, sekret yang mudah keluar akan mempermudah klien bernafas, deteksi sejauh mana kebutuhan O2 dapat diberikan dengan pemeriksaan penunjang.

2.6.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi, Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain.(Nursalam, 2011).

2.6.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan. (Nursalam,2011)