

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. H DENGAN**  
**BRONCHITIS DI RUANG TRIBRATA ANAK RUMAH**  
**SAKIT BHAYANGKARA TK III KOTA BENGKULU**  
**TAHUN 2019**



**DISUSUN OLEH :**

**RIKA TRIDA ASTUTI**

**NIM P05120218112 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKESBENGKULU**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**TAHUN 2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. H DENGAN BRONCHITIS  
DI RUANG TRIBRATA ANAK RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK III  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2019**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Studi  
Diploma III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes  
Bengkulu

**RIKA TRIDA ASTUTI**  
**NIM P05120218112 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKESBENGKULU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. H DENGAN  
BRONCHITIS DI RS BHAYANGKARA BENGKULU  
TAHUN 2019**

Di persiapkan dan di presentasikan  
oleh :

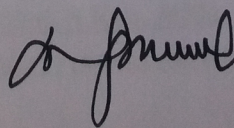
**RIKA TRIDA ASTUTI**  
**NIM. P05120218112 RPL**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapan  
Penguji Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal Agustus 2019

Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

**Pembimbing**



**Ns.Mardiani.S.Kep.MM**  
**NIP. 197203211995032001**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. H DENGAN BRONCHITIS DI  
RS BHAYANGKARA BENGKULU  
TAHUN 2019**

Yang dipersiap kan dan dipresentasikan oleh :

**RIKA TRIDA ASTUTI**  
**NIM. P05120218112 RPL**

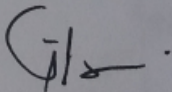
Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Penguji Pada  
Program D III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes

Bengkulu

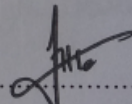
Pada Tanggal : Agustus 2019

Panitia Penguji,

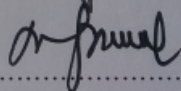
1 Ns. Husni.S.Kep.M.Pd  
NIP 197212061997032001

(  
.....)

2 Erni Buston,SST.M.Kes  
NIP 198707072010122003

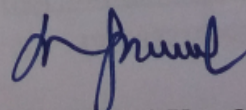
(  
.....)

3 Ns. Mardiani, S.Kep.MM  
NIP 197203211995032001

(  
.....)

Mengetahui

Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu

(  
**(Ns. Mardiani, S.Kep, MM)**  
NIP. 197203211995032001

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Anak Pada An. H dengan Bronchitis di Ruang Tribata anak Rumah Sakit Bhayangkara Tk III Kota Bengkulu Tahun 2019”. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasihat dari berbagai pihak sehingga dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu diucapkan terima kasih kepada

1. Bapak Darwis, SKp, MKes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Prodi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kep,MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Potekkes Bengkulu.
3. Ibu Mardiani, S.Kep,MM selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Bengkulu dan sebagai pembimbing dalam penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan sehingga proposal Karya Tulis Ilmiah ini bisa diselesaikan dengan baik.
4. Seluruh dosen dan staf Prodi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
5. Orang tua, keluarga tercinta yang telah banyak memberikan dukungan moril dan spiritual yang sangat berarti bagi penulis.
6. Mahasiswa – mahasiswi Prodi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu terkhusus teman-teman Program RPL.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metode. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi dimasa yang akan datang. Penulis berharap semoga Proposal Karya

Tulis Ilmiah yang sudah disusun ini dapat dijadikan pedoman dalam menyusun karya tulis nantinya.

Bengkulu, Agustus 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSTUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR GAMBAR .....	vii
DAFTAR BAGAN .....	viii
DAFTAR TABEL .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>B. Batasan Penulisan .....</b>	<b>4</b>
<b>C. Tujuan. Penelitian .....</b>	<b>4</b>
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
<b>D. Manfaat Penulisan .....</b>	<b>5</b>
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
<b>A. Konsep Keperawatan Anak .....</b>	<b>6</b>
<b>B. Konsep Dasar Teori .....</b>	<b>10</b>
<b>C. Konsep Dasar Penyakit .....</b>	<b>15</b>
1. Definisi .....	15
2. Klasifikasi .....	16
3. Etiologi .....	16
4. Patofisiologi .....	17
5. WOC .....	18
6. Manifestasi Klinis .....	19
7. Komplikasi .....	19
8. Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang .....	20
9. Penatalaksanaan .....	21
<b>D. Konsep Asuhan Keperawatan .....</b>	<b>23</b>
1. Pengkajian .....	23
2. Diagnosa .....	28
3. Perencanaan Keperawatan .....	36

4. Implementasi Keperawatan .....	49
5. Evaluasi .....	49
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>50</b>
A. Pendekatan/Desain Penelitian .....	50
B. Subjek Penelitian .....	50
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	50
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	50
E. Prosedur Penelitian .....	51
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	51
G. Keabsahan Data .....	52
H. Analisa Data .....	52
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>53</b>
A. Pengkajian .....	53
B. Diagnosa Keperawatan .....	62
C. Perencanaan .....	63
D. Implementasi .....	67
E. Evaluasi .....	75
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>81</b>
A. Pengkajian .....	81
B. Diagnosa Keperawatan .....	81
C. Perencanaan .....	82
D. Implementasi .....	82
E. Evaluasi .....	83
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>84</b>
A. Kesimpulan .....	84
B. Saran .....	87
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	



## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Nama Gambar	Halaman
2.1	Anatomi Sistem Pernapasan	10
2.2	Percabangan Bronkus	12

## DAFTAR BAGAN

Bagan	Nama Bagan	Halaman
2.1	<i>Web Of Causation (WOC)</i>	18
4.1	<i>Genogram</i>	54

## DAFTAR TABEL

Tabel	Nama	Halaman
2.1	Perencanaan Keperawatan	36
4.1	Riwayat kebiasaan sehari-hari	55
4.2	Laporan laboratorium hari pertama	59
4.3	Laporan laboratorium hari Kedua	59
4.4	Laporan laboratorium hari Ketiga	59
4.5	Analisa Data	61
4.6	Diagnosa Keperawatan	62
4.7	Perencanaan Keperawatan	63
4.8	Implementasi hari pertama	67
4.9	Implementasi hari Kedua	70
4.10	Implementasi hari Ketiga	73
4.11	Evaluasi Keperawatan hari pertama	75
4.12	Evaluasi Keperawatan hari Kedua	77
4.13	Evaluasi Keperawatan hari Ketiga	79

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*World Health Organization* (WHO) 2015 mencatat bahwa angka kejadian penyakit bronkitis lebih dari 64 juta di dunia akibat umumnya (90%) disebabkan virus (adenovirus, influenza, parainfluenza, RSV, rhinovirus, dan herpes simplex virus) dan sepuluh persen oleh bakteri dengan gejala batuk sebagai gejala paling menonjol serta penggunaan tembakau, polusi udara dalam ruangan/luar ruangan dan debu serta bahan kimia. Angka kejadian bronkitis di Indonesia sampai saat ini belum diketahui secara pasti. Namun, bronkitis merupakan salah satu bagian dari penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) yang terdiri dari bronkitis kronik dan emfisema atau gabungan dari keduanya (PDPI, 2013).

Berdasarkan hasil data yang didapatkan bronchitis merupakan penyebab salah utama kematian balita di dunia. Penyakit ini menyumbang 16% dari seluruh kematian anak di bawah lima tahun, dimana pada tahun 2015 menyebabkan kematian pada 920.136 balita, atau lebih dari 2.500 per hari, atau di perkirakan 2 anak Balita meninggal setiap menit WHO (*World Health Organization*), (2017). Bronkitis merupakan salah satu menjadi penyebab kematian balita ke-4 dengan gangguan saluran pernafasan di Indonesia. Pada tahun 2018 sebesar 17,4 % dari 134.000 angka kematian balita. Bronkitis merupakan salah satu penyakit yang terbanyak diderita anak-anak dan penyebab kematian terbesar baik Negara berkembang maupun di negara maju. Berdasarkan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 tercatat bahwa 40 kematian per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2012). Sedangkan angka kejadian penderita bronkitis di kota

Bengkulu pada tahun 2016 yaitu 484 orang, pada tahun 2017 yaitu 713 orang (*Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2018*).

Bronkitis bisa menyerang semua umur, faktor lingkungan juga berpengaruh pada kesehatan paru-paru atau organ pada sistem pernafasan *Alveolus* merupakan tempat terjadinya pertukaran gas O<sub>2</sub> masuk kedalam CO<sub>2</sub> dikeluarkan dari darah. Bronkus merupakan penyaluran udara ke dalam *alveoli* jika terjadi masalah dalam bronkus bisa menyebabkan terjadinya penyakit bronkitis dan gangguan pertukaran gas juga terganggu (*Muttaqin, 2008*).

Dampak dari bronkitis ialah gangguan pernafasan seperti mengi dan sesak disertai nyeri tenggorokan dan sering kelelahan karena udara masuk ke alveolus terganggu akibat infeksi yang akan membuat hipertropi dan penebalan pada dinding bronkial. Perawatan dasar yang dilakukan ialah dengan menginstruksikan batuk efektif (memposisikan pasien dan mengajak anak bermain kincir dan meniupnya), buang secret pada tempat yang disediakan, berikan nebulizer sesuai takaran, minum air hangat dan menghindari udara dingin. Pencegahan yang dapat dilakukan dari penyakit bronkitis akut pemberian vaksin lengkap, mencuci tangan sebelum makan dan minum, menjauh dari orang yang perokok (asap), menjauh dari penderita (bronkitis) serta memberikan gizi yang seimbang.

Penangan pasien bronkitis rawat inap dilakukan dengan perawatan komprehensif sehingga pengobatan ataupun terapi bisa dilakukan. Dalam menanggulangi gejala-gejala tersebut disamping obat yang di gunakan untuk mencegah dan mengobati dalam dosis yang berbeda, kerja sama antara dokter, perawat, petugas rontgen, laboratorium dan fisioterapi berpengaruh dan berguna untuk menangani pasien dengan diagnosis bronkitis (*Qarah, 2009*).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan bronkitis yaitu bersihan jalan napas tidak efektif karena adanya akumulasi mukus berlebih di bronkus yang bisa di atasi dengan pengeluaran mukus dengan fisioterapi dada (batuk efektif, fibrasi dada dan postural drainage), jika tidak

dapat mengeluarkan mukusnya maka akan dilakukan penatalaksanaan medis berupa bronkodilator yang bertujuan untuk memperlebar bronkus akibat spasme dan mengencerkan mukus di jalan napas. Pemberian oksigen dan posisi semifowler merupakan salah satu cara yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan pola napas yang tidak efektif disebabkan karena peningkatan frekuensi pernapasan. bisa juga memberikan arahan pada klien dan keluarga klien untuk berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol yang dapat menyebabkan peradangan pada bronkus. Dalam berkendara (terutama pada pengendara motor atau sebagainya) sebaiknya kenakan masker di lingkungan yang udaranya tercemar, berasap, berdebu, atau tercemar oleh polusi udara karena itu merupakan salah satu penyebab terkena bronkitis (*Rab Tabrani, 2010*).

Pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk membantu klien bronkitis dengan melakukan tindakan keperawatan seperti fisioterapi dada (batuk efektif, fibrasi dada dan postural drainage). Melakukan pemberian oksigen dan posisi semifowler. Cara pemeliharaan kesehatan yaitu untuk tidak merokok dan mengonsumsi alkohol.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan penulis di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu data rekam medik jumlah penderita Bronkitis anak pada tahun 2016 yaitu 51 orang, tahun 2017 terdapat 42 kasus, tahun 2018 36 kasus, dan terjadi peningkatan pada tahun 2019 dari januari sampai juni terdapat 18 kasus. Namun demikian angka kesakitan pada bronkitis mengalami penurunan tetapi kasus tersebut termasuk tinggi pada tahun 2019 bulan januari sampai juni sebesar 18 kasus.

Melihat banyaknya permasalahan yang terjadi dalam perawatan pasien bronchitis di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Bengkulu dimana perawat masih belum melaksanakan asuhan keperawatan seperti belum adekuat dalam pengontrolan pemberian oksigenisasi, belum maksimal dalam mengajarkan batuk efektif dan ruangan perawatan yang sangat terbatas, maka penulis

tertarik untuk mengambil kasus bronkitis sebagai tugas akhir study kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Anak dengan Bronkitis di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu 2019”.

#### **B. Batasan Penulisan**

Ruang lingkup Penulisan ini membatasi studi kasus pada asuhan keperawatan anak pada pasien dengan bronkhitis supaya studi kasus ini terarah, terfokus dan tidak meluas, studi kasus ini difokus pada asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit bronkitis.

#### **C. Tujuan Penelitian**

##### 1. Tujuan Umum

Dideskripsikan asuhan keperawatan Anak pada pasien dengan penyakit bronkitis di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu Tahun 2019.

##### 2. Tujuan khusus

- a. Dideskripsikan hasil pengkajian secara tepat pada anak dengan Bronkitis.
- b. Dideskripsikan diagnosa keperawatan pada anak dengan Bronkitis.
- c. Dideskripsikan perencanaan keperawatan pada anak dengan Bronkitis.
- d. Dideskripsikan implementasi keperawatan pada anak dengan Bronkitis.
- e. Dideskripsikan evaluasi keperawatan pada anak dengan Bronkitis.
- f. Dideskripsikan dokumentasi keperawatan pada anak dengan Bronkitis.

#### **D. Manfaat penulisan**

Manfaat penulis KTI ini adalah:

##### 1. Bagi Mahasiswa

- a. Mahasiswa mampu menerapkan konsep pembelajaran teoritis ke ranah aplikasi dalam proses pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan Bronkitis.
- b. Mahasiswa mampu meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan Bronkitis..

- c. Mahasiswa mampu mempertajam ilmu pengetahuan mengenai penyakit Bronkitis.
2. Bagi Keluarga  
Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit Bronkitis.
3. Bagi Pelayan Kesehatan/Rumah Sakit
  - a. Dapat memberikan informasi tentang penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan Bronkitis.
  - b. Meningkatkan mutu layanan dan kepuasan klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.
4. Bagi Akademik  
Laporan studi kasus ini bisa digunakan sebagai sumber bacaan dan referensi bagi civitas akademika menambah wawasan dan bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada anak dengan Bronkitis.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Keperawatan Anak

##### 1. Pengetian

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam (Nining, 2016).

Pelayanan yang diberikan pada keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka

akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang (Nining, 2016).

#### 1. Ciri-ciri Tumbuh Kembang

Tumbuh kembang anak yang dimulai dari konsepsi sampai dewasa itu

mempunyai ciri-ciri tersendiri, antara lain yaitu:

- a. Tumbuh kembang adalah proses kontinu sejak dari konsepsi sampai maturitas/dewasa yang dipengaruhi oleh faktor bawaan dan lingkungan.
- b. Terdapat masa percepatan dan masa perlambatan serta laju tumbuh kembang yang berlainan organ-organ.
- c. Pola perkembangan anak adalah sama semua anak, tetapi kecepatannya berbeda-beda antara anak satu dengan yang lainnya.
- d. Perkembangan erat hubungannya dengan sistem susunan saraf.
- e. Aktivitas seluruh tubuh diganti respon individu yang khas.
- f. Arah perkembangan anak adalah sefalokaudal.
- g. Reflex primitive seperti refleks memegang dan berjalan akan menghilang, sebelum gerakan folunter tercapai.

Setiap anak adalah individu yang unik, karena faktor bawaan dan lingkungan yang berbeda, maka pertumbuhan dan pencapaian kemajuan perkembangannya juga berbeda-beda namun tetap mengikuti patokan umum (Marimbi, 2010).

#### 2. Indikator Perkembangan Anak

Menurut Hidayat (2009), ada empat aspek perkembangan yang dipakai dalam menilai perkembangan anak, antara lain :

- a. *Gross motor* (gerakan motorik kasar) adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri dan sebagainya.
- b. *Fine motor adaptive* (gerakan motorik halus) adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjepit, menulis dan sebagainya.

- c. *Language* (bahasa) adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya
  - d. *Personal social* (perilaku sosial) adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membersihkan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu atau pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya.
3. Stresor Hospitalisasi dan Reaksi Anak Hospitalisasi

Menurut Wong (2009), stresor yang dialami anak pada saat mengalami hospitalisasi adalah cemas akibat perpisahan, kehilangan kendali, cedera tubuh atau nyeri. Cemas akibat perpisahan. Anak-anak mengatakan tentang ketakutan mereka pada saat dirawat dirumah sakit, anak-anak tersebut menunjukkan bahwa jauh dari keluarga memiliki peringkat yang lebih tinggi dari pada ketakutan lainnya yang muncul akibat hospitalisasi. Anak-anak usia prasekolah memiliki aktivitas fisik dan mental yang tinggi yang kerap kali menemukan ketidaksesuaian dengan lingkungan rumah sakit. Kesepian, bosan, isolasi, dan depresi umum terjadi. Anak usia prasekolah membutuhkan dan menginginkan dukungan orang tua (Wong, 2009). Pada kondisi cemas akibat perpisahan anak akan memberikan respon berupa perubahan perilaku. Manifestasi kecemasan yang timbul terbagi menjadi tiga fase yaitu:

- a. Fase protes, anak-anak bereaksi secara agresif dengan menangis dan berteriak memanggil orang tua, menarik perhatian agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang asing atau orang lain dan sulit ditenangkan.
- b. Fase putus asa, dimana tangisan akan berhenti, anak tampak tegang dan muncul depresi yang terlihat yaitu anak kurang begitu aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain.
- c. Fase menolak merupakan fase terakhir yaitu fase pelepasan atau penyangkalan, dimana anak tampak mulai mampu menyesuaikan diri

terhadap kehilangan, tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru, meskipun perilaku tersebut dilakukan merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan kesenangan.

d. Kehilangan kendali.

Kurangnya kendali akan mengakibatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi keterampilan koping anak-anak. Kehilangan kendali pada anak sangat beragam dan tergantung usia serta tingkat perkembangannya.

e. Cedera tubuh dan nyeri .

Prosedur yang menimbulkan nyeri maupun yang tidak merupakan ancaman bagi anak prasekolah yang konsep integritas tubuhnya belum berkembang baik. Mereka bereaksi terhadap injeksi sama khawatirnya dengan nyeri saat jarum dicabut dan takut intrusi atau pungsi pada tubuh tidak akan menutup kembali dan "isi tubuh" mereka akan keluar. Reaksi terhadap nyeri cenderung sama dengan reaksi anak usia toddler, akan tetapi anak usia prasekolah memiliki respon yang lebih baik ketika diberikan penjelasan dan distraksi terhadap prosedur yang dilakukan. Pada umumnya anak menggunakan ekspresi verbal dengan mengatakan "Pergi dari sini", mendorong orang yang akan melakukan prosedur agar menjauh, mencoba mengamankan peralatan atau berusaha mengunci diri di tempat yang aman untuk mempengaruhi orang agar menyerah dalam melakukan prosedur. Anak prasekolah dapat menunjukkan letak nyeri mereka dan dapat menggunakan skala nyeri dengan yang tepat.

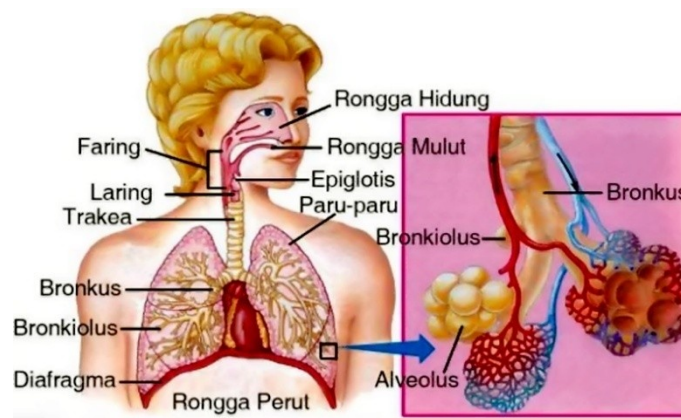
## 2. Manfaat Hospitalisasi

Meskipun hospitalisasi dapat dan biasanya menimbulkan stress bagi anak-anak, tetapi hospitalisasi juga dapat bermanfaat. Manfaat yang paling nyata adalah pulih dari sakit, hospitalisasi juga dapat memberi kesempatan pada

anak-anak untuk mengatasi stress dan merasa kompeten dalam kemampuan koping mereka. Lingkungan rumah sakit dapat memberikan pengalaman sosialisasi yang baru bagi anak yang dapat memperluas hubungan interpersonal mereka (Wong, 2009).

## A. KONSEP DASAR TEORI

### 1. Anatomi pernapasan



Gambar 2.1 Anatomi system penapasan dan bronkus.

(Sumber : Novi, 2013)

#### 1. Hidung

Hidung merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai 2 lubang dipisahkan oleh sekat hidung (septum oli) di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu, dan kotoran-kotoran yang masuk ke dalam hidung

#### 2. Faring

Faring merupakan tempat persimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan. terdapat di bawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung dan mulut sebelah depan rusuk tulang leher.

Faring dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

- a. Bagian atas yang sama tingginya dengan koana yang disebut nesofaring

- b. Bagian tengah yang sama tingginya dengan denan istmus fausium disebut orofaring
- c. Bagian bawah sekat, dinamakan langiofaring.

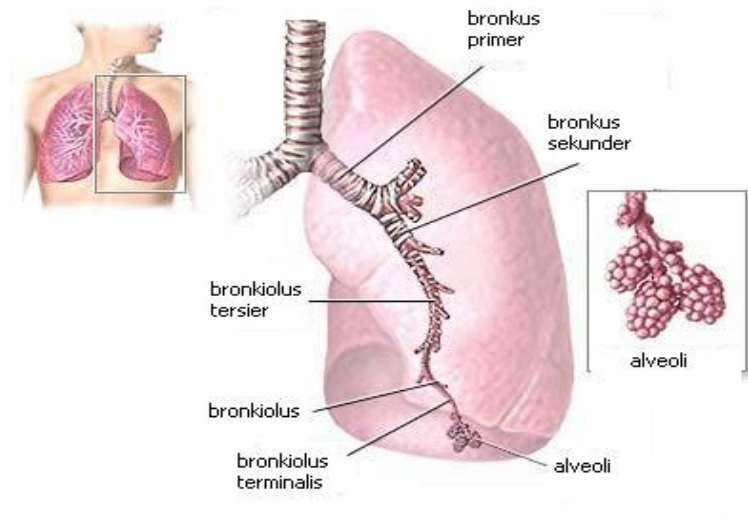
### 3. Laring

Laring merupakan saluran pernafasan berupa tabung iregular (tak beraturan) yang terletak antara faring dengan trakea. Laring merupakan organ pembuka dalam saluran pernafasan.

### 4. Trakhea

Trakea merupakan tabung berbentuk pita seperti huruf c yang dibentuk oleh tulang-tuang rawan yang disempurnakan oleh selaput, terletak diantara vertebrae servikalis VI sampai ke tepi bawah kartilago krikoidea vertebra torakalis V. Panjangnya kira-kira 13 cm dan diameter 2,5 cm.

### 5. Bronkus



Gambar 2.2 percabangan bronkus (sumber : gede dan christantie, 2004)

Merupakan percabangan trakea kanan dan kiri. Tempat percabangan ini disebut carina. Bronkus kanan lebih pendek, lebar dan lebih dekat dengan trakea. Bronkus kanan bercabang menjadi: *Lobus superior, medius, inferior*. Bronkus kiri terdiri dari: *lobus superior dan inferior*. Bronkus yang terbentuk dari belahan dua trakea pada ketinggian kira-kira vertebra torakalis kelima, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus-bronkus itu berjalan ke bawah dan ke samping ke arah tumpuk paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar, dan lebih vertikal daripada yang kiri, sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis dan mengeluarkan sebuah cabang utama lewat di bawah arteri, disebut bronkus lobus bawah. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing dari yang kanan, dan berjalan dibawah arteri pulmonalis sebelum dibelah menjadi beberapa cabang yang berjalan ke lobus atas dan bawah.

Cabang utama bronkus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi bronkus lobaris dan kemudian menjadi lobus segmentalis. Percabangan ini berjalan terus menjadi bronkus yang ukurannya semakin kecil. Sampai akhirnya menjadi bronkiolus terminalis, yaitu saluran udara terkecil yang tidak mengandung alveoli (kantong udara). Bronkiolus terminalis memiliki garis tengah kurang lebih 1 mm. Bronkiolus tidak diperkuat oleh cincin tulang rawan, tetapi dikelilingi oleh otot polos sehingga ukurannya dapat berubah. Seluruh saluran udara ke bawah sampai tingkat bronkiolus terminalis disebut saluran pengantar udara karena fungsi utamanya adalah sebagai penghantar udara ke tempat pertukaran gas paru-paru. Alveolus yaitu tempat pertukaran gas asinus terdiri dari bronkiolus dan respiratorius yang terkadang memiliki kantong udara kecil atau alveoli pada dindingnya. Ductus alveolaris seluruhnya dibatasi oleh alveolis dan saku alveolaris terminalis merupakan akhir paru-paru, asinus atau kadang disebut lobulus primer memiliki tangan kira-kira 0,5 s/d 1,0 cm. Terdapat sekitar 20 kali percabangan mulai dari trakea sampai saku alveolaris.

Alveolus dipisahkan oleh dinding yang dinamakan pori-pori khon (*Manurung, 2009*).

#### 6. Paru-paru

Paru-paru adalah salah satu organ pernapasan yang berada di dalam kantung yang dibentuk oleh pleura parietalis dan pleura viseralis. Kedua paru sangat lunak, elastis dan berada di dalam rongga thorax. Sifatnya ringan dan terapung didalam air. Paru bewarna biru keabu-abuan dan berbintik-bintik. Paru-paru ada dua bagian yaitu paru-paru kanan (*pulmo dekster*) yang terdiri atas 3 lobus dan paru-paru kiri (*pulmo sinister*) yang terdiri atas 2 lobus (*Daniel dan Widjaya, 2015*).

Paru-paru dibungkus oleh dua selaput yang tipis, disebut *pleura*. Selaput bagian dalam yang langsung menyelaputi paru-paru disebut pleura dalam (*pleura visceralis*) dan selaput yang menyelaputi rongga dada yang bersebelahan dengan tulang rusuk disebut pleura luar (*pleura parietalis*) (*Mutaqqin, 2008*).

Antara selaput luar dan selaput dalam terdapat rongga berisi cairan pleura yang berfungsi sebagai pelumas paru-paru untuk pergerakan dan pengembangan paru secara bebas tanpa ada gesekan dengan dinding dada. Cairan pleura berasal dari plasma darah yang masuk secara eksudasi. Dinding rongga pleura bersifat permeabel terhadap air dan zat-zat lain (*Pearce, 2009*).

#### 7. Thoraks

Rongga thoraks terdiri dari dari rongga pleura kanan dan kiri dan bagian tengah yang disebut mediastinum, toraks mempunyai peranan penting dalam pernafasan, karena bentuk elips dari tulang rusuk dan sudut perlekatannya tulang belakang. Perubahan dalam ukuran toraks inilah yang memungkinkan terjadinya proses inspirasi dan ekspirasi (*Pearce, 2009*)

#### 2. Fisiologi pernapasan

Pernapasan adalah upaya yang di butuhkan untuk mengembangkan dan membuat paru berkontraksi. Kerja pernapasan ditentukan oleh tingkat



kompliansi paru, tahanan jalan napas, keberadaan ekspirasi yang aktif, dan penggunaan otot-otot bantu pernapasan (*Potter, Patricia A. 2005*). Terdapat empat langkah dalam proses oksigenasi, yakni : ventilasi, perfusi, pertukaran gas pernapasan dan difusi.

a. Ventilasi

Ventilasi merupakan proses untuk menggerakkan gas ke dalam dan keluar paru-paru. Ventilasi membutuhkan koordinasi otot paru dan thoraks yang elastis dan persarafan yang utuh. Otot pernafasan inspirasi utama adalah diafragma. Diafragma dipersarafi oleh saraf frenik, yang keluar dari medulla spinalis pada vertebra servikal keempat.

b. Perfusi

Fungsi utama sirkulasi paru adalah mengalirkan darah ke dan dari membran kapiler alveoli sehingga dapat berlangsung pertukaran gas. Sirkulasi pulmonal merupakan suatu resevoir untuk darah sehingga paru dapat meningkatkan volume darahnya tanpa peningkatan tekanan dalam arteri atau vena pulmonar yang besar. Sirkulasi pulmonar juga berfungsi sebagai suatu filter, yang menyaring trombus kecil sebelum trombus tersebut mencapai organ-organ vital.

c. Pertukaran gas pernapasan dan difusi

Gas pernapasan mengalami pertukaran di alveoli dan kapiler jaringan tubuh. Oksigen ditransfer dari paru-paru ke darah dan karbondioksida ditransfer dari darah ke alveoli untuk dikeluarkan sebagai produk sampah. Pada tingkat jaringan, oksigen ditransfer dari darah ke jaringan, dan karbondioksida ditransfer dari jaringan ke darah untuk kembali ke alveoli dan dikeluarkan. Transfer ini bergantung pada proses difusi.

d. Difusi

Difusi merupakan gerakan molekul dari suatu daerah dengan konsentrasi yang lebih tinggi ke daerah dengan konsentrasi yang lebih rendah. Difusi gas pernapasan terjadi di membran kapiler alveolar dan kecepatan difusi dapat dipengaruhi oleh ketebalan membran.

## **B. KONSEP DASAR PENYAKIT**

### 1. Definisi

Menurut Muttaqin (2008) Bronkitis adalah suatu peradangan pada bronchus yang disebabkan oleh berbagai macam mikroorganisme baik virus, bakteri, maupun parasit. Ada 2 jenis bronkitis yaitu bronkitis akut dan bronkitis kronik

Menurut Widagdo (2012) Bronkitis ialah inflamasi non spesifik pada bronkus umumnya (90%) disebabkan virus (adenovirus, influenza, parainfluenza, RSV, rhinovirus, dan herpes simplex virus) dan 10% oleh bakteri dengan gejala batuk sebagai gejala paling menonjol.

### 2. Klasifikasi bronkitis

Menurut Arif (2008) Bronkitis terbagi menjadi 2 jenis sebagai berikut:

#### a. Bronkitis akut

Bronkitis akut adalah suatu proses radang akut pada mukosa bronkus beserta cabang-cabangnya yang disertai dengan gejala batuk dengan atau tanpa sputum yang dapat berlangsung sampai 3 minggu. Tidak dijumpai kelainan radiologi pada bronkitis akut. Gejala batuk pada bronkitis akut harus di pastikan tidak berasal dari penyakit saluran pernafasan lainnya.

#### b. Bronkitis kronis

Bronkitis kronis adalah salah satu komponen dari penyakit paru obstruksi kronis. Deskripsi standart tentang bronkitis kronis adalah batuk berdahak yang terjadi selama sedikitnya 3 bulan dalam setahun untuk 2 tahun berturut-turut. Eksaserbasi akut bronkitis kronis didefinisikan memburuknya gejala respirasi seperti : batuk, sekresi dahak yang berlebihan, kesulitan bernafas. Bronkitis kronis terutama terjadi pada orang dewasa dan lebih sering terjadi pada pria daripada wanita.

### 3. Etiologi

Menurut Muttaqin, 2008 Bronkitis disebabkan oleh sebagai berikut:

#### a. Bronkitis biasanya lebih sering disebabkan oleh virus seperti *rhinovirus*,

*Respiratory syncytial Virus (RSV)*, *Virus influenza*, *virus par influenza*, dan *coxsackie virus*.

#### b. Infeksi bakteri : Bordatella pertussis, bordetella parapertussis

- c. Dilatasi bronkus (bronkiectasi), menyebabkan gangguan susunan dan fungsi dinding bronkus sehingga infeksi bakteri mudah terjadi
- d. Polusi udara yang terus menerus juga merupakan predisposisi infeksi karena polusi memperlambat aktivitas silia dan fagositosis. Zat-zat kimia yang dapat juga menyebabkan bronkitis adalah O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>O, hidrokarbon, aldehid, ozon.
- e. Riwayat infeksi saluran nafas. Infeksi saluran pernafasan bagian atas pada penderita bronkitis hampir selalu menyebabkan infeksi paru bagian bawah,serta menyebabkan kerusakan pada paru bertambah.
- f. Asap rokok yang mengandung tar bersifat merangsang secara kimiawi sehingga dapat menimbulkan kerusakan selaput lendir saluran-saluran pernafasan.

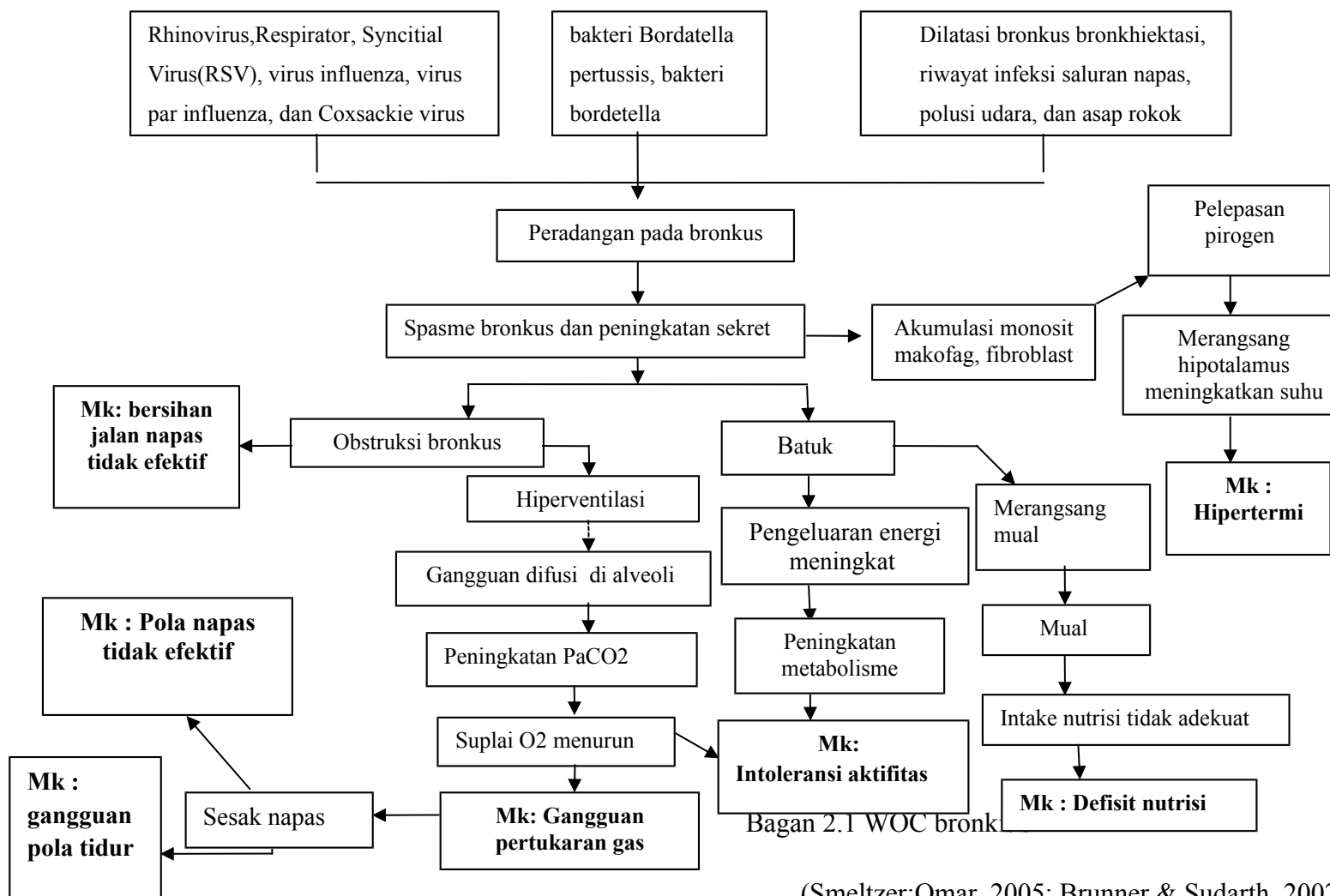
#### 4. Patofisiologi

Menurut Kowalak (2011) Bronkitis terjadi karena Respiratory Syncytial Virus (RSV), virus Influenza, virus para Influenza, asap rokok, baik perokok aktif maupun perokok pasif, polusi udara yang terhirup selama masa intubasi virus kurang lebih 5 sampai 8 hari. Unsur-unsur iritan ini menimbulkan inflamasi pada percabangan trakeobronkial, yang menyebabkan peningkatan produksi secret dan penyempitan atau penyumbatan jalan napas.

Dinding bronkus tengah terdiri dari silia dan memproduksi lendir yang berfungsi untuk menahan debu, mikroorganisme dan partikel. Apabila terjadi infeksi pada bronkus akan mengembang dan menyebabkan terjadinya pembengkakan dan penyempitan. Adanya mukus kental dari dinding bronkial dan mukus yang dihasilkan kelenjar mukus dalam jumlah banyak akan menghambat beberapa aliran udara. Bronkitis kronis mula-mula hanya memengaruhi bronkhus besar, namun lambat laun akan mempengaruhi seluruh saluran napas. Mukus yang kental dan pembesaran bronkhus akan mengobstruksi jalan napas terutama selama ekspirasi. Jalan napas selanjutnya mengalami kolaps dan udara terperangkap pada bagian distal dari paru-paru. Obstruksi ini menyebabkan penurunan ventilasi alveolus, hipoksia, dan

acidosis. Pasien mengalami kekurangan O<sub>2</sub>, jaringan dan ratio ventilasi perfusi abnormal timbul, di mana terjadi penurunan PO<sub>2</sub> kerusakan ventilasi juga dapat meningkatkan nilai PCO sehingga pasien terlihat sianosis karena hipoksia (*Sutoyo, 2009*).

## 5. WOC BRONKITIS



## 6. Manifestasi klinis

Tanda dan Gejala Bronkitis menurut *Ikawati (2011)* :

- a. Batuk produktif dahak meningkat
- a. Batuk disertai dahak puluren
- b. Batuk disertai darah
- c. Batuk sesak
- d. Mengi
- e. Anoreksia (tidak nafsu makan)
- f. Demam

Tanda dan gejala menurut *Rab Tabrani (2010)* :

- a. Batuk
- b. Dispnea, makin lama makin berat dan sehari penuh, terutama pada musim dimana udara dingin dan berkabut
- c. Sesak nafas

## 7. Komplikasi

Menurut *Saripah (2017)* komplikasi yang terjadi jika tidak di obati secara maksimal yaitu :

- a. Bronkitis kronik yang mana berasal dari komplikasi bronkitis akut yang tidak segera ditangani
- b. Mudah terserang infeksi. Pada bronkitis kronik system pernafasan mengalami penurunan fungsi, sehingga umumnya pasien sering terkena dan terserang infeksi.
- c. Gagal napas. Komplikasi ini yang paling berat dan juga luas, sehingga di perlukan pengobatan bronkitis yang lebih dalam lagi.

Menurut *Marni (2014)* Komplikasi bronchitis dengan kondisi kesehatan yang jelek, antara lain:

- a. Sinusitis
- b. Otitis media
- c. Bronkhietasis
- d. PPOK ( Penyakit Paru Obstruksi Kronis)
- e. Gagal napas.

Menurut *Bruner dan Suddarth (2002)* komplikasi bronkitis dengan kondisi kesehatan yang jelek yaitu :

- a) Sinusitis maksilaris. Radang sinus yang ada disekitar hidung yang disebabkan oleh komplikasi peradangan jalan napas bagian atas (*Muttaqin,2008*).
- b) Pnemuonia. Radang pada paru yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur, dan benda asing. Jika bronkitis tidak ditangani dengan baik dann benar secara tuntas bahkan dalam kondisi fisik tubuh yang jelek, maka proses peradangan akan semakin berlanjut yang disebut bronkopneumonia.

#### 8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut *Rab Tabrani (2010)* Tes diagnostik yang dilakukan pada klien bronkitis yaitu:

- a. Rontgent Thorak  
Terdapat peradangan pada paru
- b. Sputum  
Adanya produksi seputum yang berlebih
- c. Tes fungsi paru  
Biasanya adanya obstruksi atau restiksi
- d. Pemeriksaan kadar gas darah arteri  
Adanya penurunan kadar gas darah arteri < 80 (normal 80-100%)
  - a) Pemeriksaan fungsi paru  
Respitasi (pernapasan /ventilasi) dalam praktek klinik bermakna sebagai satu siklus ispirasi /expirasi. Frekuensi pernapasan normal orang dewasa 16-20x/menit.
  - b) Analisa gas darah  
Gas darah arteri memungkinkan untuk pengukuran pH. Dan juga (asam dan basa), oksigenisasi, dan kelebihan atau kekurangan basa.

Pemeriksaan fisik dan data lab lainnya. Ukuran-ukuran dalam analisa gas darah sebagai berikut :

- a) PH normal : 7,35-7,45
- b) PaCO<sub>2</sub> normal : 35-45 mmHg
- c) Pa O<sub>2</sub> normal : 80-100 mmHg
- d) Total CO<sub>2</sub> dalam plasma darah : 24-31 mEq
- e) HCO<sub>3</sub> normal : 21-30 mEq

- f) Saturasi O<sub>2</sub> lebih dari : 90%
  - e. pemeriksaan radiologis
 

Pemeriksaan foto thorak anterior posterior dilakukan untuk menilai derajat progresifitas penyakit yang berpengaruh menjadi penyakit paru obstruksi menaun
  - f. Pemeriksaan laboratorium
 

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya perubahan pada peningkatan eosofil
  - g. Pemeriksaan EKG
 

Pemeriksaan ini mencatat ada tidaknya serta perkembangan kor pulmonal (hipertrofi atrium dan ventrikel kanan).
9. Penatalaksanaan
- a. Penyuluhan
 

Harus dijelaskan tentang hal-hal mana saja yang dapat memperberat penyakit dan harus dihindari serta bagaimana cara pengobatan yang baik.
  - b. Pencegahan
 

Mencegah kebiasaan merokok (dihentikan), menghindari lingkungan polusi, dan dianjurkan vaksinasi untuk mencegah eksaserbasi
  - a. Terapi eksaserbasi akut
    - a. Antibiotik, karena biasanya disertai infeksi.
      - 1. Infeksi maka digunakan Ampisilin atau Eritromisin
      - 2. Amoksisilin dan asam klavulanat dapat diberikan jika kuman infeksiusnya adalah b-catarhalis yang memproduksi b-laktamase
    - b. Pemberian antibiotik seperti kotrimoksazol, amoksisilin, atau doksisisikli pada klien yang mengalami eksaserbsi akut terbukti mempercepat pertumbuhan dan membantu mempercepat kenaikan peakflow rate. Namun hanya dalam 7-10 hari selama periode eksaserbsi.
    - c. Pemberian moxifloxacin 400 mg sekali sehari aman dan dapat ditoleransi dengan baik, sangat efektif unutm pengobatan infeksi saluran napas oleh bakteri, terutama bronkitis, pneumonia komunitas dan sinusitis dengan perbaikan gejala yang cepat (*Setiawati, et al.2005*).
    - d. Terapi oksigen



Diberikan jika terjadi kegagalan jalan napas karena hiperkapnia dan berkurangnya sensitivitas terhadap CO<sub>2</sub>. Pemberian oksigen jangka panjang (> 15 jam/hari) meningkatkan angka bertahan hidup pada klien dengan gagal napas kronis (*Rubenstein, et al.2007*)

e. Fisioterapi membantu klien untuk mengeluarkan sputum

f. Bronkodilator

Untuk mengatasi obstruksi jalan napas, termasuk didalamnya adrenergik, dan gejala agonis B, klien dapat diberikan sulbutamol 5 mg dan atau ipratropium bromida 250 mikrogram diberikan tiap 6 jam dengan nebulizer atau aminofilin 0,25-0,5 g iv secara perlahan.

### C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN BRONKITIS

#### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan data tentang klien. Fase proses keperawatan ini mencakup dua langkah yaitu pengumpulan data dari sumber primer (klien) dan sumber skunder (keluarga, tenaga kesehatan, dan analisis data sebagai dasar untuk melakukan diagnosa keperawatan (*Pearce, 2006*) :

##### a. Identitas

##### 1. Identitas anak

a) Umur : Bronkitis merupakan penyakit yang di sebabkan oleh virus yang sering menyebabkan kematian pada anak usia < 5 tahun dan pada lansia > 65 tahun, Tempat dan tanggal lahir, Jenis kelamin: secara keseluruhan tidak terdapat perbedaan pada penderita Bronkitis, agama, alamat

##### 2) Identitas Orang tua

a) Nama Ayah/Ibu, pendidikan, agam, pekerjaan, alamat, No.Hp

##### b. Riwayat Kehamilan.

Meliputi GPA, Pemeriksaan Antenatal, dan Komplikasi Antenatal

##### c. Keadaan saat lahir

Meliputi: Jenis Persalinan, BB saat lahir (anak yang mengalami BBLR akan lebih besar untuk berpotensi menderita Bronkitis), lamanya persalinan, waktu pecah ketuban, warna air ketuban, nilai APGAR, usia kehamilan (kelahiran prematur akan berpengaruh pada berat badan bayi yang akan menyebabkan bayi mengalami BBLR), kelainan saat lahir.

d. Riwayat Immunisasi

Vaksin bisa membantu mencegah beberapa penyakit pada anak .

Imunisasi membantu mengurangi kematian anak dari Bronkitis dalam dua cara. Pertama, vaksinasi membantu mencegah anak dari infeksi yang berkembang langsung menyebabkan Bronkitis. Kedua, imunisasi dapat mencegah infeksi yang dapat menyebabkan Bronkitis sebagai komplikasi dari penyakit (misalnya, campak dan pertusis). Tiga vaksin yang memiliki potensi untuk mengurangi kematian anak dari Bronkitis adalah vaksin campak, Hib, dan vaksin pneumokokus. Imunisasi DPT merupakan salah satu imunisasi yang efektif untuk mengurangi faktor yang meningkatkan kematian akibat ISPA (UNICEF, WHO 2018).

e. Riwayat tumbuh kembang

1. Pertumbuhan fisik meliputi: BB1, PBL, berat badan sebelum sakit, saat sakit, tinggi badan sekarang, serta waktu tumbuh dan tanggalnya gigi.
2. Perkembangan tiap tahap meliputi: anak saat tengkurap, duduk, merangkap, berdiri, berjalan, berbicara pertama kali, serta berpakaian tanpa bantuan.
3. Pada saat di rawat di rumah sakit, anak akan mengalami berbagai perasaan yang tidak menyenangkan, seperti rewel, marah, takut, cemas, sedih, dan nyeri. Perasaan tersebut merupakan dampak dari Hospitalisasi yang dialami anak karena menghadapi beberapa stresor yang ada di lingkungan rumah sakit. Untuk itu dengan melakukan permainan anak akan terlepas dari ketegangan dan stress yang di alaminya karena dengan melakukan permainan (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangannya melakukan permainan. Dengan demikian permainan adalah media komunikasi antara anak dengan orang lain, termasuk dengan perawat atau

petugas kesehatan di rumah sakit. Perawat dapat mengkaji perasaan dan pikiran anak melalui interaksi yang ditunjukkan anak selama melakukan permainan atau melalui interaksi yang di tujukan anak denga orang tua dan teman kelompok bermainnya.

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Penderita biasanya mengeluh sesak napas, batuk produktif, adanya suara mengi, batuk berdahak, flu dan badanya panas (peningkatan suhu tubuh) 38,8°C sampai 41,1°C.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Penderita biasanya mengalami sesak napas, batuk berdahak, pilek, sianosis dan lemas, mual, muntah, penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Penderita biasanya sering mengalami penyakit saluran pernapasan atas riwayat penyakit peradangan pernapasan dengan gejala bertahap dan panjang yang di sertai dengan *wheezing* pada Bronkitis

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya anggota keluarga yang mederita penyakit Bronkitis (yang tinggal di dalam satu rumah atau beda rumah dengan jarak rumah yang berdekatan), sangat menentukan karena ditularkan melalui bakteri, virus, dan jamur

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pneumonia di tularkan melalui Bakteri, Virus, Asap rokok dan Bahan kimia dan penyebaran melalui makan, peralatan pernapasan yang terkontaminasi dan melalui percikan mukus, jumlah anggota keluarga dan adanya anggota keluarga perokok aktif.

c. Pola-pola fungsi kesehatan

Pola persepsi dan tata laksana kesehatan, perubahan penatalaksanaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah kesehatannya.

1. Pola nutrisi dan metabolisme

- a) Pemberian Asi, Pertama kali disususi , lama pemberian, waktu atau cara pemberian.
  - b) Pemberan susu formula terdiri dari : alasan pemberian , juah pemberian dan carapemberian
  - c) Pemberian makan terdiri atas usia pertama kali di berikan, jenis makan yang di berikan, frekuensi makan, jumah makan, dan cara pemberian.
  - d) Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi berubah.
2. Pola aktifitas dan latihan  
Anak akan terpengaruh aktifitasnya akibat adanya kelemahan fisik sehingga anak jadi pasif dan gerakannya terbatas.
  3. Pola tidur dan istirahat  
Kebiasaan tidur anak akan terganggu dikarenakan suhu badan yang meningkat, sehingga anak merasa gelisah pada waktu tidur.
  4. Pola eliminasi  
Kebiasaan dalam buang air kecil akan menjadi referensi bila dehidrasi karena panas yang meninggi, konsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan.
  5. Pola persepsi dan pengetahuan  
Perubahan kondisi kesehatan dan gaya hidup akan berpengaruh pada anak.
- d. Psikososial  
Meliputi orang yang mengasuh kien, berhubungan antar anggota keluarga, penerapak disiplin, sikap keseharian, latihan toilet training, dan pola bermain
  - e. Spiritual  
Meliputi agama, dan kepercayaan klien serta keluarga lalu bagaimana kegiatan keagmaan dalam keluarga.
  - f. Pemeriksaan Fisik
    1. Keadaan umum klien  
Tingkat kesadaran Compos Mentis, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien sesak napas dan adanya peningkatan suhu tubuh 38,8 ° C sampai 41,1°C, batuk pilek.
    2. Antropometri

Pada antropometri yang diukur adalah berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran lengan atas (LILA), Lingkaran kepala (LK), Lingkaran dada (LD).

3. Sistem pernapasan / Respirasi (Breath / B1)  
Sesak napas, pernapasan cuping hidung, pernapasan nalkal, pergerakan simetris, terdapat mukus, pada auskultasi terdengar ronchi, perkusi sonor
  4. Sistem Kardiovaskular (*Blood/ B2*)  
Kelemahan fisik, denyut nadi perifer melemah, batas jantung tidak mengalami pergeseran, tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak di temukan.
  5. Persarafan (*Brain/B3*)  
Terjadi penurunan kesadaran, sianosis perifer pada pengkajian objektif wajah klien tampak meringis, menangis, merintih.
  6. Perkemihan-eliminasi urine (*Bladder/B4*)  
Tidak ada gangguan eliminasi dan pengukuran volume urine berhubungan dengan intake cairan. Perawat perlu memonitor adanya oliguria ,karena awal terjadinya syok.
  7. Pencernaan/ Gastrointestinal (*Bowel/ B5*)  
Mual muntah, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan. Membran mukosa kering tampak sianosis dapat terjadi terdapat pendarahan.
  8. Integument (*Bone/B6*)  
Warna kulit kemerahan, bibir kering, turgor kulit tidak elastis, terdapat sianosis, akral panas kering merah CRT >2 detik, odema, panas batuk berdahak, pilek.
2. Diagnosa Keperawatan  
Diagnosa keperawatan adalah terminologi yang digunakan oleh perawat profesional untuk menjelaskan masalah kesehatan, tingkat kesehatan, respons pasien terhadap penyakit, atau kondisi pasien (aktual dan potensial) sebagai akibat dari penyakit yang diderita (*Debora, 2011*).  
Berdasarkan data fokus yang ditemukan pada pasien diagnosa keperawatan yang dapat di tegakkan pada pasien bronkitis menurut (*Smeltzer&Bare, 2011*) yaitu :
- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan
    1. Spasme jalan nafas.

2. Hipersekresi jalan napas.
3. Disfungsi neuromuskuler.
4. Benda asing dalam jalan napas.
5. Adanya jalan napas buatan.
6. Sekresi yang tertahan.
7. Proses infeksi.
8. Respon alergi.
9. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Di tandai dengan data mayor :

Subjektif : -

Objektif :

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, *wheezing*, dan atau ronkhi kering

Di tandai dengan data minor

Subjektif :

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Ortopnea

Objektif :

1. Gelisah
2. Sianosis
3. Bunyi napas menurun
4. Frekuensi napas berubah
5. Pola napas berubah

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan

1. Depresi pusat pernapasan.
2. Kelemahan otot pernafasan.
3. Kecemasan.
4. Cedera medulla spinalis.
5. deformitas dinding dada
6. Gangguan neuromuscular.

7. Gangguan neuologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang).
8. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan, efek sedasi).
9. obesitas.
10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.
11. Sindrom hipoventilasi.
12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
13. Efek agaeen farmakologis.

Di tandai dengan data mayor :

Subjektif :

1. Dispnea

Objektif :

1. penggunaan otot bantu pernapasan
2. Fase ekspirasi memanjang
3. Pola napas abnormal (mis, takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes)

Di tandai dengan data minor

Subjektif :

1. Ortopnea

Objektif :

1. Penapasan pursed-lip
2. Pernapasan cuping hidung
3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
4. Ventilasi semenit menurun
5. Kapasitas vital menurun
6. Tekanan ekspirasi menurun
7. Tekanan inspirasi menurun

8. Ekskripsi dada berubah.

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan
1. ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.
  2. Perubahan membrane alveolus-kapiler.

Di tandai dengan data mayor

Subjektif :

3. Dispnea

Objektif :

1. PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun
  2. PO<sub>2</sub> menurun
  3. Takikardia
  4. pH arteri meningkat/menurun
  5. Bunyi napas tambahan
- Di tandai dengan data minor

Subjektif :

1. Pusing
2. Penglihatan kabur

Objektif :

1. Sianosis
2. Diaforesis
3. Gelisah
4. Napas cuping hidung
5. Pola napas abnormal (cepat/lambat,reguler/ireguler,dalam/dangkal)
6. Warna kulit abnormal (mis,pucat,kebiruan)
7. Kesadaran menurun.

- d. Defisit Nutrisi berhubungan dengan
1. peningkatan kebutuhan metabolisme.
  2. Ketidakmampuan menelan makanan.



3. Ketidakmampuan mencerna makanan.
4. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

Di tandai dengan data mayor

Subjektif :-

Objektif :

1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Di tandai dengan data minor

Subjektif :

1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram/ nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Objektif :

1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah lemah
3. Otot menelan lemah
4. Membran mukosa pucat
5. Sariawan
6. Serum albumin turun
7. Rambut rontok berlebihan
8. Diare

e. Hipertermia berhubungan dengan

1. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)
2. Dehidrasi.
3. Terpapar lingkungan panas.
4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan.
5. Peningkatan laju metabolisme.
6. Respon trauma.
7. Aktivitas berlebihan.
8. Penggunaan incubator.

Ditandai dengan data mayor :

Subjektif : -

Objektif :

1. Suhu tubuh lebih dari 37,8°C oral atau 38,8°C rektal.

Ditandai dengan data minor :

Subjektif : -

Objektif : -

1. Kulit merah
  2. Kejang
  3. Takikardi
  4. Takipnea
  5. Kulit terasa hangat
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan
1. Kelembapan lingkungan sekitar.
  2. Suhu lingkungan.
  3. Perubahan paparan terang-gelap.
  4. Gangguan (mis. untuk terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium).
  5. Kurang control tidur
  6. Kurang privasi.
  7. Pencahayaan.
  8. Bising
  9. Bau gas.
  10. Restrain fisik.
  11. Teman tidur.
  12. Tidak familiar dengan peralatan tidur.

Ditandai dengan data mayor :

Subjektif :

1. Mengeluh sulit tidur
2. Mengeluh sering terjaga
3. Mengeluh tidak puas tidur
4. Mengeluh pola tidur berubah
5. Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif : -

Ditandai dengan data minor :

Subjektif :

1. Mengeluh menurunnya kemampuan beraktivitas

Objektif : -

g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan

1. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
2. Tirah baring
3. Kelemahan.
4. Imobilitas
5. Gaya hidup monoton.

Ditandai dengan tanda mayor :

Subjektif :

1. Mengeluh lelah

Objektif :

1. Frekuensi jantung meningkat  $>20\%$  dari kondisi istirahat

Ditandai dengan tanda minor :

Subjektif :

1. Dispnea setelah aktivitas
2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
3. Merasa lemah

Objektif :

1. Tekanan darah berubah  $>20\%$  dari kondisi istirahat
2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia
3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia
4. Sianosis

### 3. Perencanaan Keperawatan

Setelah mengidentifikasi diagnosa keperawatan dan kekuatannya, langkah berikutnya adalah perencanaan/ intervensi asuhan keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien serta mencapai tujuan dan criteria hasil (*Perry & Potter, 2010*).

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan		Rasional
		Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Rencana tindakan (NIC)	
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spasme jalan nafas.</li> <li>2. Hipersekresi jalan napas.</li> <li>3. Disfungsi</li> </ol>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan :  NOC :  Status pernapasan :	NIC : Manajemen jalan napas : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk memaksimalkan ventilasi membuka area segmen paru-paru dan meningkatkan gerakan sekret ke jalan napas besar untuk di keluarkan.</li> <li>2. Untuk Membantu</li> </ol>

	<p>neuromuskuler.</p> <p>4. Benda asing dalam jalan napas.</p> <p>5. Adanya jalan napas buatan.</p> <p>6. Sekresi yang tertahan.</p> <p>7. Proses infeksi.</p> <p>8. Respon alergi.</p> <p>9. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)</p> <p>Di tandai dengan data mayor</p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Batuk tidak efektif</p> <p>2. Tidak mampu</p>	<p>kepatenan jalan napas</p> <p>€ Dipertahankan pada.....</p> <p>€ Ditingkatkan ke.....</p> <p>1. Deviasi berat dari kisaran normal</p> <p>2. Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal</p> <p>3. Deviasi sedang dari kisaran normal</p> <p>4. Deviasi ringan dari kisaran normal</p> <p>5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p>	<p>aktual/potensial pasien untuk memasukkan alat membuka jalan napas.</p> <p>3. Lakukan fisioterapi dada,sebagaimana mestinya</p> <p>4. Bersihkan sekret dari mulut dan trakea;memotivasi pasien untuk batuk atau penyedotan lendir/suction.</p> <p>5. Berikan bronkodilator jika perlu</p> <p>6. Monitor respirasi dan status oksigen</p>	<p>permudahan dalam melakukan inspirasi dan ekspirasi saat bernapas</p> <p>3. Meningkatkan eliminasi sekret dan membantu ekspansi paru</p> <p>4. Mencegah obstruksi atau aspirasi. Penghisapan dapat diperlukan bila pasien tak mampu mengeluarkan sekret sendiri</p> <p>5. Untuk memperbaiki ventilasi dan memudahkan pembuangan secret</p> <p>6. Untuk mengetahui</p>
--	--	--	--	---

	<p>batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, <i>wheezing</i>, dan atau ronkhi kering</p> <p>Di tandai dengan data minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. Sulit bicara</li> <li>3. Ortopnea</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> <li>2. Sianosis</li> <li>3. Bunyi napas menurun</li> <li>4. Frekuensi napas berubah</li> <li>5. Pola napas</li> </ol>	<p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi pernapasan (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>2. Irama pernapasan (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>3. Kedalaman inspirasi (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>4. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>5. Suara napas tambahan (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>6. Batuk (1), (2), (3), (4), (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Auskultasi suara napas tambahan : ronchi,<i>wheezing</i></li> <li>8. Anjurkan asupan cairan yang adekuat</li> <li>9. Ajarkan pasien bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif</li> <li>10. Kolaborasi pemberian obat bronkodilator</li> </ol>	<p>kebutuhan oksigen pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Untuk mengetahui adanya kelainan suara napas, mis; adanya bunyi ronchi menandakan terdapat penumpukan sekret atau sekret berlebih di jalan napas.</li> <li>8. Mengoptimalkan keseimbangan cairan dan membantu mengencerkan sekret sehingga mudah di keluarkan.</li> <li>9. Fisioterapi dada/back massage dapat membantu</li> </ol>
--	---	---	---	---

	berubah	7. Akumulasi sputum (1), (2), (3), (4), (5)		menjatuhkan sekret yang ada di jalan napas.  10. Mereleksasikan otot halus dan menurunkan kongesti local
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan  1. Depresi pusat pernapasan. 2. Kelemahan otot pernafasan. 3. Kecemasan. 4. Cedera medulla spinalis. 5. deformitas dinding dada 6. Gangguan neuromuscular.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....x24 jam diharapkan pasien menunjukkan :  NOC : Status pernapasan:Ventilasi  € Dipertahankan pada ..... € Ditingkatkan ke.....	NIC : Monitor pernapasan  1. Monitor kecepatan,irama,kedalaman dan kesulitan untuk bernapas  2. Perhatikan pergerakan dada,ketidaksimetrisan,penggunaan otot-otot,bantu napas,retraksi otot pada otot supraclavicular dan	1. Mengetahui tingkat gangguan yang terjadi dan membantu dalam menentukan intervensi yang akan diberikan 2. Menunjukkan keparahan dari gangguan respirasi yang terjadi dan menentukan intervensi yang akan diberikan 3. Suara napas tambahan dapat menjadi

	<p>7. Gangguan neuologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang).</p> <p>8. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan, efek sedasi).</p> <p>9. obesitas.</p> <p>10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.</p> <p>11. Sindrom hipoventilasi.</p> <p>12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5</p>	<p>1. Sangat berat 2. Berat 3. Cukup 4. Ringan 5. Tidak ada</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Penggunaan otot bantu nafas (1), (2), (3), (4), (5) 2. Suara nafas tambahan (1), (2), (3), (4), (5) 3. Restraksi dinding dada (1), (2), (3), (4), (5) 4. Taktil fremitus (1), (2), (3), (4), (5) 5. Dispnea saat istirahat (1), (2), (3), (4), (5)</p>	<p>interkostal</p> <p>3. Monitor suara napas tambahan</p> <p>4. Mengkaji pola napas: bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernapasan kusmaul, pernapasan apneustik, respirasi biot dan pola ataxic.</p> <p>5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</p> <p>Terapi oksigen : Kolaborasi dalam pemberian O2 :</p>	<p>indikator gangguan kepatenan jalan napas yang akan berpengaruh terhadap kecukupan pertukaran udara</p> <p>4. Mengetahui permasalahan jalan napas yang di alami dan keefektifan pola napas pasien untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh</p> <p>5. Untuk mengetahui apakah adanya pernapasan tambahan</p> <p>6. Untuk mempertahankan ventilasi yang maksimal pada pasien</p>
--	--	--	--	--



	<p>ke atas) 13. Efek samping farmakologis.</p> <p>Di tandai dengan data mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Dispnea</p> <p>Objektif :</p> <p>1. penggunaan otot bantu pernapasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal (mis,takipnea,bradipnea,hiperventilasi,kusmaul,cheyne-</p>		<p>6. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>7. Monitor aliran oksigen</p> <p>8. Pertahankan posisi pasien nyaman mungkin</p> <p>9. Obsevasi apabila ada tanda hipoventilasi</p>	<p>7. Untuk menunjukkan kebutuhan oksigenisasi pasien</p> <p>8. Untuk mempertahankan pasien dalam memaksimalkan inspirasi oksigen</p> <p>9. untuk mengetahui adanya penurunan kebutuhan oksigen pasien</p>
--	---	--	--	--

	<p>stokes)</p> <p>Di tandai dengan data minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Ortopnea</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Penapasan pursed-lip</p> <p>2. Pernapasan cuping hidung</p> <p>3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat</p> <p>4. Ventilasi semenit menurun</p> <p>5. Kapasitas vital menurun</p> <p>6. Tekanan ekspirasi menurun</p> <p>7. Tekanan inspirasi</p>			
--	---	--	--	--

	menurun 8. Ekskursi dada berubah			
3.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.</li> <li>2. Perubahan membrane alveolus-kapiler.</li> </ol> <p>Di tandai dengan data mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disnea</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PCO<sub>2</sub></li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan :</p> <p>NOC : Status pernafasan: Pertukaran gas</p> <p>€ Dipertahankan pada.....</p> <p>€ Ditingkatkan ke.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deviasi berat dari kisaran normal</li> <li>2. Deviasi yang cukup berat dari</li> </ol>	<p>NIC : Manajemen asam basa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas.</li> <li>2. Posisikan klien untuk mendapatkan ventilasi yang adekuat</li> <li>3. Monitor kecenderungan pH arteri, PaCO<sub>2</sub>, dan HCO dalam rangka mempertimbangkan jenis ketidakseimbangan yang terjadi</li> <li>4. Monitor penyebab potensial sebelum memberikan perawatan ketidakseimbangan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memaksimalkan ventilasi saat melakukan pernapasan</li> <li>2. Untuk Membantu permudahan dalam melakukan inspirasi dan ekspirasi saat bernapas.</li> <li>3. Untuk mempertimbangkan keseimbangan pH arteri, PaCO<sub>2</sub>, dan HCO</li> <li>4. Agar lebih mengetahui penyebab nya, dimana akan lebih efektif</li> </ol>

	<p>meningkat/menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. PO<sub>2</sub> menurun</li> <li>3. Takikardia</li> <li>4. pH arteri</li> </ol> <p>meningkat/menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Bunyi napas tambahan</li> </ol> <p>Di tandai dengan data minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pusing</li> <li>2. Penglihatan kabur</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sianosis</li> <li>2. Diaforesis</li> <li>3. Gelisah</li> </ol>	<p>kisaran normal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Deviasi yang sedang dari kisaran normal</li> <li>4. Deviasi ringan dari kisaran normal</li> <li>5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal</li> </ol> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan parsial oksigen di darah arteri (PaO<sub>2</sub>) (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>2. Tekanan parsial karbondioksida di darah arteri (PaCO<sub>2</sub>) (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>3. pH arteri (1), (2),</li> </ol>	<p>asam basa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Monitor pola pernapasan</li> <li>6. Catat perubahan dalam paO<sub>2</sub> dan paCO<sub>2</sub>.</li> <li>7. Monitor status pernapasan dan oksigenasi.</li> <li>8. Posisikan pasien semifowler untuk meringankan sesak napas</li> </ol>	<p>untuk melakukan merawat ketidakseimbangan asam basah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pola pernafasan yang cepat menandakan pasien mengalami kekurangan O<sub>2</sub></li> <li>6. terjadi penurunan paO<sub>2</sub> menandakan terjadi kekurangan O<sub>2</sub> dalam tubuh</li> <li>7. Untuk mengetahui kebutuhan oksigen pasien.</li> <li>8. Untuk memaksimalkan ventilasi</li> </ol>
--	---	--	--	---

	<p>4. Napas cuping hidung</p> <p>5. Pola napas abnormal (cepat/lambat,reguler/ireguler,dalam/dangka)</p> <p>6. Warna kulit abnormal (mis,pucat,kebiruan)</p> <p>7. Kesadaran menurun</p>	<p>(3), (4), (5)</p> <p>4. Saturasi oksigen (1), (2), (3), (4), (5)</p> <p>5. Dispnea saat istirahat (1), (2), (3), (4), (5)</p> <p>6. Sianosis (1), (2), (3), (4), (5)</p>		
4.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan</p> <p>1. peningkatan kebutuhan metabolisme.</p> <p>2. Ketidakmampuan menelan makanan.</p> <p>3. Ketidakmampuan mencerna makanan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....x24 jam diharapkan pasien menunjukkann :</p> <p>NOC : Status Nutrisi</p> <p>€ Dipertahankan</p>	<p>NIC : Manajemen Nutrisi</p> <p>1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>2. Kaji adanya alergi makanan pada pasien</p>	<p>1. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi pasien dan kebutuhan yang belum terpenuhi</p> <p>2. Untuk mengetahui adanya alergi makanan pada pasien.</p>

	<p>4. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi</p> <p>5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)</p> <p>6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)</p> <p>Di tandai dengan data mayor</p> <p>Subjektif :-</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p>	<p>pada.....</p> <p>€ Ditingkatkan ke.....</p> <p>1. Sangat menyimpang dari rentang normal</p> <p>2. Banyak menyimpang dari rentang normal</p> <p>3. Cukup menyimpang dari rentang normal</p> <p>4. Sedikit menyimpang dari rentang normal</p> <p>5. Tidak menyimpang dari rentang normal</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Asupan nutrisi (1), (2), (3), (4),</p>	<p>3. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan tipe nutrisi yang dibutuhkan.</p> <p>4. Anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan energi</p> <p>5. Berikan makanan dalam kondisi hangat.</p> <p>6. Observasi keadaan kulit dan membran mukosa yang kering,turgor kulit buruk,konjungtiva anamis,rambut kusam dan mudah rontok</p> <p>7. Anjurkan oral hygiene pada pasien</p> <p>Monitor Nutrisi :</p>	<p>3. Untuk menentukan jumlah kalori yang sesuai dan tepat sesuai kebutuhan bagi pasien</p> <p>4. Memilih diet yang tepat untuk klien.</p> <p>5. Makanan hangat dapat menambahkan napsu makan pada pasien.</p> <p>6. Mengetahui tanda-tanda malnutrisi pada pasien.</p> <p>7. Mulut yang bersih dapat menambah napsu makan</p> <p>8. Penurunan BB menandakan adanya</p>
--	---	--	--	---

	<p>Di tandai dengan data minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cepat kenyang setelah makan</li> <li>2. Kram/ nyeri abdomen</li> <li>3. Nafsu makan menurun</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bising usus hiperaktif</li> <li>2. Otot pengunyah lemah</li> <li>3. Otot menelan lemah</li> <li>4. Membran mukosa pucat</li> <li>5. Sariawan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(5)</li> <li>2. Asupan makanan (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>3. Asupan cairan (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>4. Energi (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>5. Rasio berat badan/tinggi badan (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>6. Hidrasi (1), (2), (3), (4), (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Monitor adanya penurunan BB.</li> <li>9. modifikasi lingkungan yang nyaman selama pasien makan.</li> <li>10. Monitor kadar albumin,protein,HB,HT</li> <li>11. Monitor limfosit dan elektrolit.</li> <li>12. Monitor turgor kulit dan hiperpigmentasi pada kulit pasien.</li> <li>13. Monitor mual muntah catat frekuensi</li> </ol>	<p>malnutrisi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Lingkungan yang nyaman dapat membantu menambah nafsu makan pada pasien.</li> <li>10. Kadar limfosit yang normal mempercepat proses penyembuhan pada pasien.</li> <li>11. Elektrolit yang adekuat menandakan adanya perbaikan nutrisi</li> <li>12. Kulit jelek dan hiperpigmentasi pada kulit adanya perubahan nutrisi.</li> </ol>
--	--	--	---	--

	6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare			13. Muntah yang berlebihan dapat mempengaruhi status gizi pasti dan mengehau tingkat defisit nutrisi klien.
5.	Hipertermia berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan	NIC : Pengaturan suhu  1. Monitor suhu paling	1. Untuk mengetahui



	<p>1. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)</p> <p>2. Dehidrasi.</p> <p>3. Terpapar lingkungan panas.</p> <p>4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan.</p> <p>5. Peningkatan laju metabolisme.</p> <p>6. Respon trauma.</p> <p>7. Aktivitas berlebihan.</p> <p>8. Penggunaan incubator.</p> <p>Ditandai dengan data mayor :</p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif :</p>	<p>keperawatan selama.....x24 jam diharapkan pasien menunjukkan :</p> <p>NOC : Termoregulasi</p> <p>€ Dipertahankan pada.....</p> <p>€ Ditingkatkan ke.....</p> <p>1. Sangat terganggu</p> <p>2. Banyak terganggu</p> <p>3. Cukup terganggu</p> <p>4. Sedikit terganggu</p> <p>5. Tidak terganggu</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Denyut nadi radial (1), (2), (3), (4), (5)</p> <p>2. Tingkat pernapasan (1),</p>	<p>tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan</p> <p>2. Monitor tekanan darah, nadi dan respirasi, sesuai kebutuhan</p> <p>3. Kompres pasien pada lipat paha dan aksila</p> <p>4. Tingkatkan <i>intake</i> cairan dan nutrisi adekuat</p> <p>5. Sesuaikan suhu lingkungan dengan pasien</p> <p>Perawatan deman :</p> <p>6. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya</p> <p>7. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan cairan yang dirasakan</p> <p>8. Tutup pasien dengan</p>	<p>suhu pada klien berada pada rentang normal dan menunjukkan proses akut.</p> <p>2. Untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital dari pasien</p> <p>3. Untuk mempertahankan suhu tubuh normal klien</p> <p>4. Mengganti cairan yang hilang</p> <p>5. Agar klien bisa nyaman berada di ruangan</p> <p>6. Untuk mengetahui apakah keadaan dalam rentang normal</p> <p>7. Mengganti cairan yang hilang.</p>
--	--	---	---	---

	<p>1. Suhu tubuh lebih dari 37,8°C oral atau 38,8°C rektal.</p> <p>Ditandai dengan data minor :</p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif : -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit merah</li> <li>2. Kejang</li> <li>3. Takikardi</li> <li>4. Takipnea</li> <li>5. Kulit terasa hangat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(2), (3), (4), (5)</li> <li>3. Peningkatan suhu kulit (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>4. Penurunan suhu kulit (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>5. Hipertermia (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>6. Hipotermia (1), (2), (3), (4), (5)</li> </ol>	<p>selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Fasilitasi istirahat, terapkan pembatasan aktivitas : jika diperlukan</li> <li>10. Kolaborasi pemberian cairan intravena</li> <li>11. Kolaborasi pemberian obat penurunan panas (paracetamol)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Membantu mempermudah proses penguapan panas</li> <li>9. Meminimalisir produksi panas yang di produksi oleh tubuh</li> <li>10. Pemberian intravena untuk mengganti cairan yang hilang</li> <li>11. Pemberian obat untuk menurunkan suhu tubuh dan mempertahankan suhu tubuh normal</li> </ol>
--	---	---	---	--

6.	<p>Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelembapan lingkungan sekitar.</li> <li>2. Suhu lingkungan.</li> <li>3. Perubahan paparan terang-gelap.</li> <li>4. Gangguan (mis. untuk terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium).</li> <li>5. Kurang control tidur</li> <li>6. Kurang privasi.</li> <li>7. Pencahayaan.</li> <li>8. Bising</li> <li>9. Bau gas.</li> <li>10. Restrain fisik.</li> <li>11. Teman tidur.</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan . . . . .x 24 jam di harapkan pasien menunjukkan :</p> <p>NOC : Tidur</p> <p>€ Dipertahankan pada . . . . .</p> <p>€ Ditingkatkan ke . . . . .</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Banyak terganggu</li> <li>3. Cukup terganggu</li> <li>4. Sedikit terganggu</li> <li>5. Tidak terganggu.</li> </ol> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p>	<p>NIC : Peningkatan tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital</li> <li>2. Kaji pola tidur</li> <li>3. Kaji fungsi pernafasan : bunyi nafas, kecepatan, irama.</li> <li>4. Kaji factor yang menyebabkan gangguan tidur</li> <li>5. Ciptakan suasana nyaman, kurangi atau hilangkan distraksi lingkungan dan gangguan tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kesadaran dan kondisi tubuh dalam keadaan normal atau tidak</li> <li>2. Untuk mengetahui kemudahan dalam tidur</li> <li>3. Untuk mengetahui tingkat kegelisahan.</li> <li>4. Untuk mengidentifikasi penyebab actual dari gangguan tidur.</li> <li>5. Untuk membantu relaksasi saat tidur</li> <li>6. Tidur akan sulit</li> </ol>

	<p>12. Tidak familiar dengan peralatan tidur.</p> <p>Ditandai dengan data mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Mengeluh sering terjaga</li> <li>3. Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>4. Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ol> <p>Objektif : -</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jam tidur (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>2) Jam tidur yang diobservasi (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>3) Pola tidur (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>4) Kualitas tidur (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>5) Efisiensi tidur (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>6) Tidur rutin (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>7) Tidur dari awal sampai habis di malam hari secara konsisten (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>8) Perasaan segar setelah tidur (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>9) Mudah bangun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Batasi pengunjung selama istirahat</li> <li>7. Minta klien untuk membatasi asupan cairan pada malam hari dan berkemih sebelum tidur</li> <li>8. Ajarkan relaksasi distraksi</li> <li>9. Beri obat dengan kolaborasi tim medis</li> </ol>	<p>dilakukan tanpa relaksasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Berkemih pada malam hari dapat mengganggu pola tidur</li> <li>8. Untuk menenangkan pikiran</li> <li>9. Pemberian obat sesuai jadwalnya</li> </ol>
--	---	---	--	---

	<p>Ditandai dengan data minor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Mengeluh menurunnya kemampuan beraktivitas</p> <p>Objektif : -</p>	<p>pada saat yang tepat (1), (2), (3), (4), (5)</p> <p>10) Tempat tidur yang nyaman (1), (2), (3), (4), (5)</p> <p>11) Suhu ruangan yang nyaman (1), (2), (3), (4), (5)</p>		
7.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan</p> <p>1. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.</p> <p>2. Tirah baring</p> <p>3. Kelemahan.</p> <p>4. Imobilitas</p> <p>5. Gaya hidup monoton.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan. ....x24 jam di harapkan pasien menunjukkan :</p> <p>NOC : Toleransi terhadap aktivitas</p> <p>€ Dipertahankan pada.....</p> <p>€ Ditingkatkan</p>	<p>NIC : Terapi aktivitas :</p> <p>1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas.</p> <p>2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan.</p> <p>3. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi,</p>	<p>1. Mengetahui adanya aktivitas yang memperparah keadaan</p> <p>2. Menentukan intervensi selanjutnya .</p> <p>3. Mengetahui asupan nutrisi untuk kebutuhan tubuh</p>

<p>Ditandai dengan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Mengeluh lelah</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Frekuensi jantung meningkat &gt;20 % dari kondisi istirahat</p> <p>Ditandai dengan tanda minor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Dispnea setelah aktivitas</p> <p>2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>3. Merasa lemah</p>	<p>ke.....</p> <p>1. Sangat terganggu</p> <p>2. Banyak terganggu</p> <p>3. Cukup terganggu</p> <p>4. Sedikit terganggu</p> <p>5. Tidak terganggu</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. Frekuensi nadi ketika beraktivitas (1), (2), (3), (4), (5)</p> <p>2. Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas (1), (2), (3), (4), (5)</p> <p>3. Kemudahan bernapas ketika beraktivitas (1),</p>	<p>distritmia, sesak nafas, diaphoresis, pucat, perubahan hemodinamik).</p> <p>4. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien.</p> <p>5. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</p> <p>6. Bantu klien memilih beraktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social</p> <p>7. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk</p>	<p>4. Mengetahui tingkat istirahat pasien</p> <p>5. Membantu pasien agar mudah melakukan aktivitas harian yang terkontrol</p> <p>6. Membantu pasien agar mudah melakukan aktivitas harian yang terkontrol</p> <p>7. Membantu pasien agar tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat, dan untuk mengurangi resiko dampak yang lainnya</p> <p>8. Untuk mencegah</p>
--	---	--	---

	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah berubah &gt;20 % dari kondisi istirahat</li> <li>2. Gambaran EKG menunjukan aritmia</li> <li>3. Gambaran EKG menunjukkann iskemia</li> <li>4. Sianosis</li> </ol>	<p>(2), (3), (4), (5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tekanan darah sistolik ketika beraktivitas (1), (2), (3), (4), (5)</li> <li>5. Tekanan darah diastolic ketika beraktivitas (1), (2), (3), (4), (5)</li> </ol>	<p>aktivitas yang diinginkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda krek</li> <li>9. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</li> <li>10. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.</li> <li>11. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.</li> <li>12. Monitor respon fisik, emosi, social dan</li> </ol>	<p>aktivitas yang terlalu berat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Untuk mempermudah pasien melakukan aktivitas yang ringan dan disukai.</li> <li>10. Untuk membantu pasien melakukan aktivitas ringan</li> <li>11. Membantu pasien untuk meningkatkan aktivitas pasien</li> <li>12. Mengetahui respon pasien akibat latihan fisik yang dilakukan pasien.</li> </ol>
--	---	---	--	---

			spiritual	
--	--	--	-----------	--



#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan pasien. Agar implementasi/pelaksanaan perencanaan ini dapat tepat waktu dan efektif maka perlu mengidentifikasi prioritas perawatan, memantau dan mencatat respon pasien terhadap setiap intervensi yang dilaksanakan serta mendokumentasikan pelaksanaan perawatan. Pada pelaksanaan keperawatan di prioritaskan pada upaya untuk mempertahankan jalan nafas, mempermudah pertukaran gas, meningkatkan masukan nutrisi, mencegah komplikasi, memperlambat memperburuknya kondisi, memberikan informasi tentang proses penyakit (*Doenges Marilyn E, 2002, Rencana Asuhan Keperawatan*).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang interaktif dan kontinu, karena setiap tindakan keperawatan, respon pasien dicatat dan di evaluasi dalam hubungannya dengan hasil yang diharapkan kemudian berdasarkan respon pasien, revisi, intervensi keperawatan/hasil pasien yang mungkin diperlukan. Pada tahap evaluasi mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan yaitu : jalan nafas efektif, pertukaran gas adekuat, masukan nutrisi adekuat, infeksi tidak terjadi, intoleransi aktivitas meningkat, kecemasan berkurang/ hilang, pasien memahami kondisi penyakitnya. (*Potter & Perry. 2005*). Evaluasi keperawatan terdiri dari :

1. S : ungkapan perasaan dan keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga maupun pasien setelah diberi tindakan keperawatan.
2. O : keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.
3. A : analisa perawat setelah mengetahui respon pasien secara objektif dan subjektif
4. P : perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa.

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan/Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif anatiltik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan gangguan bronkitis di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu.. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian pada penerapan asuhan keperawatan pada pasien untuk penelitian di Ruang Tribata Anak Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu adalah pasien yang di diagnosa medis Bronkitis.

#### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

- a. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien bronchitis yang tahapannya terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi (pelaksanaan), dan evaluasi.
- b. Pasien adalah anak berusia 1-12 tahun dengan jenis kelamin laki-laki atau perempuan yang menerima perawatan medis atau asuhan keperawatan dengan diagnosa medis bronkitis
- c. Bronkitis adalah penegakan diagnosa yang dilakukan oleh dokter yang tercatat di status pasien saat dirawat.

#### **D. Lokasi dan Waktu penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu terhitung bulan Mei s.d Juli 2019 dengan pelaksanaan asuhan keperawatan selama satu minggu.

### **E. Prosedur Penelitian**

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Anak dengan Bronkitis di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu Tahun 2019. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian dikumpulkan berdasarkan hasil pengukuran, observasi data, dan wawancara terhadap pasien yang di jadikan subyek penelitian.

### **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

1. Teknik pengumpulan data
  - a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dahulu, keluarga riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan). (sumber data bisa dari pasien, keluarga, dan perawat lainnya).
  - b. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan per sistem (Penglihatan, pendengaran, wicara, pernapasan, kardiovaskuler, hematologi, pencernaan, urogenital, endokrin, integumen, muskuloskeletal) yang dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Data utama yang harus dikaji secara mendalam yaitu pada sistem pernapasan dimana sesuai dengan topik pada judul.
  - c. Studi dokumentasi dan instrumen di lakukan dengan melihat dari data MR (*Medical Record*), melihat hasil pemeriksaan diagnostik.
2. Instrumen pengumpulan data  
Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi D III Keperawatan Bengkulu.

### **G. Keabsahan data**

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan

format pengkajian dari yang baku dari prodi D III Keperawatan Bengkulu, yang dilakukan enam jam sesuai jadwal dinas perawat di ruangan kemuning selama. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis/ status pasien, pasien langsung, keluarga, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid. Di samping itu, untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data pasien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

#### **H. Analisa data**

Analisa data dimulai dengan menyajikan data yang ada dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Hasil pengumpulan data di analisis dengan membandingkan dengan teori yang telah disusun pada bab sebelumnya (bab 2) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilaksanakan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (intervensi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, dimodifikasi atau diganti dengan tindakan keperawatan yang lebih relevan. Hasil pengkajian, pengkajian diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, di tuangkan dalam bentuk narasi pada bab pembahasan yang di bandingkan dengan teori-teori yang sudah disusun sebelumnya untuk menjawab tujuan penelitian.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian pada An.H dengan diagnosa medis bronchitis akut, di lakukan pada tanggal 03 juli 2019 di ruang Tribrata Anak Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu. An. H masuk RS tanggal 03 juli 2019 jam 05.30 WIB, dengan nomor register 16 02 83, dengan diagnose medis Bronkitis. Sumber data dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, tim medis lainnya dan rekam medis. Metode pengkajian yang digunakan interview, observasi langsung, pemeriksaan fisik, penunjang, dan catatan medis keperawatan.

##### **1. Identitas pasien**

Nama An.H laki-laki usia 5 tahun, agama islam, belum sekolah. Identitas penanggung jawab nama Tn. D (ayah pasien), pekerjaan swasta, pendidikan terakhir sarjana, alamat perum kopri Surabaya kota Bengkulu.

##### **2. Keluhan utama**

Pasien datang ke Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu pada tanggal 03 juli 2019 dengan keluhan batuk berdahak dan sesak napas sejak 2 hari yang lalu disertai demam naik turun sejak 3 hari yang lalu..

##### **3. Riwayat kesehatan**

###### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 03 juli 2019 jam 09.00 WIB keadaan pasien tampak pucat dan lemah,tampak sesak terpasang Oksigen 2 Lt/menit,suara paru wheezing (+), ronkikering(+), badan terasa panas dengan tanda-tanda vital nadi:120 x/ menit, pernapasan 30x/menit, suhu 39,3 °C.

###### **b. Riwayat kesehatan dahulu**

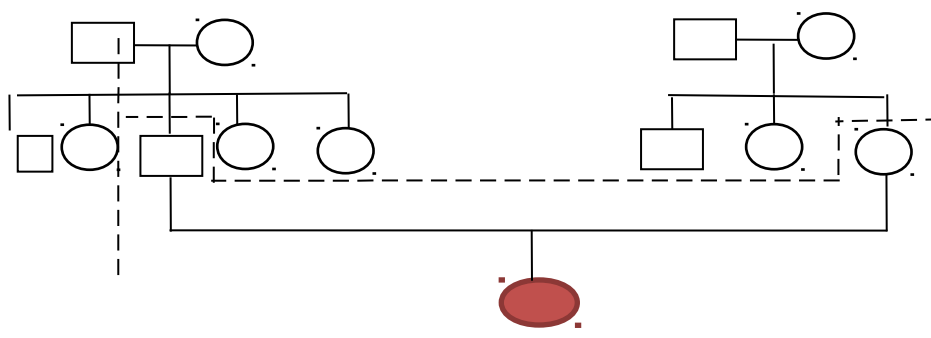
Orang tua pasien mengatakan pasien sebelumnya hanya demam biasa, batuk pilek dan belum pernah dirawat sbelumnya

c. Riwayat kesehatan keluarga

Orang tua pasien mengatakan tidak ada memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien dan tidak ada penyakit asma bronchial, diabetes atau penyakit lainnya.

Riwayat Keluarga (Genogram)

Bagan 4.1 Genogram



Keterangan:

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

X = meninggal

● = Pasien

--- = tinggal satu rumah

— = garis perkawinan

| = garis keturunan

4. Riwayat kehamilan & persalinan

a. Pre natal

Orang tua pasien mengatakan pasien anak pertama, pemeriksaan antenatal teratur dan tidak ada komplikasi antenatal.

b. Natal & Post natal

Orang tua pasien mengatakan saat persalinan yaitu persalinan normal dengan BB lahir 3000 gr, lama persalinan 4-6 jam, umur kehamilan saat persalinan 36 minggu, menangis spontan dan tidak ada kelainan fisik saat dilahirkan.

c. Alergi/reaksi

orang tua pasien mengatakan anaknya tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan.

5. Riwayat imunisasi

Orang tua pasien mengatakan riwayat imunisasi anaknya lengkap tetapi lupa tanggal dan waktu pemberiannya tetapi di posyandu dekat rumah.

6. Pertumbuhan dan perkembangan

1. Motorik kasar

Saat di rumah sebetulnya pasien dapat melompat sambil berlari, melompat ditempat dengan kaki salah satu diangkat. Di rumah sakit pasien tidak ada aktivitas

2. Motorik halus

Saat dirumah pasien bisa menulis, menggambar dan mewarnai sedangkan dirumah sakit tidak ada aktivitas hanya tidur ditempat tidur.

3. Bahasa

Pasien mau bicara saat dilakukan pengkajian dengan kalimat sederhana.

4. Sosialisasi

Saat di rumah orangtua mengatakan anaknya sering main bersama teman-temannya dan mampu menyesuaikan diri dengan lingkungannya sedangkan dirumah sakit sedikit berkomunikasi dengan perawat.

## 7. Riwayat kebiasaan sehari-hari

Pasien Tabel 4.1. Kebutuhan Sehari-hari Anak A.

Kebutuhan	Dirumah	Selama sakit
<b>A. Nutrisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis makan</li> <li>• Frekuensi</li> <li>• Porsi makan</li> <li>• Nafsu makan</li> <li>• Keluhan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sejenis makanan ringan</li> <li>• 3x1</li> <li>• 1 porsi</li> <li>• Baik</li> <li>• Anak tidak ada keluhan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bubur cair</li> <li>• Setiap 8 jam</li> <li>• ¼ porsi</li> <li>• Kurang baik</li> <li>• Anak Kurang nafsu makan</li> </ul>
<b>B. Eliminasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BAK <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Jumlah</li> <li>- warna</li> <li>- bau</li> <li>- Penggunaan alat bantu (kateter,dll)</li> </ul> </li> <li>• BAB <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Konsistensi</li> <li>- Warna</li> <li>- Bau</li> <li>- Penggunaan laksatif</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sering 6-7 kali</li> <li>• -</li> <li>• Kuning jernih</li> <li>• Khas</li> <li>• Tidak ada</li> <li>• 1 x/hari</li> <li>• Lunak</li> <li>• Kuning Kecoklatan</li> <li>• Khas</li> <li>• Tidak ada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4-5 kali</li> <li>• Rata-rata 500 cc</li> <li>• Kuning jernih</li> <li>• Khas</li> <li>• Tidak ada</li> <li>• Belum ada BAB</li> <li>• Belum ada BAB</li> <li>• Belum ada BAB</li> <li>• Belum ada BAB</li> <li>• Tidak ada</li> </ul>
<b>C. Istirahat &amp; tidur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jam tidur <ul style="list-style-type: none"> <li>- siang</li> <li>- malam</li> </ul> </li> <li>• Kebiasaan sebelum tidur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ± 5 jam/hari</li> <li>• ± 8-9 jam/ hari</li> <li>• Tidak ada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ±1-2 jam/ hari</li> <li>• Selalu terbangun dan tidak bisa tidur.</li> <li>• Tidak ada</li> </ul>



D. Personal Hygiene <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi</li> <li>• Cuci rambut</li> <li>• Potong kuku</li> <li>• Gosok gigi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x/hari dengan sabun</li> <li>• 2x/hari</li> <li>• 1x seminggu</li> <li>• 2x/ hari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• belum mandi</li> <li>• Cuma dilap</li> <li>• Tidak ada</li> <li>• Tidak ada</li> </ul>
---	--	---

## 8. Pemeriksaan Fisik Umum

### 1) Keadaan umum klien

Hasil pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien tampak lemas dan pucat, tingkat kesadaran composmentis, , suara paru wheezing (+), ronkikering(+), badan terasa panas dengan tanda-tanda vital meliputi nadi 120x/menit, pernafasan 30x/menit dan suhu 39,3°C.

#### a. Sistem penglihatan

Mata simetris kiri dan kanan, pupil isokor, terdapat refleks (pupil mengecil saat terkena cahaya), konjungtiva an-anemis, pergerakan bola mata normal.

#### a. Sistem pendengaran

Saat di inspeksi kondisi daun telinga tidak ada penumpukan cairan, telinga tengah normal, tinnitus tidak ada, dan keluarga mengatakan An.A tidak penggunaan alat bantu pendengaran.

#### b. Sistem pernafasan

Pada saat pengkajian pernafasan saat di inspeksi ada penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan cepat dan dangkal, ada pernafasan cuping hidung terdapat ekspansi dada, batuk berdahak terdapat sputum, frekuensi nafas 30x/menit dan saat di auskultasi lapangan paru terdengar suara ronchi dan wheezing. Terdapat penggunaan alat bantu nafas O2 nasal dengan aliran 2 liter/menit.

#### c. System kardiovaskuler

Saat inspeksi tidak ada distensi vena jugularis, warna kulit pucat, pengkajian pada pasien palpasi sirkulasi perifer pasien didapat data frekuensi nadi 120x/mnt,temperatur kulit hangat,

kapillary refill <2 detik. Palpasi kecepatan denyut apikal pasien teraba, auskultasi bunyi jantung lup dup normal, irama negative dan ada suara tambahan wheezing (+).

d. Sistem hematologi

Inspeksi gangguan hematologi ada pucat pada pasien, kulit terasa hangat dan lembab, serta nadi cepat dan lemah, tampak di beberapa bagian terdapat hematoma akibat dari pengambilan sampel darah, dan pemasangan infus yang gagal.

e. Sistem syaraf pusat

Tingkat kesadaran compos mentis, pada pemeriksaan reflek patologis negatif, reflek fisiologis positif.

f. Sistem pencernaan

Inspeksi keadaan mulut, gigi belum tumbuh, tidak ada stomatitis, lidah pasien sedikit kotor, pergerakan mulut abnormal. Auskultasi bising usus (+) 5kali/menit, palpasi abdomen hepar tidak teraba, perkusi abdomen tampak timpani dan tidak terdapat alat bantu makan.

g. Sistem endokrin

Inspeksi tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan palpasi tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton.

h. Sistem urogenital

Ada perubahan pola berkemih pada pasien, tidak ada distensi/ketegangan kandung kemih.

i. Sistem integumen

Inspeksi turgor kulit baik, warna kulit pasien pucat, tidak ada terdapat sianosis di perifer, ada tanda bekas luka pemasangan infus, kondisi kulit pemasangan infus baik. Kualitas kepala normal, warna rambut kecoklatan, distribusi tidak merata, tekstur rambut sedikit kasar, tidak ada masa, tidak ada hematoma, dan tidak ada nyeri tekan.

j. Sistem musculoskeletal

Ekstermitas atas dan bawah lengkap, pasien mampu menggerakkan tangan dan kakinya.

9. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Tabel. 4.2. Hasil pemeriksaan laboratorium, tanggal 03 Juli 2019

No.	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	HB	11,8 gr/dl	Lk 13.0-18.0 gr/dl, Pr 12.0-16.0 gr/dl
2.	Hematokrit	32%	29%-40 % (1-10 tahun)
3.	Leukosit	8.000 mm <sup>3</sup>	4000-10.000 mm <sup>3</sup>
4.	Trombosit	354.000 sel/mm <sup>3</sup>	150.000-400.000 sel/mm <sup>3</sup>

Tabel. 4.3. Hasil pemeriksaan laboratorium, tanggal 04 Juli 2019

No.	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	HB	11,4 gr/dl	Lk 13.0-18.0 gr/dl, Pr 12.0-16.0 gr/dl
2.	Hematokrit	34 %	29%-40% (1-10 tahun)
3.	Leukosit	18.000 mm <sup>3</sup>	4000-10.000 mm <sup>3</sup>
4.	Trombosit	382.000 sel/mm <sup>3</sup>	150.000-400.000 sel/mm <sup>3</sup>

Tabel 4.4. Hasil Laboratorium An. H tanggal 05 Juli 2019

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	HB	13,2 mg/dl	Lk 13.0-18.0 gr/dl, Pr 12.0-16.0 gr/dl
2.	Leukosit	8500 mm <sup>3</sup>	4000-10.000 mm <sup>3</sup>
3.	Hematokrit	36,4%	29%-40 % (1-10 tahun)
4.	Trombosit	346.000	150.000-400.000 sel/mm <sup>3</sup>

b. Hasil Rongen Tanggal 03 Juli 2019

Thoraks AP:

1. Menyokong gambaran bronchitis
2. Konfigurasi cor. normal

c. TERAPI

- a. IUFD Ka-En 1B 30tts/menit
- a. Oksigen 2L (Nasal Kanul)
- b. Nebulizer ventolin  $\frac{1}{2}$  jika sesak
- c. Inj. Ampicilin 3 x 300mg
- d. Inj. Gentamisin 2 x 25mg
- e. PCT sirup 3 x 1 sdt
- f. Ambroxol sirup 3x 1 sdt.

## 10. Analisa Data

Tabel 4.5 analisa data

No.	Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
	03 juli 2019	Ds: Orang tua pasien mengatakan anaknya batuk berdahak dan sesak Do: 1. Klien tampak sesak 2. Batuk berdahak (+) 3. RR 30x/ menit 4. wheezing (+) 5. ronchi 6. Terpasang O2 nasal kanul 2 L/ menit.	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif
	03 juli 2019	Ds: Orang tua pasien mengatakan anaknya panas. Do: Suhu: 39,3 °C Pasien tampak pucat. Kulit klien teraba hangat.	Proses penyakit	Hipertermi
	03 juli 2019	Ds: Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak bisa tidur Do: Pasien sulit tidur Pasien mengeluh sering terjaga	Bising	Gangguan pola tidur

## B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditegakkan	Tanda tangan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan	03 juli 2019	RIKA	05 juli 2019	RIKA
2.	Hipertermi berhubungan dengan Proses penyakit.	03 juli 2019	RIKA	05 juli 2019	RIKA
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Bising	03 juli 2019	RIKA	05 juli 2019	RIKA

## C. Perencanaan keperawatan

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan Pada An. H dengan Bronkitis

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan / kriteria hasil	Intervensi (NIC)	Rasional
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan pasien menunjukkan :  NOC : Status pernapasan : kepatenan jalan napas  € Dipertahankan pada -..... € Ditingkatkan ke 4..... 6. Deviasi berat dari kisaran normal 7. Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal 8. Deviasi sedang dari kisaran normal	NIC : Manajemen jalan napas :  11. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi  12. Identifikasi kebutuhan aktual/potensial pasien untuk memasukkan alat membuka jalan napas.  13. Lakukan fisioterapi	1. Memaksimalkan ventilasi membuka area segmen paru-paru dan meningkatkan gerakan sekret ke jalan napas besar untuk di keluarkan. 2. Membantu permudahan dalam melakukan inspirasi dan ekspirasi saat bernapas. 3. Meningkatkan eliminasi sekret dan membantu ekspansi paru. 4. Mencegah obstruksi atau aspirasi. Penghisapan dapat diperlukan bila pasien tak mampu mengeluarkan sekret

		<p>9. Deviasi ringan dari kisaran normal</p> <p>10. Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>8. Frekuensi pernapasan (4)</p> <p>9. Irama pernapasan (4)</p> <p>10. Kedalaman inspirasi (4)</p> <p>11. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret (4)</p> <p>12. Suara napas tambahan (4)</p> <p>13. Batuk (4)</p>	<p>dada,sebagaimana mestinya.</p> <p>14. Bersihkan sekret dari mulut dan trakea;memotivasi pasien untuk batuk atau penyedotan lendir/suction.</p> <p>15. Monitor respirasi dan status oksigen.</p> <p>16. Auskultasi suara napas tambahan : ronchi,<i>wheezing</i></p> <p>17. Anjurkan asupan cairan yang adekuat</p>	<p>sendiri.</p> <p>5. Untuk mengetahui kebutuhan oksigen pasien.</p> <p>6. Untuk mengetahui adanya kelainan suara napas,mis;adanya bunyi ronchi menandakan terdapat penumpukan sekret atau sekret berlebih di jalan napas.</p> <p>7. Mengoptimalkan keseimbangan cairan dan membantu mengencerkan sekret sehingga mudah di keluarkan.</p> <p>8. Fisioterapi dada/back massage</p>
--	--	--	---	---



		14. Akumulasi sputum (4)	18. Ajarkan pasien bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.  19. Kolaborasi pemberian obat bronkodilator.	dapat membantu menjatuhkan sekret yang ada di jalan napas.  9. Mereleksasikan otot halus dan menurunkan kongesti local
2.	Hipertermi berhubungan dengan Proses penyakit.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan pasien menunjukkan :  NOC : Termoregulasi  € Dipertahankan pada -	NIC : Pengaturan suhu  1. Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, sesuai kebutuhan.  2. Monitor tekanan darah, nadi dan respirasi, sesuai	1. Untuk mengetahui suhu pada klien berada pada rentang normal dan menunjukkan proses akut.  2. Untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital dari pasien.

		<p>€ Ditingkatkan ke 5</p> <p>6. Sangat terganggu 7. Banyak terganggu 8. Cukup terganggu 9. Sedikit terganggu 10. Tidak terganggu</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>7. Denyut nadi radial (5) 8. Tingkat pernapasan (5) 9. Peningkatan suhu kulit (5) 10. Penurunan suhu kulit (5) 11. Hipertermia(5) 12. Hipotermia (5)</p>	<p>kebutuhan.</p> <p>3. Kompres pasien pada lipat paha dan aksila</p> <p>4. Tingkatkan <i>intake</i> cairan dan nutrisi adekuat.</p> <p>5. Sesuaikan suhu lingkungan dengan pasien</p> <p>Perawatan demam :</p> <p>6. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya.</p> <p>7. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan</p>	<p>3. Untuk mempertahankan suhu tubuh normal klien</p> <p>4. Mengganti cairan yang hilang.</p> <p>5. Agar klien bisa nyaman berada di ruangan</p> <p>6. Untuk mengetahui apakah keadaan dalam rentang normal.</p> <p>7. Mengganti cairan yang hilang.</p> <p>8. Membantu mempermudah proses penguapan panas.</p> <p>9. Pemberian intravena untuk</p>
--	--	--	---	--

			<p>cairan yang dirasakan.</p> <p>8. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam</p> <p>9. Kolaborasi pemberian cairan intravena</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat penurunan panas (paracetamol)</p>	<p>mengganti cairan yang hilang.</p> <p>10. Pemberian obat untuk menurunkan suhu tubuh dan mempertahankan suhu tubuh normal</p>
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Bising	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan pasien menunjukkan:	<p>NIC : Peningkatan tidur</p> <p>10. Pantau keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital</p>	<p>10. Mengetahui kesadaran dan kondisi tubuh dalam keadaan normal atau tidak</p> <p>11. Untuk mengetahui kemudahan dalam tidur.</p>

		<p>NOC : Tidur</p> <p>€ Dipertahankan pada.....</p> <p>€ Ditingkatkan ke 5</p> <p>6. Sangat terganggu</p> <p>7. Banyak terganggu</p> <p>8. Cukup terganggu</p> <p>9. Sedikit terganggu</p> <p>10. Tidak terganggu.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <p>12) Jam tidur (5)</p> <p>13) Jam tidur yang diobservasi (5)</p> <p>14) Pola tidur (5)</p> <p>15) Kualitas tidur (5)</p> <p>16) Efisiensi tidur (5)</p> <p>17) Tidur rutin (5)</p> <p>18) Tidur dari awal sampai habis di malam hari secara konsisten (5)</p> <p>19) Perasaan segar setelah</p>	<p>11. Kaji pola tidur</p> <p>12. Kaji fungsi pernafasan : bunyi nafas, kecepatan, irama.</p> <p>13. Kaji factor yang menyebabkan gangguan tidur.</p> <p>14. Ciptakan suasana nyaman, kurangi atau hilangkan distraksi lingkungan dan gangguan tidur</p> <p>15. Batasi pengunjung selama istirahat</p> <p>16. Minta klien untuk membatasi asupan</p>	<p>12. Untuk mengetahui tingkat kegelisahan.</p> <p>13. Untuk mengidentifikasi penyebab actual dari gangguan tidur.</p> <p>14. Untuk membantu relaksasi saat tidur.</p> <p>15. Tidur akan sulit dilakukan tanpa relaksasi.</p> <p>16. Berkemih pada malam hari dapat mengganggu pola tidur</p> <p>17. Untuk menenangkan pikiran</p> <p>18. Pemberian obat sesuai jadwalnya</p>
--	--	---	--	--

		tidur (5) 20) Mudah bangun pada saat yang tepat, (5) 21) Tempat tidur yang nyaman (5). 22) Suhu ruangan yang nyaman), (5)	cairan pada malam hari dan berkemih sebelum tidur.  17. Ajarkan relaksasi distraksi .  18. Beri obat dengan kolaborasi tim medis	
--	--	--	--	--

### D. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Respon Hasil Pada An. H dengan Bronkitis Hari pertama

Tanggal/Jam	No. DX	Implementasi	Respon hasil	Paraf
(Rabu, 03-07-2019) 08.35wib 08.45 wib	I,II,III I	1. Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital; tekanan darah , suhu, nadi dan frekuensi pernapasan.	1. HR : 120 x/menit, RR : 30x/menit, T:39,3°C.	RIKA
09.00 wib	I		2. Respirasi cepat, RR : 30x/menit.	
09. 10 wib	I	2. Memonitor respirasi dan status oksigen klien.	3. Suara paru wheezing(+).	
09.15 wib	I		4. Klien tampak sangat kooperatif dan mengikuti anjuran perawat.	
10.20 wib	I	3. Melakukan auskultasi napas tambahan.	5. Secret masih sulit keluar	
10. 25 wib	I I		6. pemasangan nebulizer dengan dosis 1 mg ventolin terpasang dengan baik.	
10.45 wib 10.50 wib	I I	4. Mengatur posisi klien semi fowler		
11. 30 wib	I,III	5. Mengajarkan klien batuk efektif dengan menarik nafas dalam lalu di batukkan dengan kuat.		
12.00 wib				
12.30 wib	II			

12.45 wib	II	6. Kolaborasi pemberian obat bronkodilator (nebulizer)	7. Mulut dan hidung bersih dari secret.	
13.15 wib	II			
14.00 wib	III	7. Membantu membersihkan secret klien.	8. Klien terpasang O2 nasal kanul 2L/menit.	
14.20 wib	III		9. Klien tampak terpasang kompresan	
16.25 wib		8. Kolaborasi memberikan O2 dengan nasal kanul	10. Keluarga mengerti dengan anjuran perawat.	
16. 35 wib	III			
16.45 wib	II,III	9. Melakukan kompres klien pada lipat paha dan aksila.	11. klien mengatakan nyaman dengan suhu yang di atur perawat.	
	III	10. Menganjurkan keluarga pasien memberikan cairan seperti minum yang cukup.	12. Keluarga klien mengganti pakaian klien dengan baju yang menyerap keringat.	
		11. Mengatur suhu ruangan sesuai kebutuhan klien	13. Obat penurun panas sudah di minum dengan dosis 1	
		12. Menganjurkan keluarga mengganti pakaian yang tipis dan menyerap		

		<p>keringat.</p> <p>13. Kolaborasi pemberian obat penurun panas (paracetamol)</p> <p>14. Melakukan monitor suhu tubuh setiap 2 jam sesuai kebutuhan.</p> <p>15. Melakukan pengkajian pola tidur klien</p> <p>16. Melakukan pengkajian faktor penyebab klien sulit tidur.</p> <p>17. Mengajarkan klien distraksi dengan selalu berdoa sebelum tidur.</p>	<p>sendok teh paracetamol sirup.</p> <p>14. Suhu tubuh klien sudah turun 39,0 °C</p> <p>15. Keluarga klien mengatakan anaknya tidak bisa tidur selama di rumah sakit dan terbangun terus tiap malam.</p> <p>16. Klien mengatakan sulit tidur karena banyak suara bising dan terasa sesak saat tidur.</p> <p>17. Klien tampak berdoa setiap akan tidur terutama tidur malam.</p> <p>18. Klien tampak nyaman dengan suhu dan cahaya yang sudah di</p>	
--	--	---	---	--



		<p>18. mengatur cahaya dan suhu ruangan .</p> <p>19. meminta keluarga klien membatasi pengunjung Selama istirahat.</p>	<p>atur.</p> <p>19. Keluarga mengerti dan membatasi pengunjung yang datang.</p>	
--	--	--	---	--

Tabel 4.9 Implementasi Respon Hasil Pada An. H dengan Bronkitis Hari Kedua

Tanggal/Jam	No. DX	Implementasi	Respon hasil	Paraf
(Kamis , 04-07-2019)	I,II,III	1. Melakukan pemeriksaan	1. HR : 120 x/menit, RR	RIKA

08.45 wib		tanda- tanda vital; tekanan	: 30x/menit, T:38,5	
09.00 wib	I	darah , suhu, nadi dan	°C.	
09.15 wib	I	frekuensi pernapasan.	2. Respirasi cepat, RR :	
09. 45 wib	I	2. Memonitor respirasi dan	27x/menit.	
10.20 wib	I	status oksigen klien.	3. Suara paru	
10. 25 wib	I	3. Melakukan auskultasi	wheezing(+)	
10.45 wib	I	napas tambahan.	4. Klien tampak sangat	
11. 30 wib	I	4. Mengatur posisi klien semi	kooperatif dan	
12.00 wib	I	fowler.	mengikuti anjuran	
12.30 wib	I,III	5. Mengajarkan klien batuk	perawat.	
13.15 wib	II	efektif dengan menarik	5. Secret sudah keluar.	
14.00 wib	II	nafas dalam lalu di	6. pemasangan nebulizer	
14.20 wib	II	batukkan dengan kuat..	dengan dosis 1 mg	
14.45 wib		6. Kolaborasi pemberian obat	ventolin terpasang	
		bronkodilator (nebulizer).	dengan baik.	
		7. Kolaborasi memberikan	7. Klien terpasang O2	
		O2 dengan nasal kanul	nasal kanul 2L/menit.	
			8. Klien tampak	
			terpasang kompresan	
			9. Keluarga tampak	

15.10 wib	III	8. Melakukan kompres klien pada lipat paha dan aksila.	selalu mengompres klien jika panasnya naik.	
15.30 wib	III	9. Menganjurkan keluarga pasien memberikan cairan seperti minum yang cukup.	10. klien mengatakan nyaman dengan suhu yang di atur perawat.	
16.00 wib	II,III	10. Mengatur suhu ruangan sesuai kebutuhan klien	11. Keluarga klien mengganti pakaian klien dengan baju yang menyerap keringat.	
16.20 wib	III	11. Menganjurkan keluarga mengganti pakaian yang tipis dan menyerap keringat.	12. Obat penurun panas sudah di minum dengan dosis 1 sendok teh paracetamol sirup.	
		12. Kolaborasi pemberian obat penurun panas (paracetamol)	13. Suhu tubuh klien sudah turun 38,2 °C	
		13. Melakukan monitor suhu tubuh setiap 2 jam sesuai kebutuhan.	14. Keluarga klien mengatakan anaknya masih sulit tidur tetapi	

		<p>14. Melakukan pengkajian pola tidur klien</p> <p>15. Melakukan pengkajian faktor penyebab klien sulit tidur.</p> <p>16. Mengajarkan klien distraksi dengan selalu berdoa sebelum tidur.</p> <p>17. Mengatur cahaya dan suhu ruangan .</p> <p>18. Meminta keluarga klien membatasi pengunjung Selama istirahat.</p>	<p>mulai bisa tidur tadi malam sekitar 1-2 jam</p> <p>15. Klien mengatakan masih sulit tidur karena banyak suara bising dan terasa tidak sesak saat tidur.</p> <p>16. Klien tampak berdoa setiap akan tidur terutama tidur malam.</p> <p>17. Klien tampak nyaman dengan suhu dan cahaya yang sudah di atur.</p> <p>18. Keluaraga tampak membatasi pengunjung yang datang.</p>	
--	--	---	---	--

Tabel 4.10 Implementasi Respon Hasil Pada An. H dengan Bronkitis Hari KeTiga

Tanggal/Jam	No. DX	Implementasi	Respon hasil	Paraf
(Jum'at , 05-07-2019)	I,II,III	1. Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital; tekanan darah , suhu, nadi dan frekuensi pernapasan.	1. HR : 110 x/menit, RR : 25x/menit, T:37,2 °C.	RIKA
08.35wib	I			
08.45 wib	I			
09.00 wib	I		2. Respirasi normal RR :	
09.15 wib	I	2. Memonitor respirasi dan status oksigen klien.	25x/menit.	
09 30 wib	I		3. Suara paru vesikuler.	
09. 45 wib	I	3. Melakukan auskultasi napas tambahan.	4. Klien tampak sangat kooperatif dan	

10.20 wib	I		mengikuti anjuran perawat.	
10.45 wib	I	4. Mengatur posisi klien semi fowler.	5. Klien sudah tidak batuk dan sesak lagi.	
11. 30 wib	I		6. Keluarga mengerti dengan anjuran perawat.	
12.00 wib	I,III	5. Mengajarkan klien batuk efektif dengan menarik nafas dalam lalu di batukkan dengan kuat.	7. klien mengatakan nyaman dengan suhu yang di atur perawat.	
12.45 wib	III		8. Keluarga klien mengganti pakaian klien dengan baju yang menyerap keringat.	
13.15 wib	III	6. Menganjurkan keluarga pasien memberikan cairan seperti minum yang cukup.	9. Suhu tubuh klien sudah turun 36,5 °C	
14.10 wib		7. Mengatur suhu ruangan sesuai kebutuhan klien.	10. Keluarga klien mengatakan sudah bisa tidur di malam hari dan tidak	
		8. Menganjurkan keluarga mengganti pakaian yang tipis dan menyerap keringat.		

		<p>9. Melakukan monitor suhu tubuh setiap 2 jam sesuai kebutuhan</p> <p>10. Melakukan pengkajian pola tidur klien.</p> <p>11. Mengajarkan klien distraksi dengan selalu berdoa sebelum tidur.</p> <p>12. mengatur cahaya dan suhu ruangan.</p> <p>13. meminta keluarga klien membatasi pengunjung Selama istirahat.</p>	<p>terbangun lagi</p> <p>11. Klien tampak berdoa setiap akan tidur terutama tidur malam.</p> <p>12. Klien tampak nyaman dengan suhu dan cahaya yang sudah di atur.</p> <p>13. Keluaraga selalu membatasi pengunjung yang datang.</p>	
--	--	---	--	--

--	--	--	--	--

### E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi (SOAP) Pada An. H dengan Bronkitis Hari Pertama

No.	Hari/Tanggal/Jam	No. Dx	Evaluasi	Paraf
1.	(Rabu, 03-07-2019) Pukul 16.45 wib	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga klien mengatakan anaknya sesak.</li> <li>b. Klien mengatakan sulit mengeluarkan dahak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak sesak</li> <li>b. RR cepat 30 x/menit</li> <li>c. Terpasang O2 Nasal kanul 2L/menit.</li> </ul> <p>A: Masalah Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi,</p>	RIKA



			Level 2 Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal, kriteria hasil belum teratasi.  P: Planing Manajemen jalan napas dilanjutkan.	
2.	(Rabu, 03-07-2019) Pukul 16.45 wib	II	S: a. Keluarga klien mengatakan anaknya teraba panas O: a. Suhu klien 39,3 °C b. Klien teraba hangat c. Klien tampak sesak dan lemas A: Masalah Hipertermi belum teratasi, Level 3 Cukup terganggu, kriteria hasil belum teratasi.  P: Planing Pengaturan suhu dan perawatan demam dilanjutkan.	RIKA
3.	(Rabu, 03-07-2019) Pukul 16.45 wib	III	S: a. Keluarga klien mengatakan anaknya tidak bisa tidur nyenyak b. Keluarga klien mengatakan anaknya sering terbangun saat tidur. O: a. Klien tampak gelisah b. Klien hanya tidur sebentar lalu kemudian terbangun lagi. c. Klien mengatakan tidak bisa tidur. A: Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi, Level 3 Cukup terganggu, kriteria hasil belum teratasi.	RIKA

			P: Planing Peningkatan tidur dilanjutkan.	
--	--	--	---	--

Tabel 4.12 Evaluasi (SOAP) Pada An. H dengan Bronkitis Hari Kedua

No.	Hari/Tanggal/Jam	No. Dx	Evaluasi	Paraf
1.	(Kamis, 04-07-2019) Pukul 16.20 wib	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Keluarga klien mengatakan anaknya masih sesak.</li> <li>d. Klien mengatakan dahak sudah keluar</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Klien masih tampak sesak</li> <li>e. RR cepat 28 x/menit</li> <li>f. Terpasang O2 Nasal kanul 2L/menit.</li> </ul> <p>A: Masalah Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, Level 3 Deviasi sedang dari kisaran normal, kriteria hasil teratasi sebagian.</p> <p>P: Planing Manajemen jalan napas dilanjutkan.</p>	RIKA
2.	(Kamis, 04-07-2019) Pukul 16.20 wib	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Keluarga klien mengatakan anaknya masih teraba panas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Suhu klien 38,5 °C</li> <li>e. Klien teraba hangat</li> <li>f. Klien tampak lemas dan sesak berkurang</li> </ul> <p>A: Masalah Hipertermi belum teratasi, Level 4 Sedikit terganggu,</p>	RIKA

			kriteria hasil teratasi sebagian. P: Planing Pengaturan suhu dan perawatan demam dilanjutkan.	
3.	(Kamis, 04-07-2019) Pukul 16.20 wib	III	S: a. Keluarga klien mengatakan anaknya sudah bisa tidur b. Keluarga klien mengatakan anaknyakadang-kadang terbangun saat tidur. O: a. Klien tampak gelisah b. Klien hanya tidur sebentar lalu kemudian terbangun lagi. c. Klien mengatakan tadi malam bia tidur A: Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi, Level 4 Sedikit terganggu, kriteria hasil teratasi sebagian. P: Planing Peningkatan tidur dilanjutkan.	RIKA

Tabel 4.13 Evaluasi (SOAP) Pada An. H dengan Bronkitis Hari KeTiga

No.	Hari/Tanggal/Jam	No. Dx	Evaluasi	Paraf
1.	(Jum'at, 05-07-2019) Pukul 14.10 wib	I	S: a. Keluaga klien mengatakan anaknya tidak sesak b. Klien mengatakan dahak sudah keluar O: a. Klien masih rileks dengan nafas vesikuler b. RR normal 25 x/menit A: Masalah Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi, Level 4	RIKA

			Deviasi ringan dari kisaran normal, kriteria hasil teratasi P: Planing Manajemen jalan napas dihentikan.	
2.	(Jum'at, 05-07-2019) Pukul 14.10 wib	II	S: a. Keluarga klien mengatakan anaknya tidak panas lagi. O: a. Suhu klien 36,5°C a. Klien tampak segar dan tidak pucat b. Klien tampak berakrititas dan rileks A: Masalah Hipertermi belum teratasi, Level 5 Tidak terganggu, kriteria hasil teratasi. P: Planing Pengaturan suhu dan perawatan demam dihentikan.	RIKA
3.	(Jum'at, 05-07-2019) Pukul 14.10 wib	III	S: a. Keluarga klien mengatakan anaknya bisa tidur nyenyak b. Keluarga klien mengatakan anaknyatidak terbangun saat tidur. O: a. Klien tampak tenang b. Klien tampak tertidur nyenyak dan terasa segar saat bangun c. Klien mengatakan tadi malam bisa tidur nyenyak A: Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi, Level 5 Tidak terganggu, kriteria hasil teratasi P: Planing Peningkatan tidur dihentikan.	RIKA

## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan proses keperawatan pada Kasus An. H dengan Diagnosa Bronkitis di Ruang Tribrata Anak Rumah Sakit Bhayangkara TK III Kota Bengkulu. Kesenjangan antara teori dan kasus di bahas dari mulai pengkajian hingga evaluasi (Potter & Perry, 2009)

#### A. Pengkajian

Pada kasus An. H dengan diagnosa Bronkitis didapatkan data bahwa An. H mengalami batuk berdahak, kadang sesak dan terjadinya peningkatan suhu tubuh dengan data yang didapatkan TTV N: 120x/menit, pernafasan cepat 30 x/menit, terdapat wheezing dan terpasang oksigen nasal kanul 2L/menit.

Berdasarkan data yang di dapat hal tersebut sesuai dengan konsep penyakit bronchitis dengan memenuhi kriteria tanda dan gejala. Tanda dan Gejala Bronkitis menurut *Ikawati (2011)* diantaranya Batuk produktif dahak meningkat, Batuk disertai dahak puluren, Batuk sesak, Mengi, Demam. Tanda dan gejala menurut *Rab Tabrani (2010)* : Batuk, Dispnea, makin lama makin berat dan sehari penuh, terutama pada musim dimana udara dingin dan berkabut, Sesak nafas.

#### B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang ditemukan pada kasus bronchitis terdapat perbedaan dengan diagnosa tinjauan teoritis bab II. namun, terdapat beberapa diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yang sama, hal ini dikarenakan terdapat variasi data dan komplikasi yang dialaminya. pada tinjauan teoritis terdapat 7 diagnosa keperawatan yaitu, bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, hipertermia, gangguan pola tidur, dan intoleransi aktivitas.

Dalam kasus penulis tidak mengangkat empat diagnosa yang terdapat pada teori masalah pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi dan intoleransi aktivitas. hal tersebut tidak diangkat diagnosa tersebut karena didapatkan data bahwa tidak ada data yang menunjang adanya tanda defisit nutrisi, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas, dikarenakan BB klien normal, tidak ada pernafasan cupping hidung berdasarkan konsep dan data hasil lab dalam rentang normal.

Penulis mengangkat tiga diagnosa pada klien An. H yang pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan .penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas dibanding diagnosa yang lainnya karena berdasarkan pemeriksaan dan keluhan klien saat dikaji adanya batuk berdahak dan terasa sesak sehingga hal tersebut mengganggu aktivitas dan sistem pernafasan klien. Diagnosa yang kedua yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. penulis mengangkat diagnosa ini kedua dikarenakan jika penanganan hipertermi tidak di minimalisir dengan baik maka akan meningkatkan terjadinya dehidrasi dan kekurangan cairan serta proses penyembuhan. Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan Bising, diagnose ini di tegakkan karena data yang didapatkan dari keluarga klien bahwa klien tidak bisa tidur dan selalu terjadi saat tidur sehingga penulis menenggakkan diagnosa tersebut yang dapat mengurangi gangguan pola tidur.

### **C. Intervensi keperawatan**

Intervensi pada kasus An.H dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya. pada kasus An.H penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada kasus An.H berdasarkan rencana keperawatan yang telah dituliskan pada teori. tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (standar operasional prosedur) yang telah ditetapkan.

#### **D. Implementasi keperawatan**

Setelah menyusun rencana keperawatan, kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan keperawatan atau implementasi. Pada intervensi dalam teori dan implementasi tidak terdapat kesenjangan yang dilakukan semua pada implementasi sesuai rencana yang ditegaskan. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari, pada tanggal 03-05 Juli 2019 dengan target level 4 (deviasi ringan dari kisaran normal) pada diagnosa I serta diagnosa II dan III mencapai level 5 (tidak ada gangguan)

Faktor pendukung yang penulis temukan dalam pelaksanaan keperawatan pada An. H yaitu partisipasi dan sangat kooperatif dari klien, keluarga klien dalam pemberian asuhan keperawatan, kerjasama dengan perawat ruangan, serta data medis dari dokter sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan dengan baik.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi juga digunakan bentuk S (subjektif), O (objektif), A (analisis), P (perencanaan terhadap analisis).

Pada diagnosa I yang penulis mengangkat Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dapat ditingkatkan ke level 4 dengan kriteria hasil yang didapatkan yaitu: Frekuensi pernapasan normal, irama pernapasan teratur, tidak ada suara napas tambahan, betuk berkurang, akumulasi sputum menurun.

Pada diagnosa II Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dapat ditingkatkan ke level 5 dengan kriteria hasil Tingkat pernapasan dalam rentang normal, penurunan suhu tubuh dalam rentang normal.

Pada diagnosa III Gangguan pola tidur berhubungan dengan bising tercapai dengan peningkatan tidur ditingkatkan ke level 5 (tidak ada gangguan).

Kriteria hasil : Klien dapat beristirahat, pola tidur teratur, kualitas tidur yang baik, tidak terbangun pada malam hari, perasaan segar saat bangun, dan jam tidur sesuai dengan kebutuhan klien.



## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan anak pada An.H dengan diagnosa bronkhitis, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

##### **1. Pengkajian**

Berdasarkan data pengkajian pada kasus An.H didapatkan bahwa ditemukan klien mengalami batuk berdahak dengan penumpukan sputum dan terdapat suara wheezing, hal tersebut di karenakan infeksi pada bronkus akan mengembang dan menyebabkan terjadinya pembengkakan dan penyempitan. Adanya mukus kental dari dinding bronkial dan mukus yang dihasilkan kelenjar mukus dalam jumlah banyak akan menghambat beberapa aliran udara. Sehingga terapi yang diberikan pada An.H salah satunya melakukan nebulizer untuk mengeluarkan secret dan melebarkan bronkus sehingga mengurangi sesak. Hal ini sesuai dan dapat mempertahankan bersihan jalan napas dengan nebulizer menggunakan ventolin nebule dosis 1mg dan ambroxol 3x1 sdt. Berdasarkan kasus An.H banyak data yang didapat sesuai dengan teori di sebabkan oleh infeksi bakteri sehinggaa gangguan susunan dan fungsi dinding bronkus sehingga infeksi bakteri mudah terjadi dan masuk kesaluran pernafasan terutama bronkus. sehingga dapat disimpulkan bahwa kasus An. H termasuk klasifikasi Bronkitis disebabkan oleh infeksi bakteri.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang ditemukan pada An. H dengan diagnose kasus bronchitis terdapat perbedaan dengan diagnosa tinjauan teoritis bab II. namun, terdapat beberapa diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yang sama, hal ini dikarenakan terdapat variasi data dan komplikasi yang

dialaminya. pada tinjauan teoritis terdapat 7 diagnosa keperawatan yaitu,bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, hipertermia, gangguan pola tidur, dan intoleransi aktivitas.

Penulis mengangkat tiga diagnosa pada klien An. H yang pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan .penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas dibanding diagnosa yang lainnya karena berdasarkan pemeriksaan dan keluhan klien saat dikaji adanya batuk berdahak dan terasa sesak sehingga hal tersebut mengganggu aktivitas dan sistem pernafasan klien.

Diagnosa yang kedua yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. penulis mengangkat diagnosa ini kedua dikarenakan jika penanganan hipertermi tidak di minimalisir dengan baik maka akan meningkatkan terjadinya dehidrasi dan kekurangan cairan serta proses penyembuhan.

Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan Bising, diagnosa ini di tegakkan karena data yang didapatkan dari keluarga klien bahwa klien tidak bisa tidur dan selalu terjadi saat tidur sehingga penulis menengakkan diagnosa tersebut yang dapat mengurangi gangguan pola tidur.

3. Perencanaan Keperawatan  
Perencanaan yang baik harus disusun secara spesifik, terukur dapat dicapai sehingga memudahkan dalam melaksanakan implementasi kepada klien sesuai dengan rencana pada kasus An. H.
4. Implementasi Keperawatan  
Implementasi keperawatan mengacu pada rencana yang dilakukan sesuai dengan standar asuhan keperawatan secara berkualitas. implementasi keperawatan yang dilakukan sudah efektif dan sudah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. hal ini dikarenakan adanya kerja sama yang baik antara perawat, klien dan keluarga klien.
5. Evaluasi keperawatan

Pada diagnosa I yang penulis mengangkat Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dapat ditingkatkan ke level 4 dengan kriteria hasil yang didapatkan yaitu: Frekuensi pernapasan normal, irama pernapasan teratur, tidak ada suara napas tambahan, betuk berkurang, akumulasi sputum menurun.

Pada diagnosa II Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dapat ditingkatkan ke level 5 dengan kriteria hasil Tingkat pernapasan dalam rentang normal, penurunan suhu tubuh dalam rentang normal.

Pada diagnosa III Gangguan pola tidur berhubungan dengan bising tercapai dengan peningkatan tidur ditingkatkan ke level 5 ( tidak ada gangguan). Kriteria hasil : Klien dapat beristirahat, pola tidur teratur, kualitas tidur yang baik, tidak terbangun pada malam hari, perasaan segar saat bangun, dan jam tidur sesuai dengan kebutuhan klien.

Pada diagnose I yang penulis angkat Risiko persalinan prematur berhubungan dengan kontaksi otot dan uterus dapat ditingkatkan ke level 5 dengan kriteria hasil yang didapatkan yaitu: Durasi kontraksi uterus menurun dari awal pengkajian, tekanan darah dalam batas normal, tidak ada dilatasi uterus dan intensitas kontraksi uterus berkurang.

Pada diagnose II Risiko tinggi terjadinya cedera janin berhubungan dengan penurunan aliran darah uteri plasenta dapat ditingkatkan ke level 5 dengan kriteria hasil DJJ dalam rentang normal dengan observasi setiap 2 jam sekali, Tanda-tanda vital dalam rentang normal, tidak ada perdarahan pervaginam

Pada diagnose III ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang dirasakan ibu dan janin tercapai dengan tingkat kecemasan ditingkatkan ke level 5 ( tidak ada gangguan). Kriteria hasil : Klien dapat beristirahat, wajah tampak rileks, Tanda-tanda vital dalam rentang normal, klien tidak gelisah dan pusing.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Klien dan Keluarga**

Klien dan keluarga sebaiknya menghindari hal-hal yang menyebabkan pemicu timbulnya sesak pada klien seperti asap rokok, virus dan bakteri influenza dan debu yang berlebihan. Sehingga menimbulkan reaksi sensitive dan menimbulkan batuk dan peningkatan sputum yang menyebabkan kekambuhan penyakit bronchitis. Sebaiknya keluarga klien mampu memberikan nebulizer secara mandiri di rumah dengan dosis dan tata caranya jika terjadi kekambuhan ketika tidak berada di rumah sakit sebagai penanganan utama sebelum dibawa ke rumah sakit

### **2. Bagi Perawat**

Dalam memberikan asuhan keperawatan sebaiknya secara komprehensif dan menyeluruh. sesuai standar operasional dan sebagai konselor berikanlah ilmu sehingga dapat mengurangi terjadinya peningkatan gangguan sistem pernafasan pada klien dengan cara mengajarkan keluarga klien memakai masker dan membatasi pengunjung saat berkunjung ke rumah sakit.

### **3. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan bisa memberikan kontribusi informasi dan ilmu mengenai penyakit bronkitis dan dapat menambah dan melengkapi buku-buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit bronkitis untuk dapat menunjang penyusunan karya tulis.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Arif, M, 2008. Kapita Selekta Kedokteran. Jilid 2. Edisi II. Jakarta: Penerbitan Media Aesculapius FKUI.

Adler H. Manurung dan Lutfi T. Rizky (2009), *Succesful Finacial Planner : A Complete Guide*, Jakarta : Grasindo.

- Buku Amin huda, *NIC NOC* (2015)
- Daniel, W dan Widjaya, D. 2015. *Anatomi tubuh manusia*. Bandung : Elsevier
- Davey, P. 2005. *At A Glance Medicine*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Doenges Marilyn E, 2002, *Rencana tindakan asuhan keperawatan*
- Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2018
- Enright ,Paul.2005.*Bronchitis*.(10 maret 2011)
- Faiz, O. 2005. *At A Glance : Anatomi pernapasan*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Gede, N dan Effendy, C. 2004. *Keperawatan Medikal Bedah : klien dengan gangguan system pernapasan*. Jakarta ; EGC.
- Gonzales, R, C, and Woods, R, E. 2002. *Digital image procesing second edition*. *New jersery pretice hall*.
- Handayani, W dan Sulisty, A. 2008, *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi*, Jakarta. : Salemba Medika.
- Hisyam,dkk.,2010. *Bronchitis*<http://www.healthcommunities.com/bronchitis.shtml> diakses tanggal 20 Oktober 2018 pukul 19.00 WIB
- Hockenberry, M and Wilson, D. 2008. *Pediatric Nursing*. ISBN
- JokoSuryo. 2010. *Herbal Penyembuh Gangguan Sistem Pernapasan*. Yogyakarta : B First.
- Kowalak, Jenifer. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta : EGC.
- Kemenkes RI. *Profil kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta : Kemenkes RI 2015.
- Menezes,A.M., et al., 2010. *Prevalensi dan Faktor Risiko Bronkitis Kronik di Pelotas, RS. Brazil. Thorax 2010, 49: 1217-1221 doi: 10.1136/thx.49.12.1217. http://translate.googleusercontent.com/translate* *diakses Berdasarkan tanggal 20 oktober 2018 pukul 21.00 WIB.*
- Marni. 2014. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit*.Yogyakarta:Goysen Publishing.

- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. 2001. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi II. Salemba Medika. Jakarta
- RabTabrani (2010). *Ilmu penyakit paru*. TIM : Jakarta
- Pearce, Evelyn C. *Anatomi dan fisiologis untuk para medis*, cetakan kedua puluh Sembilan. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama, 2006. P. 141-142.
- Potter, Patricia A. *Buku ajar Fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik/ Patricia A. Potter*. Ed. 4 Jakarta :EGC, 2005.
- Potter & Perry, 2006 *Buku Ajar Fundamental keperawatan*, Edisi 4. Jakarta : EGC
- Qarah Samer, 2009, *Bronkitis*, ([www.Emedicine.com](http://www.Emedicine.com). diakses tanggal 20 oktober 2018).
- Saripah, N. 2017. *Komplikasi Penyakit Bronkitis Yang Perlu Anda Waspadai*. <https://www.aryanto.id/artikel/id/1331/komplikasi-penyakit-bronkitis-yang-perlu-anda-waspadai>. 20 Oktober 2018 pukul 19.00 WIB.
- Smeltzer, Suzanne, C. 2001. *Buku ajar keperawatan medical bedah* Brunner & Suddarth ; ahli bahasa , Agung Waluyo ; editor Monica Este, edisi 8. Jakarta : EGC
- Sutoyo , K, Dianiarti. 2009. *Bronkitis kronik dan lingkaran yang tak berujung pangkal*. Jurnal Departemen Pulmonologi & Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-SMF Paru RSUP Persahabatan.
- Standar Diagnosis keperawatan Indonesia ( SDKI ) Edisi1. Dewan Pengurus Pusat PPNI Jakarta. 2017
- Sylvia , A, Price, 1995. *Patofisiologi : Konsep Klinik Proses-proses penyakit*. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Widagdo. 2012. *Masalah dan Tatalaksana Penyakit Anak* Jakarta : Erlangga
- WHO, 2015. *Chronic Respiratory Diseases*. Jurnal WHO topic kesehatan.
- Wong, Donna L, 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Volume 2. Jakarta : EGC.



