

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Bronkitis merupakan salah satu penyakit infeksi pada saluran pernapasan yang menyebabkan terjadinya inflamasi pada trakea, bronkus utama dan menengah yang akhirnya bermanifestasi terjadinya batuk. Penyakit ini umumnya disebabkan oleh virus ataupun bakteri. (Nurarif & Kusuma, 2015). Menurut Utami, dkk (2020), bronkitis adalah suatu gangguan atau penyakit respiratori yang ditandai dengan terjadinya inflamasi pada bronkus dengan batuk sebagai gejala utama dan dominan.

##### **2. Klasifikasi**

Klasifikasi bronkitis menurut Alifariki (2019) ada 2 jenis, yaitu :

###### **a. Bronkitis akut**

Bronkitis akut adalah infeksi yang terjadi pada saluran pernapasan bawah yang terjadi secara akut. Keadaan ini umumnya disebabkan oleh virus atau bakteri dan diperparah oleh paparan terhadap iritan seperti asap rokok, asap kendaraan bermotor, debu, dan asap kimiawi. Biasanya terjadi dalam waktu yang singkat, sekitar 2 – 3 minggu (Karunanayake, *et al.*, 2017).

###### **b. Bronkitis kronis**

Bronkitis kronis yaitu suatu kondisi dimana terjadi peradangan atau inflamasi berlanjut pada bronkus selama beberapa waktu dan terjadi hambatan pada aliran udara yang normal di dalam bronkus. Faktor utama dari bronkitis kronis adalah merokok, baik itu sebagai perokok atau yang terkena asap rokok (Ikawati, 2016). Bronkitis kronis dapat berlangsung dari 3 bulan sampai 2 tahun (Widysanto dan Mathew, 2021). Bronkitis kronis ditandai dengan batuk dan hipersekresi lendir dan berhubungan dengan peradangan kronis di saluran udara (Wang, *et al.*, 2021).

### 3. Etiologi

Menurut Rahajoe, dkk. (2015), brokhitis disebabkan oleh disebabkan oleh :

a. Virus

Bronkitis dapat disebabkan oleh virus seperti :

- 1) Rhinovirus
- 2) *Respiratory Syncytial Virus* (RSD)
- 3) Virus influenza A dan B
- 4) Virus parainfluenza
- 5) Adenovirus
- 6) Paramyxovirus (Astriana, dkk., 2015)

b. Bakteri

Bakteri penyebab bronkitis antara lain :

- 1) *Mycoplasma pneumoniae*
- 2) *Bordetella pertussis*
- 3) *Corynebacterium diphtheriae*
- 4) *Streptococcus pneumonia*
- 5) *Staphylococcus aureus* (Singh, *et. al.*, 2022)

Faktor penyebab lain yang memicu terjadinya bronkitis menurut Singh, *et. al.* (2022) antara lain :

- a. Asap kendaraan bermotor
- b. Asap dari hasil pembakaran kayu saat proses memasak
- c. Asap dari rokok
- d. Riwayat asma
- e. Zat alergen seperti serbuk sari, parfum, dan uap

### 4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada bronkitis menurut Ngastiyah (2014) antara lain :

- a. Batuk
- b. Ada produksi sputum
- c. Ada suara napas tambahan yaitu ronki atau *wheezing*
- d. Flu
- e. Sesak napas

- f. Demam
- g. Nafsu makan berkurang

## 5. Patofisiologi

Bronkitis merupakan peradangan atau inflamasi yang terjadi pada bronkus yang menyebabkan peningkatan produksi mukus dan batuk kronik. Bronkitis disebabkan oleh virus dan bakteri. Virus yang sering menyerang antara lain *Respiratory Syncytial Virus* (RSV), *Virus Influenza*, *rhinovirus*, dan *virus pra influenza*. Penyebab lain yang terjadi pada bronchitis adalah bakteri, alergen, asap rokok dan polusi udara. Unsur-unsur iritan ini masuk melalui hidung dan mulut ke dalam saluran pernapasan dalam sehingga menyebabkan gangguan pada proses pembersihan di paru-paru. Akibat dari gangguan tersebut menimbulkan terjadinya radang pada bronkial sehingga menyebabkan terjadinya inflamasi / radang pada bronkus. Proses peradangan yang terjadi di bronkus menyebabkan bakteri / virus menyebar ke seluruh tubuh sehingga mekanisme pertahanan tubuh melemah. Kompensasi dari hal itu menyebabkan terjadinya peningkatan laju metabolisme dalam tubuh yang kemudian menimbulkan terjadinya hipertermia (Muttaqin, 2014).

Proses inflamasi yang terjadi pada bronkus menyebabkan terjadinya peningkatan produksi mukus sehingga menyebabkan terjadinya edema / pembengkakan pada mukosa akibat sekret yang berlebih. Peningkatan sekret yang berlebih kemudian akan muncul masalah bersihan jalan napas tidak efektif (Corwin, 2011; Muttaqin, 2014).

Peningkatan produksi sputum / mukus menyebabkan terjadinya penyempitan jalan nafas sehingga menyebabkan fase ekspirasi memanjang. Akibat dari fase ekspirasi memanjang yaitu terjadinya penggunaan otot pernapasan dan sebagai kompensasi maka terjadilah peningkatan frekuensi napas. Frekuensi napas yang meningkat menyebabkan terjadinya masalah pola napas tidak efektif. Penggunaan otot pernapasan yang berlebihan menyebabkan terjadinya pengeluaran

energi yang berlebih juga sehingga timbul masalah intoleransi aktivitas. (Muttaqin, 2014).

Akibat dari bronkitis yang tidak ditangani dengan benar menyebabkan harus dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan penanganan. Efek hospitalisasi bagi pasien anak akan menyebabkan ansietas terhadap tindakan invasif yang dilakukan terhadapnya. Bagi orang tua, efek hospitalisasi menyebabkan terjadinya kecemasan / ansietas akibat dari kurang terpapar informasi atau pengetahuan yang kurang mengenai penyakit bronkitis (Nurarif & Kusuma, 2015).

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien bronkitis menurut Utami, dkk. (2020) antara lain :

### **a. Pemeriksaan laboratorium**

Pemeriksaan laboratorium menggunakan cek darah dan pada pemeriksaan ini akan didapatkan data terjadinya peningkatan leukosit.

### **b. Pemeriksaan rontgen atau x-ray dada**

Pemeriksaan rontgen akan didapatkan hasil yang signifikan, biasanya hanya tampak hiperemia. Selain itu akan tampak juga hiperinflasi paru, diafragma mendatar. Hasil pemeriksaan rontgen akan ditemukan adanya bercak pada saluran napas (Alifariki, 2019).

### **c. Pemeriksaan kultur sputum**

Jika pengobatan yang diberikan tidak memberikan perkembangan, maka perlu dilakukan pemeriksaan kultur sputum untuk menentukan pemberian antibiotik yang tepat.

### **d. Pemeriksaan Analisa Gas Darah (AGD)**

Pemeriksaan ini akan menunjukkan apakah ada penurunan oksigen arteri dan peningkatan karbondioksida arteri.

## **7. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan asuhan keperawatan pada anak yang terkena bronchitis menurut Marni (2014), adalah sebagai berikut :

- a. Pemberian tindakan keperawatan fisioterapi dada untuk mengeluarkan mukus
- b. Ajarkan pada anak yang sudah mengerti tentang batuk efektif agar mukus yang ada pada saluran pernapasan dapat berkurang
- c. Berikan pendidikan kesehatan terhadap keluarga agar meminimalkan pajanan dengan polutan saat perjalanan maupun di lingkungan sekitar
- d. Pemberian terapi uap nebulizer sebagai tindakan lanjutan untuk mengeluarkan mukus
- e. Terapi oksigenasi perlu dilakukan jika terjadi penurunan gas darah
- f. Pemberian obat anti virus jika bronchitis disebabkan virus, dan obat anti virus yang diberikan adalah Ribarivin
- g. Pemberian antibiotik jika bronchitis disebabkan oleh bakteri
- h. Menjaga asupan makan pada anak, dan beri minum yang banyak terutama dari sari buah

Penatalaksanaan keperawatan yang bisa dilakukan yaitu :

- a. Meminimalkan suasana bising, pencahayaan terlalu terang, suhu ruangan yang terlalu dingin atau terlalu panas
- b. Ruang tempat tidur mempunyai ventilasi yang baik
- c. Menggunakan bantal dan kasur yang nyaman untuk pemakainya
- d. Membersihkan badan sebelum tidur
- e. Tidur siang tidak terlalu lama

## **8. Komplikasi**

Komplikasi yang terjadi pada penyakit bronchitis menurut Rahmawati (2015), antara lain :

- a. Sinusitis
- b. Pneumonia
- c. Otitis media
- d. Bronkhiektasis
- e. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)
- f. Gagal napas
- g. Infeksi saluran napas yang kambuhan (rekuren)

## 9. Pencegahan

Menurut Sutini (2018), pencegahan bronkitis antara lain :

- a. Tidak terpapar hujan secara langsung
- b. Tidak berada di lokasi-lokasi yang berdebu, lembab atau basah
- c. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan mengonsumsi makanan yang tinggi karbohidrat tinggi protein
- d. Banyak makan buah-buahan dan sayuran
- e. Apabila keluar rumah pada malam hari menggunakan jaket
- f. Tidak menggunakan obat nyamuk

## B. Konsep Asuhan Keperawatan Anak

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya (Induniasih dan Hendarsih, 2018).

Data yang didapatkan pada pengkajian keperawatan ada dua jenis, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah deskripsi verbal klien mengenai masalah kesehatan yang dialaminya. Data objektif adalah hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan klien (Induniasih dan Hendarsih, 2018).

Metode pengumpulan data pada pengkajian dapat dilakukan dengan empat cara, yaitu wawancara, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumen. Wawancara adalah bentuk percakapan tersusun dengan klien meliputi riwayat kesehatan klien dan informasi mengenai penyakit sekarang. Pemeriksaan fisik adalah investigasi terhadap tubuh klien untuk menentukan status kesehatan. Pemeriksaan fisik melibatkan penggunaan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Observasi dilakukan secara bersamaan saat melakukan wawancara dengan klien. Studi dokumen adalah melihat hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium dapat membantu mengidentifikasi dan memperjelas

kelainan atau penemuan yang didapat pada riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik (Induniasih dan Hendarsih, 2018).

Pengkajian asuhan keperawatan anak pada Bronkitis menurut Wong, *et al.* (2012) dan Muttaqin (2014) adalah sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

Pengkajian mengenai nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, tempat tinggal, adanya riwayat alergi pada keluarga, adanya riwayat asma pada saat anak-anak. Hal ini yang perlu dikaji dari identitas klien adalah tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor rekam medis, asuransi kesehatan, dan diagnosa medis perlu dilakukan pada klien dengan Bronkitis.

1) Keluhan utama pada Bronkitis adalah dispnea atau sesak napas, batuk kering dan produktif dengan sputum purulen, demam dengan suhu tubuh dapat mencapai  $\geq 40$  °C, klien biasanya mempunyai riwayat merokok atau terpapar asap rokok.

2) Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Klien dengan Bronkitis datang mencari pertolongan dengan keluhan sesak nafas, susah untuk bernafas, batuk. Suara nafas ngkrok-ngkrok diikuti adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernafasan, tidak nafsu makan, berat badan menurun serta kelemahan. Penyakit bronkitis mulai dirasakan saat klien mengalami produksi sputum (hijau, putih, atau kuning). Klien biasanya menggunakan otot bantu pernapasan, bunyi nafas ronchi (Rahmawati, 2015).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu (RKD)

a) Riwayat Kelahiran (riwayat kehamilan, persalinan, dan perinatal)

Yang ditanyakan meliputi keadaan ibu saat hamil, gizi, usia kehamilan dan obat-obatan. Hal tersebut juga mencakup kesehatan anak sebelum lahir, saat lahir, dan keadaan anak setelah lahir. Penyakit infeksi yang pernah diderita ibu selama hamil perawatan *Ante Natal Care* (ANC), imunisasi

TT, obat-obatan yang digunakan ibu selama hamil. Usia kehamilan cukup, lahir prematur, bayi kembar, penyakit persalinan, APGAR skor, obat-obatan yang dikonsumsi ibu pada saat melahirkan.

b) Penyakit, cedera atau operasi sebelumnya

Penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya infeksi saluran pernafasan atas, bronkitis kronik, asma bronkhial, emfisema, batuk kronis, dan alergi atau terpapar asap rokok terus menerus (Marni, 2014).

c) Alergi

Tanyakan apakah mempunyai gangguan alergi terhadap sesuatu seperti obat-obatan, makanan, debu, atau lainnya.

d) Pengobatan saat ini

Tanyakan apakah ada obat yang dikonsumsi saat ini.

e) Imunisasi

Tanyakan jenis imunisasi yang sudah diberikan, usia pemberian imunisasi, kekambuhan reaksi, dan jumlah dosis imunisasi.

f) Pertumbuhan dan Perkembangan

Yang ditanyakan adalah hal-hal yang berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan usia anak sekarang yang meliputi motorik kasar, motorik halus, perkembangan kognitif atau bahasa, dan sosialisasi. Selain itu, ditanyakan juga berat badan lahir, perkembangan sesuai dengan usia, pertumbuhan sesuai dengan usia, dan interaksi dengan orang lain (Wong, *et al.*, 2012).

4) Riwayat penyakit keluarga

Pada klien dengan Bronkitis perlu dikaji adanya keluarga yang mempunyai riwayat alergi atau menderita penyakit paru-paru lainnya.

b. Pola Pengkajian Fungsional menurut Gordon (Riyadi, dkk., 2013)

1) Pola penatalaksanaan kesehatan – persepsi

Biasanya keluarga menganggap masalah yang dialami adalah masalah biasa, keluarga akan menganggap klien mengalami permasalahan pada saluran pernapasan bila sudah mengalami sesak napas

2) Pola nutrisi – metabolik

Biasanya klien akan mengalami anoreksia, karena terdapat banyak akumulasi sekret pada mulut yang menyebabkan rasa tidak nyaman untuk makan.

3) Pola eliminasi

Biasanya klien akan mengalami penurunan produksi urin karena perpindahan cairan melalui proses evaporasi akibat adanya demam.

4) Pola aktivitas – latihan

Biasanya klien akan mengalami penurunan aktivitas karena masalah yang dialaminya, terutama rasa gelisah akibat tidak nyaman dengan masalahnya.

5) Pola istirahat – tidur

Klien akan mengalami kesulitan tidur karena terganggu sesak napas.

6) Pola kognitif – perseptual

Penurunan kognitif untuk mengingat apa saja yang disampaikan terjadi sesaat akibat penurunan asupan nutrisi serta suplai oksigen ke otak.

7) Pola konsep diri – persepsi diri

Klien akan mengalami kegelisahan, terutama bagi anak akan lebih sering rewel, dan sering merasa takut pada orang lain.

8) Pola hubungan peran

Biasanya klien akan malas diajak berbicara dengan orang lain dan lebih senang dekat dengan anggota keluarga.

## 9) Pola reproduktif seksual

Pada kondisi sakit dan anak kecil hal ini masih sulit terkaji.

## 10) Pola toleransi stress koping

Biasanya klien akan lebih sering mengeluh terutama pada anak akan sering menangis karena merasa terganggu akan status kesehatannya saat ini.

## 11) Pola keyakinan – nilai

Kaji mengenai tanggapan klien atau keluarga klien terhadap penyakit yang dialami dalam aspek spiritual.

c. Pemeriksaan fisik *Head to Toe*

## 1) Keadaan umum

Perawat perlu mengkaji kesadaran klien, adanya dispnea, riwayat merokok, riwayat batuk kronis, adanya faktor pencetus eksaserbasi yang meliputi alergen, stres emosional, peningkatan aktivitas fisik yang berlebihan, riwayat asma saat anak-anak, terpapar dengan polusi udara, infeksi saluran pernafasan, tidak adanya nafsu makan, penurunan berat badan, serta kelemahan. Perawat perlu mengkaji obat-obatan yang biasa diminum klien.

## 2) Tanda-tanda Vital

Suhu meningkat berkisar 39 °C pada fase infeksi yaitu 1-14 hari. Pemeriksaan nadi dapat didapatkan penurunan frekuensi nadi (bradikardi relatif).

## 3) Kepala dan leher

## a) Inspeksi

- (1) Kepala : ditemukan bentuk kepala simetris, dan keadaan rambut
- (2) Mata : ditemukan mata cowong, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak odem, sklera normal
- (3) Telinga : ditemukan bersih, tidak ada luka dan benjolan
- (4) Hidung : ditemukan ada sekret, tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan hidung dan sianosis

- (5) Mulut dan bibir : ditemukan tidak ada sianosis, tidak ada perdarahan gusi, mukosa bibir keirng, tekstur lidah terlihat putih kotor.
- b) Palpasi
- (1) Kepala : ditemukan tidak ada nyeri tekan atau benjolan
- (2) Hidung : ditemukan adanya hembusan nafas hangat dari hidung
- (3) Leher : ditemukan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis
- 4) Dada dan Thoraks
- a) Inspeksi
- Klien biasanya mengalami peningkatan usaha napas dan frekuensi pernapasan, biasanya menggunakan otot bantu pernapasan. Pada kasus bronchitis kronis, sering didapatkan bentuk dada barrel / tong. Gerakan pernapasan masih simetris, hasil pengkajian lainnya menunjukkan klien juga mengalami batuk yang produktif dengan sputum purulent berwarna kuning kehijauan sampai hitam kecoklatan karena bercampur darah.
- b) Palpasi
- Taktil fremitus biasanya normal
- c) Perkusi
- Hasil pengkajian perkusi menunjukkan adanya bunyi resonan pada seluruh lapang paru. Hasil perkusi bagian jantung pekak.
- d) Auskultasi
- Jika abses terisi penuh dengan cairan pus akibat drainase yang buruk, maka suara napas melemah, jika bronkus paten dan drainasenya baik ditambah adanya konsultasi di sekitar abses, maka akan terdengar suara napas bronkial dan ronkhi basah. Terdapat bunyi napas mengi (*wheezing*) atau ronkhi.

Terdengar bunyi jantung satu (Lub) dan bunyi jantung 2 (Dub), ada bunyi jantung tambahan atau tidak.

5) Abdomen

a) Inspeksi

Abdomen ditemukan bentuk simetris kanan dan kiri, warna sama dengan warna kulit lain, tidak terdapat lesi, tonjolan atau kelainan lainnya.

b) Auskultasi

Ditemukan bising usus normal.

c) Perkusi

Ditemukan perut tidak kembung, timpani, bila hepar dan limfa membesar (redup) dan apabila banyak cairan (hipertimpani).

d) Palpasi

Ditemukan tidak terdapat nyeri tekan pada perut bagian kanan atas, tidak ada asites, tidak ada massa.

6) Genetalia

a) Inspeksi : testis sudah turun atau belum

7) Ekstremitas

a) Inspeksi

Simetris atau tidak, ekstremitas atas dan bawah lengkap atau tidak, oedem atau tidak, polidaktil dan syndaktil atau tidak

b) Palpasi

Apakah CRT < 3 detik, akral hangat

8) Integumen

Jaringan lemak sudah terbentuk atau belum, turgor kulit baik atau menurun, dan akral hangat.

d. Pemeriksaan Diagnostik

1) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan rontgen akan didapatkan hasil yang signifikan, biasanya hanya tampak hyperemia. Selain itu akan tampak juga hiperinflasi paru, diafragma mendatar. Hasil pemeriksaan

rontgen akan ditemukan adanya bercak pada saluran napas (Alifariki, 2019).

## 2) Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya perubahan pada peningkatan eosinofil (berdasarkan pada hasil hitung darah). Sputum diperiksa secara makroskopis untuk diagnosa banding dengan Tuberculosis (TB) paru (Marni, 2014).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus bronkitis, antara lain:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan peningkatan laju metabolisme (D.0130)
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- e. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
- f. Risiko infeksi dengan faktor risiko : efek prosedur invasif (D.0142)

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Perencanaan disusun berdasarkan Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan keperawatan pada kasus bronkitis terdapat pada tabel 1 di halaman selanjutnya.

Tabel 1. Intervensi Keperawatan pada Pasien Bronkitis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan dan Tindakan Keperawatan
Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihkan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Dispnea menurun 6. Sianosis menurun 7. Frekuensi napas membaik 8. Pola napas membaik	<b>Latihan Batuk Efektif (I.01006)</b> Observasi 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas 4. Monitor input dan output (misal jumlah dan karakteristik) Terapeutik 5. Atur posisi semi-Fowler atau Fowler 6. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 7. Buang sekret pada tempat sputum Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 9. Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 10. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali 11. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i>

Bersambung

Lanjutan Tabel 1.

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Keperawatan dan Tindakan Keperawatan</b>
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola nafas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> <li>2. Penggunaan otot bantu nafas menurun</li> <li>3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>4. Pernapasan <i>pursed lip</i> menurun</li> <li>5. Pernapasan cuping hidung menurun</li> <li>6. Frekuensi nafas membaik</li> <li>7. Kedalaman nafas membaik</li> </ol>	<b>Manajemen Jalan Nafas (I.01011)</b> Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (misal gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma servikal)</li> <li>5. Posisikan semifowler atau fowler</li> <li>6. Berikan minum hangat</li> <li>7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>9. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</li> <li>10. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</li> <li>12. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol>

Bersambung

Lanjutan Tabel 1.

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Keperawatan dan Tindakan Keperawatan</b>
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan peningkatan laju metabolisme (D.0130)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun</li> <li>2. Kulit merah menurun</li> <li>3. Pucat menurun</li> <li>4. Takikardia menurun</li> <li>5. Takipnea menurun</li> <li>6. Suhu tubuh membaik</li> <li>7. Suhu kulit membaik</li> <li>8. Pengisian kapiler membaik</li> </ol>	<b>Manajemen Hipertermia (I.15506)</b> Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor kadar elektrolit</li> <li>4. Monitor haluan urine</li> <li>5. Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>7. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</li> <li>9. Berikan cairan oral</li> <li>10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)</li> <li>11. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</li> <li>12. Hindari pemberian antiseptik atau aspirin</li> <li>13. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Anjurkan tirah baring</li> </ol> Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ol>

Bersambung

Lanjutan Tabel 1.

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Keperawatan dan Tindakan Keperawatan</b>
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan (L.05047) diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea saat aktivitas menurun 5. Dispnea setelah aktivitas menurun 6. Frekuensi napas membaik 7. Tekanan darah membaik	<b>Manajemen Energi (I.05178)</b> Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Bersambung

Lanjutan Tabel 1.

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Keperawatan dan Tindakan Keperawatan</b>
Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> <li>5. Frekuensi pernapasan menurun</li> <li>6. Frekuensi nadi menurun</li> <li>7. Diaphoresis menurun</li> <li>8. Tremor menurun</li> <li>9. Pucat menurun</li> <li>10. Konsentrasi membaik</li> <li>11. Pola tidur membaik</li> <li>12. Kontak mata membaik</li> </ol>	<b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b> Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda- tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>6. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>7. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>14. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> </ol>

Bersambung

Lanjutan Tabel 1.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan dan Tindakan Keperawatan
Risiko infeksi dengan faktor risiko : efek prosedur infasif (D.0142)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 17. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 19. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu <hr/> <b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b> Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan teknik batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau disebut juga dengan pelaksanaan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah realisasi dari perencanaan keperawatan (Induniasih dan Hendarsih, 2018). Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien (Manurung, 2018). Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Tahap 1 : Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini perawat mengevaluasi hasil identifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : Pelaksanaan

Fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independent, dependen, dan interdependen.

c. Tahap 3 : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017). Evaluasi yang diharapkan dapat tercapai

pada pasien Bronkitis berdasarkan kriteria luaran yang ditetapkan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SIKI) oleh Tim Pokja SLKI DPP PPNI, antara lain :

- a) Produksi sputum menurun
- b) Mampu batuk efektif
- c) Tidak ada mengi, *wheezing*
- d) Tidak ada penggunaan otot bantu napas
- e) Frekuensi pernapasan dalam rentang normal
- f) Tidak menggigil
- g) Suhu tubuh dalam rentang normal
- h) Tidak ada keluhan lelah
- i) Frekuensi nadi dalam rentang normal
- j) Saturasi oksigen dalam rentang normal

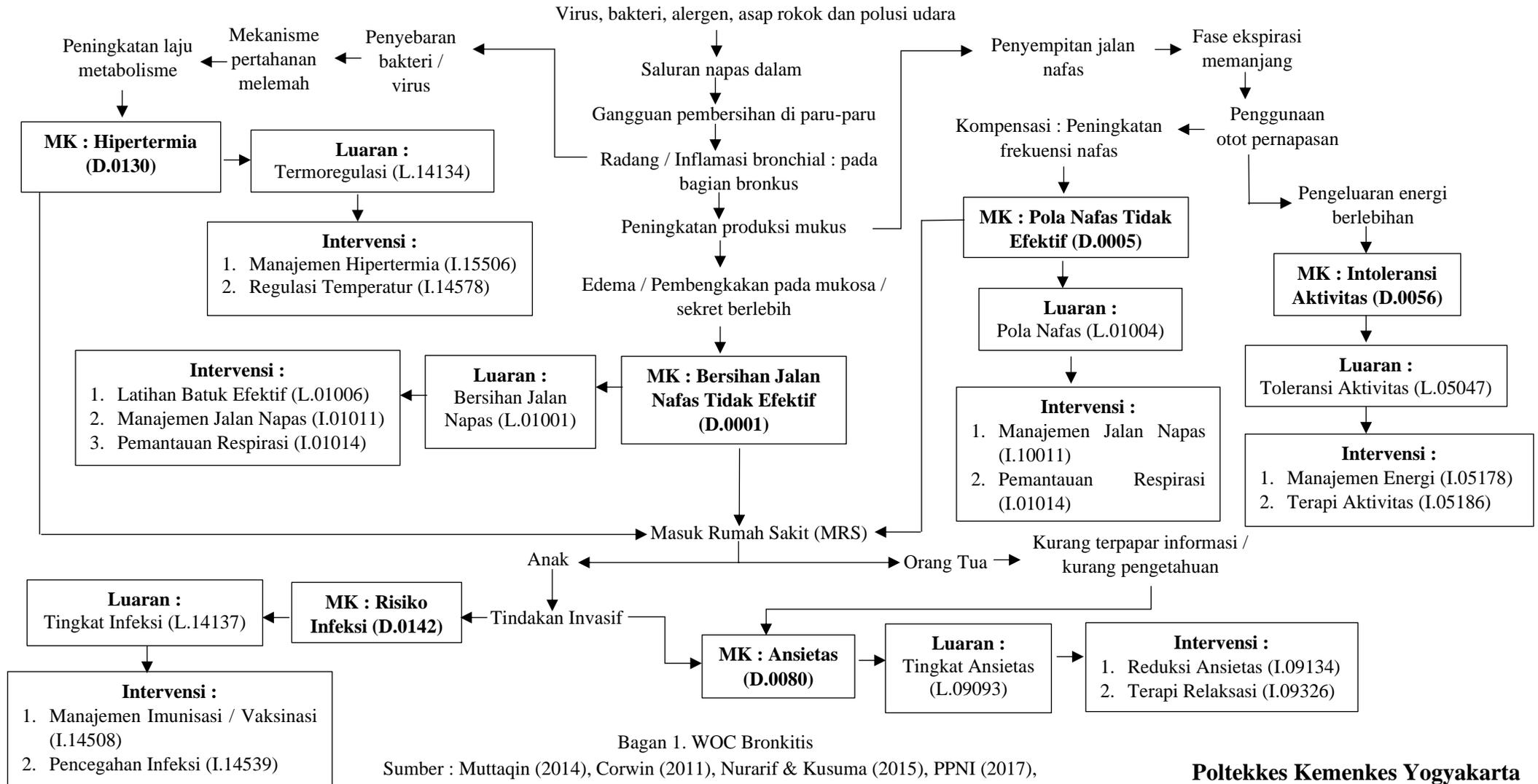
Menurut Dinarti dan Mulyanti (2017), evaluasi keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, *assessment*, *planning*), adapun komponen SOAP yaitu :

- a) *S (Subjektif)* dimana perawat menemui keluhan yang masih dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b) *O (Objektif)*, adalah data yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien setelah tindakan keperawatan.
- c) *A (Assessment)* adalah kesimpulan dari data subjektif dan objektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). Ketika menentukan apakah tujuan telah dicapai, perawat dapat menarik satu dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu :
  - 1) Tujuan tercapai, yaitu respons klien sama dengan hasil yang diharapkan
  - 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai.
  - 3) Tujuan tidak tercapai

- d) P (*Planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

**C. Web of Causation (WOC)**

Brokhitis merupakan salah satu penyakit infeksi pada saluran pernapasan yang menyerang bronkus dan trakea. Gejala utama dan dominan pada bronkitis adalah batuk.



Bagan 1. WOC Bronkitis

Sumber : Muttaqin (2014), Corwin (2011), Nurarif & Kusuma (2015), PPNI (2017), PPNI (2018)