

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANGAN KASTURI
RSUD dr. RASIDIN PADANG**



**SILVI YULIANI
223110273**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DIRUANGAN KASTURI
RSUD dr. RASIDIN PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**SILVI YULIANI
223110273**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2025**

STANDARD PROXYING

Standard Proxying is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet. It is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet.

Standard Proxying is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet. It is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet.

Standard Proxying is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet. It is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet.

Standard Proxying is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet. It is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet.

Standard Proxying is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet. It is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet.

Standard Proxying is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet. It is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet.

Standard Proxying is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet. It is a process of creating a proxy server that can be used to access the Internet.

BALAN ON VOUCHER

RECEIPTS IN HAND

FOR CREDIT TO THE ACCOUNTS OF THE
RECEIPTS IN HAND OF THE ACCOUNTS OFFICE
PAID TO
HONORARY

NAME: (NAME OF THE)

DATE: (DATE)

For the purpose of the Receipts in Hand

Page number: (Page number)

RECEIPTS IN HAND

Name: (NAME OF THE)
Address: (ADDRESS OF THE)
N.P. (NAME OF THE)

Name: (NAME OF THE)
Address: (ADDRESS OF THE)
N.P. (NAME OF THE)

Name: (NAME OF THE)
Address: (ADDRESS OF THE)
N.P. (NAME OF THE)

Name: (NAME OF THE)
Address: (ADDRESS OF THE)
N.P. (NAME OF THE)

Date: (DATE)

For the purpose of the Receipts in Hand

(Signature)
Name: (NAME OF THE)
Address: (ADDRESS OF THE)
N.P. (NAME OF THE)

FOR THE PRESIDENT OF THE UNITED STATES

James M. Smith, Secretary of the Board of Education, Washington, D.C.

Dear Sir:

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 10th inst.

and in reply to inform you that the same has been forwarded to the proper authorities.

I am, Sir, very respectfully,
 Yours very truly,
 J. M. Smith

Enclosed for you are two copies of the report of the Board of Education.

Only

One

copy

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

the

original

is

being

retained

in

the

files

of

the

Board

of

Education

and

the

Department

of

the

Interior

is

being

sent

to

you

by

mail

this

day

and

PENGALAMAN TERAKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap	Adi Pratomo
NIK	3303110711
Tanggal Kelahiran	12 Mei 1981
Jenis Kelamin	Laki-laki
Agama	Islam
Pendidikan Terakhir	S1 Teknik Sipil
Tempat dan Tanggal Kelahiran	Desa Sukorejo, Kecamatan Sukorejo, Kabupaten Jember, 12 Mei 1981
Alamat Sekarang	Jl. ... No. ... Kota ...

Menyatakan bahwa saya telah melakukan kegiatan sebagai ...
 ...
 ...
 ...
 ...

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Halaman ini diberikan kepada ...

Tanggal ...



3303110711

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Silvi Yuliani
Nim : 223110273
Tempat/ Tanggal Lahir : Sungai Nanam/ 20 Maret 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Sungai Nanam, Jorong Parak Tabu, Kecamatan
Lembah Gumanti, Sumatra Barat
Nama Orang Tua
Ayah : Anis Mardi (Alm)
Ibu : Misra Yenti

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Cendekia	2009-2010
2.	SD	SDN 28 Sungai Nanam	2010-2016
3.	SMP	SMPN 02 Lembah Gumanti	2016-2019
4.	SMA	SMAN 03 Kota Solok	2019-2022
5.	D-III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025

**JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, 2 Juni 2025
Silvi Yuliani**

**Asuhan Keperawatan pada anak dengan Bronkopneumonia di Ruang
Kasturi RSUD DR. Rasidin Padang**

Isi : xv + 4 gambar + 1 tabel + 11 lampiran

ABSTRAK

Bronkopneumonia merupakan peradangan paru yang menyebabkan terjadi infiltrasi pada paru sehingga dapat membuat henti napas. Penyakit ini menyebabkan kematian pada anak yang berusia dibawah 5 tahun sebanyak 30%-45% per 1000 kematian anak di dunia. Pada tahun 2024, terdapat 69 kasus Bronkopneumonia yang dirawat di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang pada tahun 2025.

Jenis penelitian deskriptif dengan desain studi kasus, Penelitian dilaksanakan dari bulan Desember 2024 hingga Juni 2025. Penelitian ini melibatkan satu orang responden sebagai sampel. Instrumen yang digunakan meliputi format pengkajian keperawatan anak serta alat pemeriksaan fisik. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pengukuran, dan studi dokumentasi. Data yang diperoleh dianalisis secara naratif dan dibandingkan dengan teori dan jurnal keperawatan sesuai tahapan proses keperawatan.

Hasil penelitian pada An. I berumur 11 bulan ditemukan sesak nafas, batuk berdahak, demam, gelisah, sianosis, mata cekung, dan cubitan kulit perut kembali lambat. Masalah keperawatan yang diidentifikasi meliputi bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, hipertermia, dan risiko ketidakseimbangan cairan. Intervensi untuk masalah utama yaitu manajemen jalan nafas dan fisioterapi dada. Implementasi yang dilakukan pemantauan respirasi, dan fisioterapi dada. Evaluasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi pada hari ke 5 didapatkan kriteria hasil batuk anak sudah berkurang, frekuensi napas membaik, dan tidak ada terdengar suara ronkhi.

Diharapkan kepada tenaga kesehatan di ruangan anak RSUD dr. Rasidin Padang terus melakukan evaluasi dan optimalisasi pelaksanaan fisioterapi dada dalam mengatasi masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada anak.

**Kata Kunci : Bronkopneumonia, Anak, Asuhan keperawatan
Daftar Pustaka : 42 (2015- 2024)**

KATA PENGANTAR

Puji syukur panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia Di Ruang RSUD dr. Rasidin Padang”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Karya Tulis Ilmiah ini terujud atas bimbingan dan pengarahan dari **Ibu Dr. Hj. Metri Lidya, SKp. M. Biomed** selaku pembimbing utama dan **Ibu Hj. Tisnawati, S. SiT, M. Kes** selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
2. Bapak Tasman, S.KP, M.Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes RI Padang
3. Ibu Ns. Yessi Fadrianti, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes RI Padang
4. Ibu dr. Desy Susanty, M. Kes selaku Direktur Rumah Sakit beserta staf RSUD dr. Rasidin Padang yang telah mengizinkan penulis untuk pengambilan data
5. Ibu Ns. Verra Widhi Astuti, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang banyak membantu selama perkuliahan
6. Bapak dan Ibu Dosen serta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di jurusan Keperawatan Kemenkkes Poltekkes Padang
7. Ibunda tercinta, ibu Misra Yenti yang dengan ketegaran dan kasih sayangnya membesarkanku seorang diri, menjadi ibu sekaligus ayah sejak kepergian almarhum ayah (Anis Mardi), selalu mendukung dengan tenaga, pikiran, semangat, dan menjadi pilar kekuatan selama proses pendidikan

ini. Terimakasih atas semua perjuangan dan doa yang tak pernah putus agar aku bisa menyelesaikan pembuatan proposal penelitian ini, sehingga dapat selesai dengan baik.

8. Ucapan terimakasih juga aku sampaikan kepada dua udaku Boynihardi, dan Rama Junedi, serta adikku Putra Asmi Rahul yang selalu memberikan dukungan dan semangat selama aku menempuh pendidikan.
9. Sahabat spesial Arifullah Imam Mukhtar dan teman-teman yang telah banyak membantu dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata peneliti berharap berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 17 Juni 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORINALITAS	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Kasus Bronkopneumonia Pada Anak	9
1. Pengertian	9
2. Anatomi Dan Fisiologi Sistem Pernafasan.....	9
3. Etiologi	13
4. Klasifikasi.....	14
5. Patofisiologi.....	17
6. WOC Bronkopneumonia	19
7. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologi	20
8. Pemeriksaan Diagnostik	20
9. Penatalaksanaan.....	21

10.	Komplikasi.....	25
11.	Pencegahan	26
B.	Asuhan Keperawatan Teoritis Bronkopneumonia	27
1.	Pengkajian	27
2.	Kemungkinan diagnosis keperawatan	32
3.	Rencana keperawatan	33
4.	Implementasi keperawatan	39
5.	Evaluasi keperawatan	39
BAB III	METODE PENELITIAN	41
A.	Jenis dan Desain Penelitian.....	41
B.	Tempat Dan Waktu Pelaksanaan	41
C.	Populasi Dan Sampel	41
D.	Alat dan Instrumen Pengumpulan Data	43
E.	Jenis Data	44
F.	Teknik Pengumpulan Data.....	45
G.	Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	46
H.	Analisa Data	47
BAB IV	DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS	49
A.	Deskripsi Kasus	49
1.	Pengkajian Keperawatan	49
2.	Diagnosa Keperawatan.....	52
3.	Rencana Keperawatan	53
4.	Implementasi Keperawatan	55
5.	Evaluasi Keperawatan	57
B.	Pembahasan	59
1.	Pengkajian Keperawatan	59
2.	Diagnosis Keperawatan	68
3.	Rencana Keperawatan	74
4.	Implementasi Keperawatan	79
5.	Evaluasi Keperawatan	85

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	90
A. Kesimpulan	90
B. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bronkopneumonia.....	9
Gambar 2.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pernafasan.....	13
Gambar 2.3 WOC Bronkopneumonia.....	19
Gambar 2.4 Fisioterapi Pada Bayi dan Anak.....	24

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan.....	33
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Ganchart Penelitian

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 4 Surat Izin Data Survey Awal Dari Kemenkes Poltekkes Padang

Lampiran 5 Surat Izin Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu
Pintu (DPMPTSP)

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari RSUD dr. Rasidin Padang

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Kemenkes Poltekkkes Padang

Lampiran 8 Surat Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)

Lampiran 9 Format Asuhan Keperawatan Anak

Lampiran 10 Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 11 Surat Keterangan Selesai Penelitian dari RSUD dr. Rasidin Padang

Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bronkopneumonia merupakan peradangan pada saluran pernapasan yang melibatkan bronkus hingga alveolus di paru-paru. Bronkopneumonia ini lanjutan dari penyakit pneumonia yang disebut pneumonia lobaris. Bronkopneumonia (pneumonia lobaris) adalah suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang melibatkan bronkus/bronkiolus yang berupa distribusi berbentuk bercak-bercak (patchy distribution) yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing.¹ Bisa juga ditimbulkan oleh beberapa faktor pendukung berupa dengan bayi berat badan lahir rendah, tidak mendapatkan asi yang memadai, bayi dengan gizi yang buruk, dan anak yang terpapar polusi udara berupa asap rokok. Bronkopneumonia paling sering terjadi pada anak-anak dan menjadi penyebab utama kematian pada anak-anak di bawah usia 5 tahun.²

Prevalensi bronkopneumonia di negara berkembang berkisar antara 30%-45% per 1000 anak berusia di bawah 5 tahun, 16%-22% per 1000 anak usia 5-9 tahun, dan 7%-16% per 1000 anak yang berusia di atas 9 tahun.³ Pneumonia masih menjadi penyebab morbiditas dan mortalitas utama karena infeksi pada bayi dan anak di dunia. Pada tahun 2019, kasus pneumonia menyumbang 740.180 (14%) kasus kematian anak usia di bawah 5 tahun, Sekitar 2.200 anak meninggal setiap hari akibat pneumonia.⁴

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2023 menyampaikan adanya peningkatan kasus penyakit pernapasan pada anak-anak di wilayah utara Tiongkok. Berdasarkan sistem pemantauan penyakit pernapasan di negara tersebut, sejak Mei 2023 tercatat peningkatan kunjungan rawat jalan dan

rawat inap anak-anak di rumah sakit akibat pneumonia yang disebabkan oleh *Mycoplasma pneumoniae*, serta sejak Oktober 2023 peningkatan kasus akibat virus pernapasan syncytial, adenovirus, dan influenza.⁵

Tren cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita selama sebelas tahun terakhir menunjukkan pola yang fluktuatif. Cakupan tertinggi tercatat pada tahun 2016, yaitu sebesar 65,3%. Sejak tahun 2015, terjadi perubahan angka perkiraan kasus dari 10% menjadi 3,55%, yang menyebabkan cakupan tahun tersebut menjadi tinggi. Penurunan signifikan terlihat selama periode 2020-2022 dibandingkan dengan lima tahun sebelumnya. Pada tahun 2023, cakupan penemuan pneumonia pada balita di Indonesia kembali turun menjadi 36,95%. Provinsi dengan cakupan tertinggi adalah Papua Barat (75%), DKI Jakarta (72,4%), dan Bali (71,6%), sementara di Sumatra Barat cakupannya menurun menjadi 29,9%. Angka kematian akibat pneumonia pada balita sebesar 0,13%, dengan tingkat kematian pada bayi hampir tiga kali lebih tinggi dibandingkan anak usia 1–4 tahun.⁶

Jumlah Balita di Kota Padang tahun 2021 sebanyak 77.624 orang dengan kunjungan balita batuk atau kesukaran bernafas sebanyak 16.151 orang, semuanya diberikan tatalaksana standar (100%). Prevalensi pneumonia pada balita adalah 3,91% dari jumlah balita, sementara penderita pneumonia yang ditemukan sebanyak 2.148 kasus (70,8%) dari perkiraan kasus 3.035. Jika dilihat berdasarkan gender, maka balita laki-laki lebih banyak menderita Pneumonia (1.247 orang) dibandingkan balita perempuan (901 orang). Kasus Pneumonia yang ditemukan dan ditangani beberapa tahun terakhir mengalami peningkatan, namun tahun 2020 dan 2021 ini mengalami penurunan yang cukup signifikan.⁷

Data RSUP Dr. M. Djamil Padang, mencatat 10 besar penyakit terbanyak diruangan rawat inap pada tahun 2020, salah satunya bronkopneumonia pada urutan ke 9 sebanyak 620 kasus.⁸

Beberapa dampak bronkopneumonia yaitu peradangan pada bronkiolus dan jaringan paru-paru yang ditandai dengan gejalanya, yaitu sesak napas, batuk atau pilek, serta demam. Selain itu, terdapat ronki dan wheezing pada paru-paru jika inflamasi sudah melibatkan bronkiolus. Komplikasi jangka panjang dapat terjadi perburukan status gizi pada anak dengan bronkopneumonia.⁹ Sedangkan komplikasi dari bronkopneumonia yaitu Atektasis, Empisema, Otitis Media Akut, Meningitis, Infeksi akut, Abses Paru, dan Endokarditis.¹⁰

Berdasarkan penelitian (Desi) dengan judul “Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Pneumonia pada Balita,” ditemukan bahwa 76,5% balita dengan status gizi buruk mengalami pneumonia, sementara 100% balita dengan status gizi kurang juga mengalami pneumonia. Sebaliknya, hanya 10% balita dengan status gizi baik yang terkena pneumonia, menunjukkan adanya hubungan signifikan antara status gizi dan kejadian pneumonia pada balita.¹¹

Berdasarkan hasil analisis data ditemukan bahwa gejala yang timbul pada anak dengan bronkopneumonia sering kali dimulai dengan infeksi saluran pernapasan atas, yang ditandai dengan hidung tersumbat, peningkatan rewel, dan penurunan nafsu makan. Setelah beberapa hari, gejala ini berkembang menjadi demam mendadak yang bisa mencapai 39°C atau lebih, diikuti dengan kecemasan dan kesulitan bernapas yang terlihat dari dispnea, pernapasan cepat dan dangkal, serta penggunaan otot-otot tambahan untuk bernapas, disertai sianosis di sekitar hidung dan mulut. Pada tahap awal penyakit, batuk biasanya tidak muncul, anak akan mulai

batuk setelah beberapa hari, awalnya berupa batuk kering yang kemudian berkembang menjadi batuk produktif.¹²

Teridentifikasi beberapa faktor terkait dengan kejadian bronkopneumonia meliputi usia, jenis kelamin, bayi dengan berat badan lahir rendah, anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif, bayi dengan gizi yang buruk serta imunisasi yang tidak lengkap, dan anak yang terpapar polusi udara berupa asap rokok dan asap kendaraan.¹³

Penelitian yang dilakukan oleh Nurandani pada tahun 2023 diagnosa yang di ambil pada anak dengan bronkopneumonia yaitu Diagnosa prioritas Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas, Diagnosa Keperawatan kedua Risiko infeksi b.d supresi respon inflamasi dan Diagnosa Keperawatan ketiga Risiko defisit nutrisi b.d keenganan untuk makan. Intervensi yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu memonitor TTV dan pola nafas, memonitor adanya retensi sputum, memonitor bunyi nafas tambahan, memonitor sputum mulai dari jumlah, warna dan konsistensi, memberikan posisi semi fowler, memberikan air hangat, mengajarkan batuk efektif, serta melakukan kolaborasi dalam pemberian terapi. Terapi yang didapatkan pasien adalah terapi nebulizer ventolin + pulmicort 1 resp, serta terapi obat peroral yaitu puyer batuk 3x1, puyer radang 3x1, dan cetirizine 2x5ml. Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada anak dengan bronkopneumonia yaitu semua masalah teratasi dengan keadaan yang semakin membaik dari hari ke hari yang ditandai dengan keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital dalam batas normal seperti RR: 20x/mnt, SPO2: 98%, Suhu: 36°C, Nadi: 98x/mnt, jalan nafas membaik, tingkat infeksi menurun dan status nutrisi membaik.¹⁴

Penelitian yang dilakukan oleh Iga Dewi Purnawati & Indria Rifka Fajri tahun 2020 diagnosa yang di ambil pada anak dengan bronkopneumonia

yaitu dengan diagnosa prioritas bersihan jalan napas tidak efektif, diagnosa keperawatan kedua hipovolemik, diagnosa keperawatan ketiga defisit nutrisi, diagnosa keperawatan ke empat risiko infeksi dan diagnosa keperawatan kelima ansietas pada anak dan orang tua. Perencanaan keperawatan prioritas pada masalah bersihan jalan napas dan implementasi untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas seperti monitoring TTV, pemantauan irama, kedalaman pernapasan serta pemberian terapi untuk mengencerkan sputum telah dilakukan pada kasus. Evaluasi pada kasus semua masalah dapat teratasi.¹⁵

Bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak bertujuan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Tugas utama perawat anak adalah memberikan asuhan keperawatan kepada anak dan keluarga sekaligus bertindak sebagai edukator, konselor, sebagai pembuat keputusan etik, dan koordinator atau kolaborator. Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anaknya.¹⁶

Proses peradangan dari proses penyakit bronkopneumonia menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul beberapa masalah, dan salah satunya adalah bersihan jalan napas tidak efektif. Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Masalah bersihan jalan nafas ini jika tidak ditangani secara cepat maka bisa menimbulkan masalah yang lebih berat seperti pasien akan mengalami sesak yang hebat bahkan bisa menimbulkan kematian.¹⁷

Salah satu tindakan yang dapat dilakukan perawat pada pasien bronkopneumonia dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak

efektif dapat dilakukan secara farmakologi maupun nonfarmakologi. Intervensi secara farmakologi dilakukan dengan terapi oksigen, pemberian obat, dan prosedur tindakan medis. Intervensi ini berfungsi untuk membunuh atau menghambat perkembangan virus dan bakteri yang menjadi penyebab bronkopneumonia. Sedangkan pada intervensi secara nonfarmakologi salah satunya dilakukan latihan fisioterapi dada. Latihan fisioterapi dada mencakup postural drainage, perkusi (clapping), vibrasi (getaran), dan batuk efektif. Batuk efektif tidak bisa menjadi pilihan untuk bayi, karena bayi belum bisa mengikuti instruksi, sehingga intervensi batuk efektif lebih tepat di implementasikan pada anak ataupun orang dewasa yang sudah bisa mengikuti instruksi. Selain itu, fisioterapi dada tidak harus dilakukan oleh perawat ataupun tenaga kesehatan saja, akan tetapi bisa juga dilakukan oleh orang tua dan keluarga dengan diberikan edukasi terkait teknik dan cara melakukan fisioterapi dada dan kontraindikasi terkait kondisi yang tidak boleh dilakukan fisioterapi dada. Hasil dari kajian menunjukan setelah dilakukan latihan fisioterapi dada, maka didapatkan hasil terdapat penurunan frekuensi nafas, ronchi berkurang dan SpO2 mengalami peningkatan.¹³

Survei awal yang dilakukan pada tanggal 16 Desember 2024 di Ruang Anak dr. Rasidin kota Padang ditemukan pada bulan Januari sampai pertengahan Desember 2024 anak dengan bronkopneumonia sebanyak 69 orang. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruangan, terdapat 1 anak berjenis kelamin perempuan berusia 2 tahun 8 bulan yang dirawat dengan bronkopneumonia. Peneliti menemukan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, penetapan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Perawat melakukan pengkajian berdasarkan format pengkajian keperawatan anak, keluhan yang dialami oleh anak yaitu batuk kering, dimana anak tampak susah dalam mengeluarkan sekret di jalan nafasnya sehingga anak sesak nafas, sehingga masalah keperawatan yang utama yaitu bersihan jalan nafas tidak

efektif, dari buku status pasien juga ditemukan pasien mengalami gizi kurang dengan berat badan 8 kg. Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan pasien seperti memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, terapi kolaborasi oksigenasi dan farmakologi serta memantau pernafasan pasien, memonitor sputum, dan melakukan fisioterapi dada. Selain menjaga kelancaran jalan nafas pasien, kebutuhan istirahat, nutrisi dan cairan pasien juga di penuhi (pasien terpasang infus RL).

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti melakukan penelitian mengenai asuhan keperawatan anak dengan kasus Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2025.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah yang diteliti oleh peneliti adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kasus Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang Pada Tahun 2025?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada anak dengan kasus penyakit Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang pada tahun 2025.
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada anak dengan kasus penyakit Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang tahun 2025.

- c. Mampu mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada anak dengan kasus penyakit Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang tahun 2025.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada anak dengan kasus penyakit Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang tahun 2025.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada anak dengan penyakit Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikasi

a. Bagi Peneliti

Dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan anak dengan kasus Bronkopneumonia di RSUD dr. Rasidin Padang tahun 2025.

b. Bagi Instuti Pendidikan

Dapat memberikan sumbangan pikiran dan digunakan sebagai referensi untuk pengembangan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan anak dengan kasus Bronkopneumonia.

c. Tempat penelitian

Dapat menjadi tambahan pengetahuan dan perbandingan tindakan asuhan keperawatan anak dengan kasus Bronkopneumonia.

2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kasus Bronkopneumonia Pada Anak

1. Pengertian

Bronkopneumonia adalah peradangan akut yang terjadi pada bronkiolus respiratorius. Peradangan ini melibatkan lobus paru, bronkus, atau bronkiolus, dengan pola penyebaran yang berbentuk bercak-bercak (patchy distribution). Pneumonia sendiri didefinisikan sebagai peradangan akut pada parenkim paru, khususnya di area lobus bawah dan alveoli. Kondisi ini dapat menyebabkan konsolidasi jaringan paru serta gangguan dalam proses pertukaran gas di parenkim paru.¹⁰



Gambar 2.1 Bronkopneumonia, Sumber : ¹⁸

2. Anatomi Dan Fisiologi Sistem Pernafasan

a. Anatomi

Menurut (Mediarti et al., 2022) anatomi sistem pernafasan terdiri dari :

- 1) Hidung merupakan organ utama pada saluran pernapasan yang berhubungan langsung dengan lingkungan luar. Fungsinya meliputi sebagai jalur masuk dan keluar udara, menjaga serta menghangatkan udara yang masuk, menyaring partikel asing, mendukung resonansi suara, dan menjadi lokasi reseptor penciuman (olfaktorius).

- 2) Faring adalah saluran berbentuk tabung yang berada di belakang mulut dan rongga hidung, menghubungkan keduanya dengan trakea. Faring juga menjadi persimpangan antara saluran pernapasan dan saluran pencernaan. Fungsinya adalah mengalirkan udara dari hidung dan mulut menuju trakea.
- 3) Laring (pangkal tenggorokan) merupakan saluran pernapasan yang berada dibawah persimpangan faring, tempat saluran tersebut bercabang menjadi trakea dan kerongkongan. Laring berfungsi sebagai jalur masuk udara dan penghasil suara, sehingga sering disebut kotak suara. Struktur ini terdiri dari epiglotis, yaitu katup berbentuk daun dari tulang rawan yang menutup saluran menuju laring saat menelan, dan glotis, yaitu celah antara pita suara di dalam laring. Ketika bernapas, udara yang melewati pita suara menyebabkan getaran, yang kemudian menghasilkan suara untuk berbicara.
- 4) Trakea merupakan saluran berbentuk tabung yang menghubungkan laring dengan bagian atas paru-paru, dengpanjang sekitar 10-12 cm, terletak pada ketinggian servikal 6 hingga torakal 5. Di ujungnya, trakea bercabang menjadi dua bronkus yang dikenal sebagai karina. Peran utama trakea dalam sistem pernapasan adalah sebagai jalur untuk mengalirkan udara ke dan dari paru-paru.
- 5) Bronkus merupakan cabang dari trakea yang terbagi menjadi dua, masing-masing menuju paru-paru kanan dan kiri. Bronkus kanan lebih pendek dan memiliki diameter yang lebih besar, sementara bronkus kiri lebih horizontal, lebih panjang, dan lebih sempit. Bronkus terbagi lagi menjadi bronkus lobaris kanan yang terdiri dari 3 lobus dan bronkus lobaris kiri yang terdiri dari 2 lobus. Bronkus lobaris kanan terpecah menjadi 10 bronkus segmental, sedangkan bronkus lobaris kiri terbagi menjadi 9 bronkus segmental. Bronkus segmental ini kemudian

membelah lagi menjadi bronkus subsegmental yang dikelilingi oleh jaringan ikat yang mengandung arteri, saluran limfatik, dan saraf. Bronkus segmental akhirnya bercabang menjadi bronkiolus. Bronkiolus adalah cabang dari bronkus yang berfungsi menyalurkan udara ke alveoli, serta mengatur jumlah udara yang masuk dan keluar selama proses pernapasan.

- 6) Paru-paru berfungsi untuk menggantikan oksigen dari udara dengan karbon dioksida yang ada dalam darah. Jika fungsi paru-paru terganggu, kesehatan tubuh secara keseluruhan dapat terpengaruh. Paru-paru kanan dan kiri memiliki perbedaan. Paru-paru kiri pada orang dewasa biasanya memiliki berat antara 325-550 gram, sementara paru-paru kanan lebih berat, sekitar 375-600 gram. Paru-paru kanan terdiri dari tiga lobus, sedangkan paru-paru kiri hanya memiliki dua lobus.
- 7) Alveolus merupakan bagian terkecil dari paru-paru yang terdiri dari kantung alveolus yang terletak di ujung bronkiolus. Paru-paru menghasilkan campuran lemak dan protein yang dikenal sebagai surfaktan paru-paru, yang melapisi permukaan alveoli, memudahkan proses mengembang dan mengempis saat bernapas. Alveoli berfungsi sebagai tempat pertukaran oksigen dan karbon dioksida. Oksigen dari udara yang dibawa oleh bronkiolus diserap oleh alveoli dan disalurkan ke dalam darah, sementara karbon dioksida, yang merupakan limbah metabolik dari sel-sel tubuh, dipindahkan dari darah ke alveoli untuk dikeluarkan. Pertukaran gas ini terjadi melalui dinding alveoli dan kapiler yang sangat tipis. Tubuh mengalir dari darah ke alveoli untuk diembuskan keluar. Pertukaran gas ini terjadi melalui dinding alveoli dan kapiler yang sangat tipis.

b. Fisiologi

Paru-paru berfungsi sebagai organ pertukaran gas, yakni oksigen (O_2) dan karbon dioksida (CO_2). Pada proses pernapasan eksternal,

oksigen masuk melalui hidung atau mulut, kemudian melewati trakea, bronkus, hingga alveoli. Di alveoli, oksigen berikatan dengan darah dalam kapiler pulmonalis melalui membran tipis yang disebut membran alveoli-kapiler. Oksigen menembus membran ini, diikat oleh hemoglobin dalam sel darah merah, lalu dibawa ke jantung untuk dipompa melalui arteri ke seluruh tubuh.

Darah yang keluar dari paru-paru memiliki tekanan oksigen sebesar 100 mmHg, dengan tingkat kejenuhan hemoglobin sekitar 95%. Sementara itu, karbon dioksida sebagai hasil metabolisme dilepaskan dari kapiler darah ke alveoli, lalu dikeluarkan melalui trakea dan mulut atau hidung. Proses ini diatur sedemikian rupa sehingga keseimbangan kadar oksigen dan karbon dioksida dalam darah tetap terjaga.

Saat melakukan aktivitas fisik seperti berlari, darah yang datang ke paru-paru membawa lebih banyak CO_2 dan sedikit O_2 . Jika CO_2 tidak tereliminasi dengan baik, konsentrasinya dalam darah arteri meningkat, yang kemudian merangsang pusat pernapasan di otak untuk meningkatkan frekuensi dan kedalaman napas. Peningkatan ventilasi ini membantu mengeluarkan CO_2 berlebih dan mengambil lebih banyak O_2 .

Pada pernapasan internal, darah yang membawa oksigen (dalam bentuk oksihemoglobin) disalurkan ke seluruh tubuh melalui kapiler. Di tingkat jaringan, oksigen dilepaskan dari hemoglobin untuk digunakan oleh sel, sementara karbon dioksida diambil dari sel untuk dibawa kembali ke paru-paru.¹⁹

- 4) Imunisasi yang tidak lengkap
- 5) Polusi udara
- 6) Kepadatan tempat tinggal.¹³

Patogen yang menyebabkan kondisi pneumonia atau bronkopneumonia dapat sampai ke paru melalui:

- a. Droplet dari anak yang terinfeksi terhirup oleh anak lain saat batuk, bersin atau berbicara
- b. Aspirasi mikroorganisme penyebab pneumonia melalui alat medis
- c. Flora normal orofaring yang masuk ke saluran pernafasan akibat hygiene yang buruk
- d. Staphilococcus dan bakteri gram negatif disebarkan melalui pembuluh darah dari sistemik infeksi, sepsis, atau alat medis intravena yang terkontaminasi.

Mikroorganisme yang masuk pada anak yang sehat dapat dikeluarkan secara langsung lewat upaya pertahanan diri seperti reflek batuk, mukosiliaris klirens, dan fagositosis oleh makrofag alveolar. Sedangkan pada anak dengan kondisi imun yang menurun, invasi patogen kedalam saluran pernafasan dapat memperbanyak diri, melepaskan zat toksin yang bersifat merusak dan menstimulasi kondisi inflamasi dan respon imun, yang keduanya mempunyai efek samping toksik. Reaksi antigen- antibodi dan endotoksin menyebabkan kerusakan membrane mukosa bronchial dan inflamasi dinding kapiler alveolus dan pembengkakan sel-sel acini dan brokhioventilasi.¹⁰

4. Klasifikasi

Berdasarkan pedoman Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) pneumonia dapat di klasifikasikan secara sederhana berdasarkan gejala dan umur

- a. Umur 2 bulan- 5 tahun :

- 1) Pneumonia berat atau penyakit sangat berat, dengan gejala atau tanda :
 - a) Adanya tanda bahaya umum
 - b) Tarikan dinding dada ke dalam
 - c) Saturasi oksigen $\leq 92\%$ dicek dengan menggunakan alat oksimetri
 - d) Terdapat stridor (suara nafas bunyi “grok-grok” saat inspirasi)
 - 2) Pneumonia, gejala atau tanda apabila terdapat gejala nafas cepat. Batasa nafas cepat adalah :
 - a) Anak usia 2 bulan - < 12 bulan, apabila frekuensi nafas 50 kali atau lebih permenit
 - b) Anak usia 12 bulan - < 5 tahun, apabila frekuensi nafas 40 kali atau lebih permenit
 - 3) Batuk bukan pneumonia, apabila tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) dan tidak ada nafas cepat
 - a) Nafas lambat (< 30x/ menit)
- b. Umur < 2 bulan
- 1) Penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat, apabila gejala atau tanda :
 - a) Biru sekitar ar mulut saat bayi menangis/mengisap
 - b) Saturasi oksigen < 95% pada tangan kanan dan kaki kiri
 - c) Terdapat perbedaan saturasi oksigen > 3% antara tangan kanan dan kaki kiri
 - d) Napas cepat (≥ 60 kali/menit)
 - e) Napas lambat (< 40 kali/menit)
 - f) Merintih
 - g) Pernapasan cuping hidung
 - h) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
 - i) Lemah, tidak kuat bergerak/mengisap
 - j) Kejang atau gerakan spontan tidak terkendali

- k) Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$
- l) Suhu tubuh $< 36,5^{\circ}\text{C}$
- m) Tidak buang air besar 48 jam setelah lahir
- n) Muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau
- o) Perut kembung dan sulit bernapas
- p) Tidak didapatkan lubang anus, atau kotoran keluar dari lubang tidak normal di sekitar anus
- q) Mata bernanah banyak
- r) Pusat bernanah
- s) Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut $> 1\text{ cm}$
- 2) Infeksi bakteri lokal, apabila gejala atau tanda :
 - a) Mata bernanah sedikit
 - b) Pusar kemerahan
 - c) Pustul di kulit
- 3) Mungkin bukan, apabila tidak terdapat salah satu gejala atau tanda diatas.²⁰

Menurut Wijayaningsih (2023) Gejala yang sering terlihat pada anak yang menderita penyakit Bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

- a. Biasanya didahului infeksi traktus respiratoris atas.
- b. Demam ($39^{\circ}\text{-}40^{\circ}\text{C}$) kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi.
- c. Anak sangat gelisah, dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk, yang dicetuskan oleh bernafas dan batuk.
- d. Pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut.
- e. Kadang-kadang disertai muntah dan diare.
- f. Adanya bunyi tambahan pernafasan seperti ronchi, whezing.
- g. Rasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia apabila infeksiusnya serius.

- h. Ventilasi mungkin berkurang akibat penimbunan mokus yang menyebabkan atelektasis absorpsi.¹³

5. Patofisiologi

Bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang biasanya disebabkan oleh virus penyebab bronkopneumonia yang masuk ke saluran pernapasan sehingga terjadi peradangan bronkus dan alveoli dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual. Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatu proses peradangan yang meliputi empat stadium, yaitu:

- a. Stadium I (4-12 jam pertama/kongesti)

Disebut hiperemia, mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi.

- b. Stadium II/hepatisasi (48 jam berikutnya)

Disebut hepatisasi merah, terjadi sewaktu alveoli terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (host) sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena menjadi padat oleh karena adanya penumpukan leukosit, eritrosit, dan cairan, sehingga warna paru menjadi merah dan pada perabaan seperti hepar, pada stadium ini udara alveoli tidak ada atau sangat minimal sehingga anak akan bertambah sesak, stadium ini berlangsung sangat singkat, yaitu selama 48 jam.

- c. Stadium III/hepatisasi kelabu (3-8 hari)

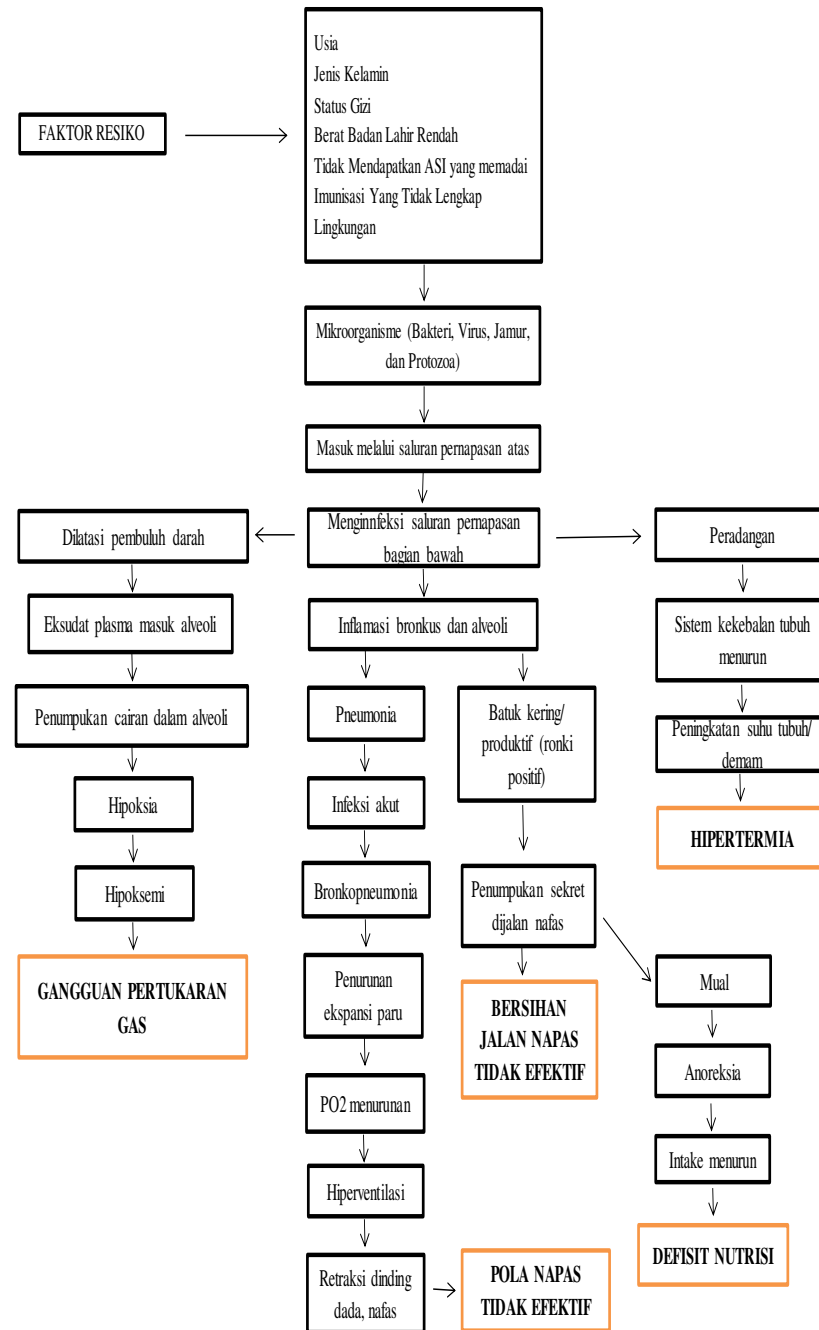
Disebut hepatisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah Putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi di seluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai

diabsorpsi, lobus masih tetap padat karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti.

d. Stadium IV/resolusi (7-11 hari)

Disebut juga stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula. Inflamasi pada bronkus ditandai adanya penumpukan sekret, sehingga terjadi demam, batuk produktif, ronchi positif dan mual.¹³

6. WOC Bronkopneumonia



Gambar 2.3 WOC Anak Dengan Bronkopneumonia, Sumber : ^{17 13}

7. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologi

a. Sistem pernapasan

Terdapatnya bakteri yang menyebabkan peradangan pada bronkus yang mengakibatkan penumpukan sekret yang menghambat jalan nafas. Tanda dan gejala yang timbul Pernafasan cepat dan dangkal, pernafasan cuping hidung. terdapatnya bunyi nafas tambahan pada paru yaitu ronchi, weezing

b. Sistem pencernaan

Terdapat mual dan muntah disertai diare yang mengakibatkan kekurangan cairan yang hebat.

c. Sistem saraf pusat

Terjadinya penurunan suplai O₂ dalam darah ke otak yang ditandai dengan sianosis, nafas cuping hidung, retraksi dinding dada, yang menyebabkan terjadinya hipoksia serta mengalami penurunan kesadaran

d. Sistem termoregulasi

Bakteri yang telah menyebar dan menyebabkan peradangan menginfeksi sistem kekebalan tubuh, sehingga terjadinya peningkatan suhu tubuh yang tinggi (yang akan menyebabkan kejang).¹³

8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik penyakit Bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

a. Foto thoraks

Ditemukan penyebaran bercak konsolidasi pada satu atau beberapa lobus.

b. Laboratorium

Kadar Leukositosis mencapai 15.000-40.000 mm³ dengan pergeseran ke kiri.

c. GDA

Kemungkinan tidak normal, tergantung luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.

d. Analisa gas darah arteri menunjukkan asidosis metabolik dengan atau tidak ada retensi CO₂.

e. LED meningkat

WBC (white blood cell) biasanya kurang dari 20.000 cells mm³.

f. Elektrolit natrium dan klorida mungkin rendah.

g. Bilirubin kemungkinan meningkat.

Aspirasi perkutan/biopsi jaringan paru terbuka menunjukkan intranuklear tipikal dan keterlibatan sistoplasmik.²¹

9. Penatalaksanaan

Berdasarkan pedoman Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

a. Umur 2 bulan- 5 tahun :

1) Pneumonia berat atau penyakit sangat berat

- a) Beri oksigen 1-4 L/menit dengan menggunakan nasal prongs
- b) Beri dosis pertama antibiotik yang sesuai
- c) Obati wheezing bila ada
- d) Rujuk segera

2) Pneumonia

- a) Beri amoksisilin 2x sehari selama 3 hari atau 5 hari
- b) Beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman
- c) Obati wheezing bila ada
- d) Apabila batuk \geq 2 minggu, RUJUK untuk pemeriksaan TB dan sebab lain
- e) Kunjungan ulang 2 hari · Nasihati kapan harus kembali segera

3) Batuk bukan pneumonia

- a) Beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman
- b) Obati wheezing bila ada
- c) Apabila batuk ≥ 2 minggu, lacak kemungkinan TB
- d) Kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan
- e) Nasihati kapan harus kembali segera

b. Umur < 2 bulan

1) Penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat

- a) Pastikan jalan napas bebas, bayi memiliki usaha bernapas, dan sirkulasi terjaga
- b) Jika bayi kejang, hentikan dengan obat anti kejang
- c) Jika ada tanda sumbatan saluran cerna, lakukan dekompresi saluran cerna dengan memasang pipa orogastrik dengan ujung terbuka
- d) Jaga bayi tetap STABIL dengan
 - (1) Pasang infus Dekstrosa 10% sebanyak 60 ml/kgBB/24 jam dalam tetesan ml/jam
 - (2) Jaga tubuh tetap hangat
 - (3) Puasakan agar jalan napas bebas dan berikan oksigen 1 L/menit
- e) Jaga sirkulasi aliran darah
- f) Berikan dosis pertama antibiotik intramuskular
- g) Lakukan komunikasi dengan orang tua dan fasilitas rujukan lanjut
- h) Rujuk segera

2) Infeksi bakteri lokal

- a) Jika mata bernanah, beri salep mata antibiotik
- b) Jika pusar kemerahan, olesi dengan antiseptik
- c) Jika ada pustul di kulit, olesi dengan antiseptik
- d) Ajari cara mengobati infeksi bakteri lokal di rumah
- e) Lakukan asuhan dasar bayi muda

- f) Kunjungan ulang 2 hari
- g) Nasihati kapan harus kembali segera
- 3) Mungkin bukan infeksi
 - a) Lakukan asuhan dasar bayi muda
 - b) Nasihati kapan harus kembali segera.²⁰

Menurut (Wijayaningsih 2023) penatalaksanaan bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

a. Farmakologi

- 1) Pemberian antibiotik misalnya penisilin G, streptomisin, ampicillin, gentamisin
- 2) Pemilihan jenis antibiotik didasarkan atas umur, keadaan umum penderita, dan dugaan kuman penyebab:

Umur 3 bulan- 5 tahun, bila toksik disebabkan oleh streptokokus pneumonia, hemofilus influenza atau stafilokokus. Pada umumnya tidak diketahui penyebabnya, maka secara praktis dipakai: kombinasi penisilin prokain 50.000-100.000kl/kg/24 jam IM.

Anak-anak < 5 tahun, yang non toksik biasanya disebabkan oleh : streptokokus pneumonia o penisilin prokain IM atau o fenoksimetilpenisilin 25.000-50.000 KI/ 24 jam oral, 4 kali sehari o Eritromisin atau o kotrimoksazol 6/30 mg/kg/24 jam, oral 2 kali sehari. o oksigen 1-2 L/menit.

- 3) Pemberian obat Simptomatik
- 4) Bila terdapat obstruksi jalan napas, dan lendir diberikan bronkodilator

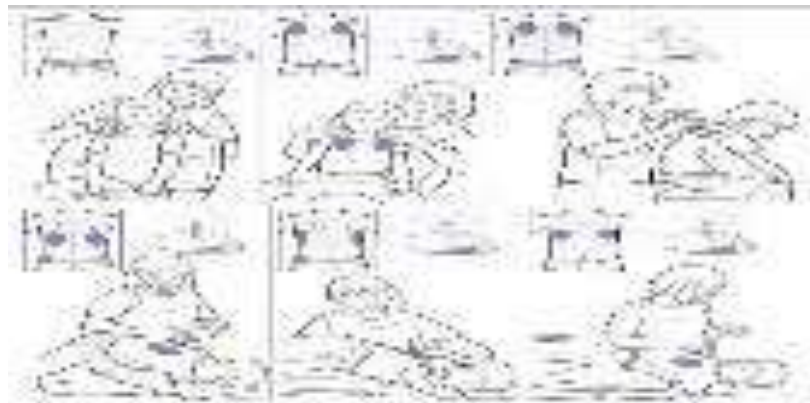
b. Non Farmakologi

- 1) Terapi oksigen dilakukan jika pasien mengalami pertukaran gas yang tidak adekuat
- 2) Uap (inhalasi uap) bertujuan untuk melembabkan saluran pernapasan dan melonggarkan lendir atau dahak yang ada

disalurkan napas. Uap ini dilakukan dengan memanaskan air hingga mendidih kemudian tuangkan air panas tersebut kedalam wadah, pastikan suhu air tidak terlalu panas agar tidak membakar kulit atau saluran pernapasan, lalu duduk dengan benar letakkan wajah yang ditutup handuk sekitar 30 cm di atas uap, tutup mata tarik napas dalam-dalam dan hirup uap secara perlahan.

- 3) Fisioterapi dada bertujuan untuk mengurangi secret yang menyumbat di jalan nafas pasien. Fisioterapi dada ini dilakukan dengan, dimulai memberi minum hangat pada anak dan lanjut dengan membaringkan anak dengan posisi postural drainage, kemudian menepuk punggung pasien menggunakan kedua tangan (membentuk seperti sungkup) secara bergantian untuk merangsang terjadinya batuk dan dilanjutkan dengan memberikan getaran pada area dada kiri dan kanan, sebelum dan sesudah masing-masing bagian menggunakan telapak tangan untuk menggetarkan 2 sampai 3 kali pada saat pasien menghembuskan nafas, tindakan ini dilakukan kurang lebih 3 sampai 5 menit.
- 4) Setelah dilakukan Tindakan anjurkan anak melakukan batuk efektif, dengan memberikan anak air hangat, dan lakukan tarik nafas dalam melalui hidung dan hembuskan melalui mulut, dilakukan selama tiga kali berturut-turut, dan yang hembusan ketiga kalinya atau terakhir batuk kan.¹³





Gambar 2.4 Fisioterapi Dada pada bayi dan anak, Sumber : ²²

10. Komplikasi

Komplikasi dari Bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

a. Gagal napas

Ketidakmampuan paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.

b. Atektasis

Atektasis adalah kondisi di mana paru-paru tidak berkembang secara optimal atau mengalami kolaps akibat kurangnya mobilisasi atau hilangnya refleks batuk.

c. Empisema

Empisema adalah kondisi penumpukan nanah dalam rongga pleura, baik di satu area tertentu maupun di seluruh rongga pleura.

d. Abses paru

Abses paru adalah akumulasi pus dalam jaringan paru yang mengalami peradangan.

e. Infeksi sistemik

Infeksi sistemik adalah infeksi yang menyebar ke seluruh tubuh.

f. Endokarditis

Endokarditis merupakan peradangan yang terjadi pada katup endokardial.

g. Meningitis

Meningitis adalah infeksi yang menyerang lapisan pelindung otak.¹³

11. Pencegahan

Pencegahan bronkopneumonia dapat dilakukan dengan menghindari kontak langsung dengan penderita atau segera mengobati penyakit-penyakit yang berpotensi menyebabkan bronkopneumonia. Selain itu, upaya pencegahan juga mencakup langkah-langkah untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit saluran pernapasan, seperti:

- a. Menjalani pola hidup sehat
- b. Mengonsumsi makanan bergizi secara teratur
- c. Menjaga kebersihan tubuh dan lingkungan
- d. Mencukupi kebutuhan istirahat

Semua bayi yang lahir sampai 1 tahun harus mendapatkan imunisasi lengkap, yang terbagi menjadi imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar meliputi :

- a. Satu dosis vaksin hepatitis B (HB-0) umur 24 jam
- b. Satu dosis vaksin BCG umur 1 bulan
- c. Tiga dosis vaksin DPT-HB- HiB (pentavalen) umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan
- d. Empat dosis vaksin Polio umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan
- e. Satu dosis vaksin Campak dan Rubella (MR) umur 9 bulan.²³

Vaksinasi lanjutan juga menjadi langkah penting untuk mengurangi risiko infeksi, salah satunya untuk mencegah terjadinya bronkopneumonia, vaksinasi nya yaitu:

- a. Vaksin PCV (pneumococcal Conjugate Vaccine)
- b. Vaksin Haemophilus influenzae

- c. Vaksin varisela yang disarankan untuk anak dengan sistem imun lemah
- d. Vaksin influenza yang diberikan sebelum anak jatuh sakit.¹³
- e. Vaksin Campak yang diberikan sebagai boster diberikan pada umur 24 bulan dan waktu kelas 1 SD, untuk melindungi tubuh dari penyakit campak dan komplikasi berbahaya seperti radang telinga, bronchitis, infeksi paru-paru (pneumonia) & infeksi otak (ensefalitis).

B. Asuhan Keperawatan Teoritis Bronkopneumonia

Konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Menurut (Delianti & dkk, 2023) menyebutkan dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting dilakukan baik saat pasien pertama kali masuk rumah sakit maupun selama pasien dirawat di rumah sakit.

a. Identitas pasien

- 1) Identitas klien meliputi : Nama, umur (Pneumonia sering terjadi pada anak berusia dibawah 3 tahun, dengan kematian terbanyak pada usia dibawah 2 tahun), tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register dan diagnostik medik.
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan serta status hubungan dengan pasien.¹⁶

b. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama yang dirasakan pasien dengan Bronkopneumonia adalah sesak napas, kejang, demam, batuk

produktif, tidak mau makan, anak rewel dan gelisah, dan sakit kepala.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Bronkopneumonia awali oleh infeksi saluran pernapasan selama beberapa hari. Suhu tubuh mendadak naik kisaran 39-40°C terkadang disertai kejang. Anak tampak gelisah, dispnea, pernapasan cepat dan dangkal, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat retraksi dinding dada, terdapat sianosis sekitar hidung dan mulut. Batuk biasanya tidak terjadi pada awal terinfeksi penyakit, tetapi setelah beberapa hari menjadi produktif dan kering. Pada pemeriksaan perkusi tidak terdapat kesenjangan dan pada saat auskultasi kemungkinan terdengar bunyi ronchi basah nyaring halus atau sedang.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian mengenai riwayat kesehatan masa lalu apakah anak sering menderita penyakit saluran pernapasan bagian atas, kemudian riwayat penyakit campak/fertusis (pada bronkopneumonia). Prediksi penyakit saluran pernapasan lain seperti ISPA, Influenza, adakah sering terjadi di rentang waktu 3-14 hari.

c. Riwayat kesehatan keluarga dan tempat tinggal

Pengkajian mengenai riwayat kesehatan yang dimiliki seperti penyakit infeksi, TBC, pneumonia, dan penyakit saluran nafas lainnya. Riwayat penularan dalam keluarga misalnya terpapar asap rokok, dan tempat tinggal yang terpapar polusi udara.

d. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Riwayat kehamilan

Penyakit infeksi yang pernah diderita selama hamil, perawatan ANC pada ibu, imunisasi TT.

2) Riwayat persalinan

Apakah usia kehamilan cukup, apakah bayi lahir premature, apakah bayi lahir kembar, apakah ada masalah selama persalinan, bagaimana apgasscor pada saat anak lahir.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Anak tampak sesak, tampak lemah, dan sakit berat
- 2) Tanda tanda vital : Frekuensi nadi takikardi, tekanan darah hipertensi, Frekuensi pernapasan takipnea, dispnea, pernapasan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan dan pelebaran nasal, dan Suhu tubuh hipertermi akibat reaksi toksik mikroorganisme
- 3) BB/TB : Kaitkan dengan status gizi
- 4) Kepala : Perhatikan bentuk dan kesimetrisan, palpasi tengkorak periksa adanya nodus atau pembengkakan, perhatikan kebersihan kulit kepala, lesi, kerontokan dan perubahan warna, anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada organ tersebut
- 5) Wajah : Lihat adanya simetris atau tidak, adanya pembengkakan daerah wajah. Anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada organ tersebut.
- 6) Mata : Pemeriksaan pada konjungtiva dan sklera, reflek pupil terhadap cahaya, Anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada organ tersebut.
- 7) Telinga : Lihat kebersihan, ada lesi ataupun edema. Anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada organ tersebut
- 8) Hidung : Pernafasan cuping hidung, dan sianosis, ada tidaknya epitaksis. Anak dengan masalah Bronkopneumonia ditemukan pernafasan cuping hidung, dan sianosis.

9) Leher : Tidak terdapat pembesaran vena Jugularis Vena Pressure (JVP), tidak terdapat pembeesaran kelenjer getah bening (KGB), dan kelenjer tiroid.

10) Mulut dan Kerongkongan : Kaji warna bibir pucat sianosis, mukosa bibir, ada tidaknya labiopalatoskizis, Anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada organ tersebut .

11) Jantung

- a) Inspeksi : Lihat apakah ada terjadi kelemahan secara fisik.
- b) Palpasi : Adanya perubahan denyut jantung melemah, Untuk merasakan denyut jantung di RIC 5 garis klavikula
- c) Perkusi : Menentukan batas jantung, Biasanya tidak ada terjadinya pembesaran pada batas jantung.
- d) Auskultasi : Apakah didapatkan bunyi jantung tambahan.
 - i. Jantung 1 : Terjadi saat katup mitral dan trikusbit menutup, menandakan awal kontraksi ventrikel, bunyinya seperti lup lebih dalam dan keras
 - ii. Jantung 2 : Terjadi saat katup aorta dan pulmonalis menutup, menandakan akhir kontraksi ventrikel, bunyinya seperti dup lebih tajam dan pendek
 - iii. Bunyi jantung 3 dan 4 bisa muncul pada kondisi seperti gagal jantung dan terdengar seperti badum (jantung 3), talubdub (jantung 4)

12) Paru-paru

- a) Inspeksi : Biasanya pengembangan paru berat, tidak simetris, adanya penggunaan alat bantu nafas dan upaya bernafas, antara (takipnea, dispnea, dan pernafasan dangkal).
- b) Palpasi : Adanya peningkatan fremitus pada daerah yang terinfeksi, karena adanya peradangandan pengisian alveoli dengan cairan, biasanya ada nyeri saat ditekan.

- c) Perkusi : Jika terdapat cairan didalam paru-paru akan terdengar pekak, normalnya timpani, pada anak yang menderita bronkopneumonia ini biasanya akan didapatkan bunyi sonor pada seluruh paru-paru.
- d) Auskultasi : Biasanya ada terdengar suara nafas tambahan, didapatkan bunyi nafas melemah, bunyi nafas tambahan ronch basah dan wheezing pada sisi yang sakit.

13) Abdomen

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak ada distensi pada perut.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas, hepar dan distensi limpa tidak teraba.

Perkusi : Terdengar suara timpani.

Auskultasi : Bising usus normal atau tidak

14) Genetalia : Anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada organ tersebut.

15) Anus : Anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada organ tersebut.

16) Ekstremitas : Anak dengan masalah Bronkopneumonia tidak mengalami masalah pada ekstremitas.

17) Kuku dan Kulit : Kulit tampak sianosis, teraba panas dan turgor jelek >2 detik.

f. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pada pemeriksaan darah menunjukkan leukositosis dapat ditemukan leukopenia dan ditemukan anemia ringan atau sedang
- 2) Pemeriksaan radiologis memberikan gambaran beragam, bercak konsolidasi yang merata pada Bronkopneumonia, satu lobus pada pneumonia lobaris, difus atau infiltrat pada pneumonia stafilocokus
- 3) Pemeriksaan mikrobiologi dari specimen usap tenggorok, sekresi nasofaring, bilasan bronkus atau sputum darah, fungsi pleura/aspirasi paru dan aspirasi trakea.²¹

2. Kemungkinan diagnosis keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada anak bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas, sekresi yang tertahan
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, deformitas dinding dada, penurunan energi
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, ketidakseimbangan ventilasi-perkusi
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis.infeksi).¹³

3. Rencana keperawatan

Tabel 2.1
Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		SLKI	SIKI
1.	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas, proses infeksi, sekresi yang tertahan</p> <p>Gejala dan tanda mayor Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk 2. Sputum berlebih/ obstruksi di jalan napas/ mekonium di jalan napas (pada neonatus) 3. Ronkhi kering. <p>Gejala dan tanda minor: Subjektif : Dyspnea</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif 2. Produksi sputum menurun 3. Ronkhi menurun 4. Dispnea menurun 5. Ortopnea menurun 6. Gelisah menurun 7. Frekuensi napas membaik 8. Pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas: Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor bunyi napas 2. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 3. Pertahankan kepatenan jalan napas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 2. Berikan minum hangat 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. Berikan oksigen, jika perlu <p>Fisioterapi dada Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dilakukan fisioterapi dada 2. Monitor status pernapasan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan bantal untuk mengatur posisi, 2. Lakukan perkusi dengan posisi

	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah. 		<p>telapak tangan ditungkupkan selama 3-5 menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersama ekspirasi melalui mulut 4. Lakukan fisioterapi dada minimal dua jam setelah makan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan batuk setelah prosedur selesai 2. Jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada 3. Ajarkan inspirasi perlahan dan dalam melalui hidung selama fisioterapi dada <p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya produksi sputum 2. Monitor adanya sumbatan jalan napas 3. Palpasi kesimetrisan ekspirasi paru 4. Auskultasi bunyi napas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan dan prosedur pemantauan 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur
--	--	--	--

			<p>pemantauan</p> <p>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, deformitas dinding dada, penurunan energi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1. Dispnea Objektif : 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Pola napas abnormal</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif : - Objektif : 1. Pernapasan cuping hidung</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam maka diharapkan pola napas (L.01003) membaik. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Penapasan cuping hidung meneurun 5. Frekuensi napas membaik 6. Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas Observasi : 1. Monitor pola napas Terapeutik : 1. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 2. Berikan oksigen, jika perlu 3. Berikan aromaterapi peppermint, jika perlu</p> <p>Pemantauan respirasi Observasi : 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas Terapeutik : 1. Atur interval pemantauan dan prosedur pemantauan 2. Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
3.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan pertukaran gas (L.01003) meningkat. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas 	<p>Pemantauan respirasi Observasi : 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Palpasi kesimetrisan ekspirasi paru</p>

	<p>kapiler</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispneu <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Takikardia 2. Bunyi nafas tambahan <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing 2. Penglihatan kabur <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sianosis 2. Gelisah 3. Napas cuping hidung 4. Pola napas abnormal 	<p>tambahan menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Napas cuping hidung menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor saturasi oksigen 4. Auskultasi bunyi napas 5. Monitor nilai AGD 6. Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Terapi oksigen Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), jika perlu 3. Monitor tanda-tanda hipoventilator 4. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea jika perlu 2. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 3. Berikan oksigen
--	--	--	---

			<p>tambahan jika perlu</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi Penentuan dosis oksigen
4.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan menurun <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membrane mukosa 	<p>Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan Status Nutrisi (L.03030) membaik. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan 2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi 3. Perasaan cepat kenyang menurun 4. Diare tidak ada 5. Berat badan meningkat 6. Frekuensi makan membaik 7. Nafsu makan membaik 8. Membran mukosa membaik 	<p>Manajemen nutrisi :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2. Beri makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu <p>Pemantauan nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi perubahan berat

	<p>pucat</p> <p>2. Diare</p>		<p>badan</p> <p>2. Identifikasi pola makan</p> <p>3. Monitor hasil laboratorium</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Timbang berat badan</p> <p>2. Ukur antropometrik komposisi tubuh</p> <p>3. Hitung perubahan berat badan</p> <p>4. Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2. Informasikan hasil pemantauan</p>
5.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis.infeksi)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : -</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Suhu tubuh diatas nilai normal</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif : -</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Kejang</p> <p>2. Takikardi</p> <p>3. Takipnea</p> <p>Kulit terasa</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan</p> <p>Termoregulasi L.14134 membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Kejang tidak ada</p> <p>2. Komsumsi oksigen normal</p> <p>3. Pucat tidak ada</p> <p>4. Takikardia normal</p> <p>5. Suhu tubuh membaik</p> <p>6. Suhu kulit membaik</p> <p>7. Ventilasi membaik</p> <p>Tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi penyebab hipertermia</p> <p>2. Monitor suhu tubuh</p> <p>3. Monitor kadar elektrolit</p> <p>4. Monitor komplikasi akibat hipertermia</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>2. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Kolaborasi :</p>

	hangat		Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu
--	--------	--	---

Sumber : ^{17 24 25}

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik. Kriteria hasil yang diharapkan, yaitu manajemen dan perwujudan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dalam intervensi keperawatan, disebut sebagai implementasi keperawatan. Keperawatan harus dilaksanakan dengan fokus pada kebutuhan pasien.¹⁶

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian keperawatan, tahap ini merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan untuk melihat hasil akhir dari tindakan keperawatan yang diambil. Evaluasi melihat hasil dari kegiatan yang diambil dievaluasi untuk melihat apakah mereka memenuhi kriteria untuk hasil dan tujuan, dan jika mereka melakukannya hasilnya digunakan untuk memutuskan opsi terbaik dalam tindakan.¹⁶

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif, dan jenis penelitiannya adalah deskriptif yaitu dengan studi kasus. Penelitian kualitatif bertujuan untuk mendapatkan gambaran yang mendalam tentang fenomena yang terjadi, sedangkan penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan sesuatu secara rinci.²⁶ Studi kasus adalah desain penelitian yang mencakup satu unit penelitian secara intensif seperti klien, keluarga, komunitas atau lembaga.²⁷

Penelitian dipakai agar dapat mendeskripsikan atau memberikan gambaran penerapan Asuhan Keperawatan pada An. I dengan bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang.

B. Tempat Dan Waktu Pelaksanaan

Penelitian ini dilakukan di ruangan Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Desember 2024- Juni 2025. Asuhan keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia dilaksanakan selama 5 hari pada tanggal 9 Maret sampai 13 Maret 2025.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/ subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian dapat ditarik kesimpulannya (sintesis).²⁷

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak dengan kasus Bronkopneumonia yang dirawat di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang. Populasi yang didapatkan pada saat penelitian adalah 2 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang memiliki karakteristik tertentu, yang diambil untuk diteliti secara langsung dan digunakan sebagai dasar dalam menarik kesimpulan. Sampel dalam ilmu keperawatan ditentukan oleh sampel kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.²⁷ Sampel dalam penelitian ini adalah satu orang anak yang mengalami diagnosa medis bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang.

Teknik pengambilan sampel penelitian ini menggunakan teknik *Nonprobability Sampling* dengan teknik *Purposive Sampling*. Teknik *Purposive Sampling* merupakan metode pemilihan sampel dengan menentukan sampel dari populasi berdasarkan kriteria yang telah ditentukan oleh peneliti.²⁷ Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

a) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang akan menyaring anggota populasi menjadi sampel yang memenuhi kriteria secara teori yang sesuai dan terkait dengan topik dan kondisi penelitian. Atau dengan kata lain, kriteria inklusi merupakan ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel.²⁷

- 1) Anak yang dirawat dengan bronkopneumonia di ruang Kasturi RSUD rasidin Padang pada tahun 2025
- 2) Orang tua atau keluarga yang bersedia anaknya menjadi sampel penelitian.

b) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang dapat digunakan untuk mengeluarkan anggota sampel dari kriteria inklusi atau dengan kata lain ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel.²⁷

- 1) Pasien dengan hari rawatan kurang dari 5 hari
- 2) Pasien yang dirujuk ke RS lainnya.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrument yang dipakai pada penelitian ini adalah format tahapan proses asuhan keperawatan anak mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Cara pengumpulan data dimulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi. Sedangkan alat yang digunakan dalam pemeriksaan fisik seperti stetoskop, termometer, LILA, dan perangkat pemeriksaan fisik lainnya. Proses pengumpulan data dilakukan melalui pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan sampai dengan dokumentasi keperawatan.

Adapun format tahapan proses asuhan keperawatan anak adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Format pengkajian terdiri dari : Identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, riwayat imunisasi, pemeriksaan fisik, riwayat perkembangan, data penunjang, dan program pengobatan.

2. Analisa Data

Format analisa data terdiri dari : Nama pasien, nomor rekam medik pasien, data, masalah keperawatan, dan etiologi.

3. Diagnosa Keperawatan

Format diagnosa keperawatan terdiri dari : Nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukan masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkan masalah.

4. Rencana Keperawatan

Format rencana keperawatan terdiri dari : Nama pasien, nomor rekam medik pasien, diagnosa keperawatan, SLKI dan SIKI.

5. Implementasi Keperawatan

Format implementasi keperawatan terdiri dari : Nama pasien, nomor rekam medik pasien, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi.

6. Evaluasi Keperawatan

Format evaluasi keperawatan terdiri dari : Nama pasien, nomor rekam medik pasien, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan dengan menggunakan SOAP, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Data primer disebut juga sebagai data asli.²⁸ Untuk mendapatkan data primer, peneliti dapat mengumpulkannya dengan menggunakan teknik wawancara (identitas pasien, riwayat kesehatan terutama tanyakan riwayat imunisasi anak, pola aktivitas sehari-hari dan keadaan lingkungan tempat tinggal), observasi (amati ada tarikan dinding dada pada anak), dan pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum pasien dan pemeriksaan head to toe menggunakan prinsip IPPA (Anak yang mengalami bronkopneumonia lakukan pemeriksaan fisik terutama di thorak secara IPPA amati pergerakan dinding dada anak sama/ tidak, adakah terdengar suara ronki/wheezing, kemudian di ekstremitas adakah akral teraba dingin, dan CRT >2 detik).

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada.²⁸ Jadi data sekunder dalam penelitian adalah informasi yang didapatkan dari dokumen pasien atau rekam medis, pemeriksaan diagnostik, dan informasi lain yang berkaitan dengan pasien.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah :

1. Wawancara

Wawancara adalah proses komunikasi atau interaksi untuk mengumpulkan informasi dengan cara tanya jawab antara peneliti dengan informan atau subjek penelitian.²⁸ Tujuan dilakukan wawancara untuk mengumpulkan data mulai dari identitas pasien, riwayat kesehatan terutama tanyakan riwayat imunisasi anak, pola aktivitas sehari-hari, keadaan lingkungan tempat tinggal dan lain-lain.

2. Observasi

Observasi merupakan kegiatan dengan menggunakan pancaindera, bisa penglihatan, penciuman, pendengaran, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian.²⁸ Dalam penelitian ini peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien, suhu tubuh, terutama amati pernafasan adakah mengalami peningkatan/ takipnea dan tingkat kesadaran.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan menggunakan pemeriksaan secara langsung untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak normal. Peneliti melakukan pemeriksaan yang meliputi keadaan umum pasien dan pemeriksaan head to toe menggunakan prinsip IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi). Anak yang mengalami bronkopneumonia lakukan pemeriksaan fisik terutama di thorak secara IPPA amati pergerakan dinding dada anak sama/ tidak, adakah terdengar suara ronki/wheezing, kemudian di ekstremitas adakah akral teraba dingin, dan CRT >2 detik.

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumentasi bisa didapatkan dalam bentuk foto atau dokumen.²⁸ Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari rumah sakit untuk

menunjang penelitian yang akan dilakukan seperti data penunjang (berupa hasil pemeriksaan darah rutin yaitu hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, darah lengkap berupa LED dan AGD, kemudian hasil pemeriksaan sputum dan pemeriksaan rontgen thoraks, serta catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak di publikasikan). Hal tersebut menjadi dasar untuk menarik kesimpulan dalam penelitian.

G. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Adapun prosedur penelitian yang dilakukan oleh peneliti diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Prosedur Administrasi
 - a. Peneliti meminta surat izin penelitian dari instansi asal penelitian Kemenkes Poltekkes Padang
 - b. Peneliti mengurus surat izin ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP)
 - c. Setelah mendapatkan surat izin dari DPMPTSP kota padang, peneliti menyerahkan ke pihak RSUD dr. Rasidin Padang
 - d. Peneliti menyerahkan surat survei dan izin penelitian dari institusi pendidikan untuk mendapatkan surat survei dan izin melakukan penelitian dirumah sakit khususnya di ruang Kasturi.
 - e. Peneliti meminta data pasien anak dengan Bronkopneumonia dalam 1 tahun terakhir dan 1 bulan terakhir
 - f. Peneliti meminta izin kepada perawat ruangan untuk melihat dan memilih pasien yang di jadikan partisipan.
 - g. Peneliti mendatangi partisipan serta keluarga dan menjelaskan tentang tujuan penelitian hingga partisipan dan keluarga menyetujui untuk dijadikan sampel dalam penelitian.
 - h. Partisipan dan keluarga menandatangani informed consent.

2. Prosedur Asuhan Keperawatan

- a. Peneliti melakukan pengkajian keperawatan kepada partisipan.
- b. Peneliti merumuskan diagnosis keperawatan yang muncul pada partisipan.
- c. Peneliti membuat perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada partisipan.
- d. Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada partisipan dengan 5 kali kunjungan.
- e. Peneliti mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada partisipan.
- f. Peneliti mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada partisipan mulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- g. Selama peneliti melakukan survei atau penelitian peneliti tetap melakukan koordinasi dengan pembimbing.

3. Prosedur pelaporan

- a. Peneliti membuat laporan penelitian.
- b. Konsultasi laporan penelitian dengan pembimbing.
- c. Peneliti memperbaiki laporan penelitian.
- d. Peneliti melakukan seminar hasil penelitian
- e. Peneliti melakukan perbaikan sesuai dengan saran dan arahan pembimbing dan penguji.
- f. Peneliti menyerahkan KTI kepada prodi DIII Keperawatan Padang, tempat peneliti, kepada pembimbing dan perpustakaan Kemenkes Poltekkes Padang.

H. Analisa Data

Rencana analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai

mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan anak dengan kasus Bronkopneumonia.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti mulai tanggal 9 Maret 2025 sampai 13 Maret 2025 di ruang Kasturi RSUD Dr. Rasidin Padang dengan responden anak berumur 11 bulan berjenis kelamin laki-laki dengan kasus Bronkopneumonia.

1. Pengkajian Keperawatan

An. I berumur 11 bulan masuk pada tanggal 8 Maret 2025 pada jam 12.00 wib dibawa oleh keluarga ke IGD RSUD dr. Rasidin kota Padang. Pasien datang dengan keluhan demam tinggi (39°C), batuk berdahak yang sulit keluar, anak sesak napas sejak 1 minggu yang lalu. Muncet 1 minggu yang lalu sebanyak 3 kali sehari, penurunan nafsu makan, berat badan dari 10 kg menjadi 9,13 kg, anak gelisah dan sering menangis dan bibir juga sianosis.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 9 Maret 2025 pukul 08.30 wib, Ny. N dan Tn. J mengatakan anak mengalami demam naik turun dengan suhu $38,7^{\circ}\text{C}$, anak mengalami sesak napas, batuk berdahak namun sulit dikeluarkan, muncet sudah mulai berkurang sebanyak 2 kali sehari, anak tampak pucat, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, anak tidak nafsu makan, anak haus dan minum dengan lahap, berat badan anak menurun, anak sering gelisah dan menangis. Sebelumnya anak juga pernah mengalami sakit seperti ini sebanyak dua kali, sakit yang pertama anak dirawat di Rumah Sakit Siti Rahmah, dan sakit yang kedua anak dirawat di RSUD dr Rasidin kota padang.

Status imunisasi anak tidak lengkap, anak tidak mendapatkan imunisasi Polio 3 dan 4, DPT, HB, HIB 2 dan 3, PCV, Polio suntik, dan Campak Rubella.

Hasil pengkajian mengenai kondisi lingkungan rumah, didapatkan An. I tinggal bersama kedua orang tuanya, kakek, nenek, dan 2 saudaranya. Dengan rumah berukuran 7x7 m dengan permukiman yang padat penduduk, rumah memiliki 3 kamar tidur yang menggunakan jendela untuk ventilasi, 1 ruang keluarga, 1 ruang tamu, dapur dan 1 kamar mandi. Ruang tamu terlihat rapi, pencahayaan cukup baik, ventilasi cukup baik, rumah berlantai keramik tanpa loteng, ibu memasak menggunakan kompor gas, perkarangan rumah tidak asri karena rumah berada di samping jalan raya dan kendaraan lalu lalang, untuk pembuangan sampah dengan cara dibakar. Ada 2 anggota keluarga yang merokok, sumber air minum yaitu dengan air rebusan sumur, keperluan sehari-hari menggunakan air sumur, kamar mandi berada di dalam rumah dan septi tank yang berjarak 5 meter dari belakang rumah.

Berdasarkan hasil pemeriksaan perkembangan dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) anak umur 11 bulan didapatkan hasil : Anak dapat memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti potongan biskuit dengan gerakan miring atau menggerapai, anak dapat memungut dan memegang kubus pada masing-masing tangannya, anak dapat mencari gulungan wool merah yang dijatuhkan, Anak bisa mendapatkan mainan dengan mengulurkan lengan atau badannya, anak dapat menengok ke belakang pada saat anak sedang bermain ketika seperti mendengar kedatangan seseorang, anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya mama dan dada atau papa, anak dapat makan kue kering sendiri, anak dapat memindahkan mainan atau kue kering dari satu tangan ke tangan yang lain, dan anak dapat duduk sendiri selama 60 detik.

Pemeriksaan fisik ditemukan anak tampak sesak napas, adanya tarikan dinding dada, adanya napas cuping hidung, gelisah dan tampak tidak

nyaman dengan posisi berbaring, dan terdengar suara napas ronkhi. Pemeriksaan tanda-tanda vital ditemukan TD : 90/63 mmHg, Suhu : 38,7°C, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit (terpasang O₂), SPO₂ : 96%, Crt : <2 detik. Selain itu, ditemukan juga tanda-tanda dehidrasi yaitu anak tampak pucat, anak haus, minum dengan lahap, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, anak gelisah dan rewel.

Pemenuhan asupan nutrisi dan cairan An. I, ibu mengatakan anak tidak mendapatkan ASI Eksklusif sampai umur 6 bulan karena saat anak berumur 8 hari ibunya mengalami pendarahan dan dibawa ke Rumah Sakit Ibu Dan Anak Siti Hawa sehingga anak hanya diberikan susu formula sebagai tambahan, saat umur anak >6 bulan ibu memberikan makanan bubur tim, biscuit, dan buah sampai sekarang. Saat ini anak dirawat dirumah sakit anak mendapatkan menu makan dari rumah sakit berupa nasi lunak, lauk, sayur, dan buah, diberikan 3x1 hari dan hanya habis setengah porsi, berat badan 9,13 kg, tinggi badan 77 cm, berdasarkan hasil z-score BB dan TB anak berada pada > Median < 1 SD gizi normal. Selain itu anak mengalami masalah pada istirahat dan tidurnya saat sakit, dimana pada malam hari anak hanya tidur \pm 6 jam dan siang hari sekitar 1-2 jam, sehingga pola tidur anak tidak teratur dan kualitas tidur anak tidak nyenyak. Pola eliminasi anak, anak tidak terpasang kateter BAK 600-700 cc/hari warna kuning dan jernih. BAB 2-3 kali sehari dan warna BAB kuning dan encer.

Hasil laboratorium pemeriksaan hematologi pada tanggal 8 Maret 2025, hemoglobin 10.8 g/dl, Leukosit 8.590 /mm³, Eritrosit, 5.34 10⁶/μL, Trombosit 389.000/mm³, Hematokrit 33.5%, MCV 62.7 fL, MCH 20.2 pg, MCHC 32.2 %, Gula darah sewaktu 81 mg/dl. Hasil rontgen radiologi thoraks didapatkan adanya bercak-bercak disuprahiler kiri sampai paracardial kiri dan paracardial kanan. Terapi

IVD KA EN 1B 18 TPM mikro (iv), ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), paracetamol infus 4x125 mg (iv), bronhexin 3 mg 3x3 (oral), rhinofed 1/8 mg 3x1/8 (oral), zink 1x20 mg (oral), garam oralit 50 cc tiap habis BAB (oral), nebulisasi ventolin 3x1, dan terapi O2 nasal kanul 2 liter/ menit.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari data hasil pengkajian pada pasien tanggal 24 Maret 2025 didapatkan rumusan masalah keperawatan yang muncul ada 4 diagnosis, yaitu sebagai berikut:

Diagnosa pertama yaitu **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret** ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya mengalami batuk berdahak namun sulit dikeluarkan, dan mengatakan anaknya sesak napas, kemudian anak tampak gelisah, tampak kesulitan mengeluarkan dahak, sputum tampak berlebih, anak mengalami kesulitan bernapas saat berada diposisi berbaring telentang, auskultasi bunyi napas terdengar suara napas ronkhi, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter, TD : 90/63 mmHg, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, SPO2 : 96%, Crt : <2 detik, dan hasil pemeriksaan rontgen thorax menunjukkan adanya bercak-bercak disuprahiler kiri sampai paracardial kiri dan paracardial kanan.

Diagnosa kedua yaitu **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya sesak napas, lemas dan gelisah, kemudian anak tampak menggunakan otot bantu pernapasan, anak tampak sesak, TD : 90/63, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter, SPO2 : 96%, Crt : <2 detik, dan tampak adanya pernapasan cuping hidung.

Diagnosa ketiga yaitu **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)** ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan panas badan anaknya masih naik turun, kemudian dahi anak terasa hangat, TD : 90/63 mmHg, Suhu : 38,7°C, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, SPO2 : 96%, Crt : <2 detik, anak tampak gelisah dan tampak susah tidur.

Diagnosa keempat yaitu **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare** ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan anak mencret 1 minggu yang lalu sebanyak 3 kali sehari, penurunan nafsu makan, berat badan dari 10 kg menjadi 9,13 kg, kemudian anak tampak haus, minum dengan lahap, tampak pucat, anak gelisah dan rewel, mata cekung, dan cubitan kulit perut kembali lambat.

3. Rencana Keperawatan

Untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang muncul pada pasien selama perawatan, diperlukan intervensi keperawatan yang mencakup tujuan, kriteria hasil yang diharapkan, serta rencana tindakan yang dilakukan, yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), sebagaimana diuraikan berikut ini:

Diagnosis pertama **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret**, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, rokhil menurun, dispnea menurun, ortopnea menurun, gelisah menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik. Intervensinya yaitu 1) manajemen jalan napas : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-

fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen jika perlu. 2) fisioterapi dada : identifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (hipersekreasi sputum, sputum kental dan tertahan, tirah baring lama), identifikasi kontraindikasi fisioterapi dada, monitor status pernapasan (mis. Kecepatan, irama, suara napas, dan kedalaman napas), periksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, monitor jumlah dan karakter sputum, posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum, gunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi, lakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit, lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut, lakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan, jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada, anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai, ajarkan inspirasi perlahan dan dalam melalui hidung selama proses fisioterapi.

Diagnosis kedua **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas**, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil yaitu dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik. Intervensinya yaitu pemantauan respirasi : monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan.

Diagnosis ketiga **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)**, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil yaitu takikardia menurun, takipnea menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, ventilasi membaik. Intervensinya yaitu manajemen hipertermia : identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, identifikasi makanan yang disukai, monitor kadar elektrolit, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, lakukan kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila, berikan oksigen, dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Diagnosis keempat **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare**, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil asupan cairan meningkat, output urin meningkat, membran mukosa lembab meningkat, dehidrasi menurun, frekuensi nadi membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik. Intervensinya yaitu 1) Manajemen cairan : monitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit), berikan asupan cairan, berikan cairan intravena, kolaborasi pemberian diuretik.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan rencana keperawatan. Peneliti melakukan implementasi dengan waktu 5 hari dimulai tanggal 9 sampai 13 Maret 2025, tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien adalah sebagai berikut :

Diagnosis pertama **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret** tindakan yang dilakukan 1) memonitor

pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), 2) memonitor bunyi napas tambahan (mis. ronkhi kering), 3) memposisikan semi-fowler atau fowler, 4) memberikan minum hangat, 5) melakukan fisioterapi dada, 6) mengidentifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (sputum kental dan tertahan), 7) memeriksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, 8) memposisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum, 9) menggunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi, 10) melakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit, 11) melakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut, 12) melakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan, 13) menjelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada, 14) memberikan obat bronhexin 3 mg 3x3 (oral), obat antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), nebulisasi ventolin 3x1 kepada anak didapatkan sekret anak belum berkurang.

Diagnosis kedua **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** yaitu 1) memposisikan anak semi fowler atau fowler 2) memonitor pola napas (seperti takipnea), 3) memonitor kemampuan batuk efektif, 4) memonitor adanya produksi sputum, 5) memonitor adanya sumbatan jalan napas, 6) auskultasi bunyi napas, 7) memberikan O₂ nasal kanul sebanyak 2 liter/ menit, 8) mengobservasi adanya retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV.

Diagnosis ketiga **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)** yaitu manajemen hipertermia : 1) memonitor suhu tubuh, 2) melakukan kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila, 3) memberikan oksigen (sebanyak 2 liter/ menit), dan berkolaborasi obat penurun panas paracetamol infus 4x125 mg (iv).

Diagnosis keempat **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare** yaitu manajemen cairan : 1) memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit), 2) memberikan asupan cairan, 3) memberikan cairan intravena KA EN 1B 18 TPM mikro (iv), 4) berkolaborasi pemberian garam oralit 50 cc tiap habis BAB (oral), dan zinc syrup 1x5 cc (oral).

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama lima hari, maka didapatkan hasil progres kesehatan anak sebagai berikut diagnosis keperawatan **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan batuk sudah berkurang dahak sudah berkurang pada rawatan ke 3, tidak terdengar ronkhi pada hari rawatan ke 4. Ny. N mengatakan anak mengalami batuk tapi tidak sering, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, Suhu : 36,7°C pada hari rawatan ke 5.

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi, intervensi dihentikan dengan memberikan obat bronhexin 3 mg 3x3 (oral) selama 3 hari, dan dilanjutkan dengan ibu melakukan fisioterapi dada dan inhalasi uap pada anak jika mengalami batuk dengan penumpukan sekret.

Diagnosis keperawatan **pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan tarikan dinding dada dan otot napas tidak ada lagi pada hari rawatan ke 4, anak sudah tidak sesak pada hari rawatan ke 5, anak tampak tenang tidak gelisah

dan sudah bisa bermain, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, Suhu : 36,7°C pada hari rawatan ke 5.

Masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosis keperawatan **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan anak masih teraba sedikit hangat dan anak tidak gelisah lagi pada hari rawatan ke 4, Ny. N mengatakan anak sudah tidak demam dan anak sudah bermain seperti biasa, suhu 36,7°C, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, pada hari rawatan ke 5.

Masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) teratasi, intervensi dilanjutkan dengan ibu mengobservasi kondisi anak, memberikan kompres hangat, dan meminum obat paracetamol jika kembali demam.

Diagnosis keperawatan **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan anaknya tidak mencret lagi, anak tidak rewel dan gelisah pada hari ke 4, dehidrasi anak menurun, mata sudah tidak cekung, turgor kulit membaik, dan suhu 36,7°C, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, pada hari rawatan ke 5.

Masalah risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare teratasi, intervensi hentikan dengan memberikan obat zinc syrup 1x5 cc (oral) selama 3 hari.

B. Pembahasan

Setelah melalui seluruh tahapan proses asuhan keperawatan, yang meliputi pengkajian, menegakan diagnosis, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi, peneliti melakukan pembahasan mengenai perbandingan antara teori asuhan keperawatan dengan praktik yang diterapkan pada An.I. Proses pengkajian dilaksanakan pada tanggal 9 sampai 13 Maret 2025 di Ruang Kasturi, RSUD dr.Rasidin Padang. Adapun hasil pengkajian tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

An. I berumur 11 bulan dengan keluhan demam tinggi (39°C), batuk berdahak namun batuk sulit dikeluarkan sejak 1 minggu yang lalu, anak sesak napas sejak 1 minggu yang lalu. Mencoret 1 minggu yang lalu sebanyak 3 kali sehari, anak tampak pucat, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, anak haus dan minum dengan lahap, anak mengalami penurunan nafsu makan dan juga penurunan berat badan dari 10 kg menjadi 9,13 kg, anak gelisah dan sering menangis dan bibir juga sianosis. Sebelumnya anak juga pernah mengalami sakit seperti ini sebanyak dua kali, sakit yang pertama anak dirawat di Rumah Sakit Siti Rahmah, dan sakit yang kedua anak dirawat di RSUD dr Rasidin kota padang.

Hal ini sesuai dengan teori (Herawati 2024) bronkopneumonia adalah suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing.¹ Menurut teori (Wijayaningsih 2023) gejala yang sering terlihat pada anak yang menderita penyakit bronkopneumonia beberapa diantaranya yaitu biasanya didahului infeksi traktus respiratoris atas, demam (39° - 40°C) kadang-kadang disertai kejang karena demam yang tinggi, anak sangat gelisah, dan adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk yang dicetuskan oleh bernafas dan sekret yang meningkat tapi sulit dikeluarkan, pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping

hidung dan sianosis sekitar mulut, kadang-kadang disertai muntah dan diare, adanya bunyi napas tambahan seperti ronchi, wheezing, rasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia apabila infeksiya serius.¹³

Menurut hasil penelitian (Putri 2023) bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi saluran nafas bagian atas selama beberapa hari, suhu dapat naik secara mendadak sampai 39–40°C dan mungkin disertai kejang karena demam yang tinggi, anak sangat gelisah, dispnea, pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung dan sianosis di sekitar mulut. Batuk biasanya tidak dijumpai di awal penyakit, anak akan mendapat batuk setelah beberapa hari, dimana pada awalnya berupa batuk kering kemudian menjadi produktif.²⁹

Asumsi peneliti terhadap keluhan yang ditemukan pada kasus An. I sesuai dengan teori yang ada, dimana anak yang mengalami bronkopneumonia biasanya diawali dengan infeksi saluran pernapasan atas seperti batuk atau pilek, influenza, dan radang tenggorokan. Baru disertai dengan demam (39°-40°C), adanya nyeri dada yang terasa ditusuk-tusuk yang dicetuskan oleh bernafas dan sekret yang meningkat tapi sulit dikeluarkan, pernafasan cepat dan dangkal, adanya pernafasan cuping hidung, sianosis sekitar mulut, adanya bunyi napas tambahan seperti ronchi, sehingga anak sangat gelisah dan merasa lelah akibat reaksi peradangan dan hipoksia apabila infeksiya serius, kadang-kadang disertai diare.

Anak dengan bronkopneumonia mengalami demam diakibatkan oleh proses infeksi bakteri pada paru-paru anak yang mengakibatkan daya tahan tubuh anak menurun dan menimbulkan gejala demam atau suhu tubuh meningkat. Anak dengan bronkopneumonia ini mengalami produksi sekret yang meningkat tapi sulit dikeluarkan, hal ini membuat

pernafasan anak cepat, dangkal, adanya pernafasan cuping hidung, sianosis sekitar mulut, adanya bunyi napas tambahan seperti ronchi, whezing. Selain itu, pada kasus ini anak juga mengalami diare yang dapat menyebabkan dehidrasi sehingga kondisi ini juga menjadi salah satu faktor penyebab terjadi demam.

Pada kasus ini An. I berumur 11 bulan dan berjenis kelamin laki-laki. Menurut (WHO 2022) kebanyakan yang terkena bronkopneumonia anak dibawah usia 5 tahun.⁴ Hal ini sejalan dengan teori (wijayaningsih 2023) anak dengan bronkopneumonia bisa disebabkan oleh banyak faktor salah satunya disebabkan oleh usia dibawah 5 tahun karena pada usia ini sistem imun belum matang, saluran napas masih sempit dan mudah tersumbat, dan refleks batuk belum efektif.¹³ Menurut teori (Asiva noor 2022) jika dilihat berdasarkan gender, maka balita laki-laki lebih banyak menderita Pneumonia dibandingkan balita perempuan dikarenakan struktur saluran napas laki-laki sedikit lebih sempit dan perkembangan paru-parunya lebih lambat dibanding perempuan pada usia dini, sehingga lebih rentan terhadap sumbatan dan infeksi.⁷

Hasil analisa peneliti sesuai teori yang ada bahwa anak usia di bawah 5 tahun dan jenis kelamin laki-laki memiliki hubungan yang signifikan terhadap peningkatan kejadian bronkopneumonia, hal ini disebabkan oleh ketidakmatangan sistem imun dan anatomi saluran napas yang lebih sempit pada anak laki-laki dibandingkan perempuan.

Status imunisasi anak tidak lengkap, anak tidak mendapatkan imunisasi Polio 3 dan 4, DPT, HB, HIB 2 dan 3, PCV, Polio suntik, dan Campak Rubella.

Hal ini sesuai dengan teori (wijayaningsih 2023), anak dengan bronkopneumonia bisa disebabkan oleh banyak faktor salah satunya disebabkan oleh imunisasi dasar yang tidak lengkap dengan ini dapat menyebabkan imun pada anak menjadi lemah.¹³ Menurut hasil penelitian (Titin 2024) mengatakan dari data menunjukan bahwa sebagian besar anak dengan imunisasi lengkap 24 (72,7%) orang tidak mengalami bronkopneumonia. Sebaliknya, sebagian besar anak yang mengalami bronkopneumonia 26 (96,3%) orang adalah yang belum mendapat imunisasi lengkap.³⁰ Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Rizqullah dkk 2021) mengatakan bahwa Terdapat hubungan antara status imunisasi Hib, DPT, dan Campak < 1 tahun terhadap bronkopneumonia pada balita.³¹

Hasil analisa peneliti sesuai teori yang ada anak yang mendapatkan imunisasi yang tidak lengkap, akan mengakibatkan imun tubuh anak akan menurun dan beresiko tinggi terjadi infeksi yang mengakibatkan terjadi penyakit bronkopneumonia. Pada vaksin PCV itu berfungsi untuk mencegah infeksi akibat bakteri pneumokokus guna mencegah penyakit pneumonia, sedangkan vaksin campak rubella berfungsi untuk melindungi tubuh dari penyakit campak dan komplikasi berbahaya seperti infeksi paru-paru (pneumonia). Jika anak tidak mendapatkan dosis vaksin yang lengkap maka imun tubuh anak untuk mencegah penyakit anak tidak lah kuat, jadi anak akan rentan terkena penyakit pada saluran pernapasan atau pada paru-paru.

Hasil pengkajian mengenai kondisi lingkungan rumah, didapatkan An. I tinggal bersama kedua orang tuanya, kakek, nenek, dan 2 saudaranya. Dengan rumah berukuran 7x7 m dengan permukiman yang padat penduduk, rumah memiliki 3 kamar tidur yang menggunakan jendela untuk ventilasi, 1 ruang keluarga, 1 ruang tamu, dapur dan 1 kamar mandi. Ruang tamu terlihat rapi, pencahayaan cukup baik, ventilasi

cukup baik, rumah berlantai keramik tanpa loteng, ibu memasak menggunakan kompor gas, perkarangan rumah tidak asri karena rumah berada di samping jalan raya dan kendaraan lalu lalang, untuk pembuangan sampah dengan cara dibakar. Ada 2 anggota keluarga yang merokok, sumber air minum yaitu dengan air rebusan sumur, keperluan sehari-hari menggunakan air sumur, kamar mandi berada di dalam rumah dan septi tank yang berjarak 5 meter dari belakang rumah.

Hal ini sesuai dengan teori (wijayaningsih 2023), anak dengan bronkopneumonia bisa disebabkan oleh banyak faktor salah satunya disebabkan oleh kepadatan tempat tinggal dan polusi udara berupa asap rokok, asap kendaraan, dan sampah yang dibakar sehingga mempermudah penularan infeksi saluran napas dan dapat merusak saluran pernapasan terutama pada anak-anak.¹³ Menurut hasil penelitian (Harahap dkk 2021) mengatakan dari data menunjukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara luas ventilasi, kepadatan hunian rumah, jenis lantai rumah, pencahayaan dengan kejadian bronkopneumonia pada balita di Desa Tarai Bangun Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Tambang.³² Hal ini sejalan dengan penelitian (Afriani dkk 2020) mengatakan terdapat hubungan antara paparan asap rokok dan kejadian bronkopneumonia.³³

Hasil analisa peneliti sesuai teori yang ada bahwa kepadatan tempat tinggal dan polusi udara dalam rumah, seperti asap rokok dan asap pembakaran sampah, merupakan faktor risiko utama terjadinya bronkopneumonia pada anak, kondisi ini mempermudah penularan infeksi dan merusak saluran pernapasan, sehingga meningkatkan kerentanan anak terhadap penyakit paru.

Pemeriksaan fisik ditemukan anak tampak sesak napas, adanya tarikan dinding dada, adanya napas cuping hidung, gelisah dan tampak tidak nyaman dengan posisi berbaring, dan terdengar suara napas ronkhi. Pemeriksaan tanda-tanda vital ditemukan TD : 90/63 mmHg, Suhu : 38,7°C, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit (terpasang O2), SPO2 : 96%, Crt : <2 detik. Selain itu, ditemukan juga tanda-tanda dehidrasi yaitu anak tampak pucat, anak haus, minum dengan lahap, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, anak gelisah dan rewel.

Menurut (Wijayaningsih 2023) penderita bronkopneumonia ditandai dengan dispnea, adanya tarikan dinding dada, Pernafasan cepat dan dangkal, pernafasan cuping hidung, serta sianosis disekitar mulut, dan adanya bunyi napas tambahan seperti ronchi, whezing.¹³ Penelitian yang dilakukan (Nurandani 2023) yaitu suara ronkhi merupakan suara terus-menerus yang terjadi karena udara melalui jalan napas yang menyempit akibat proses penyempitan jalan napas atau adanya jalan napas yang obstruksi, pada pasien bronkopneumonia akan terjadi penimbunan mukus pada jalan nafas sehingga saat diauskultasi akan terdengar suara ronkhi.¹⁴

Menurut asumsi peneliti hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan sama dengan teori yang ada, bahwa anak dengan bronkopneumonia mengalami sesak napas atau dispnea, pernapasan cepat dan dangkal, pernapasan cuping hidung, adanya otot bantu napas, adanya tarikan dinding dada, adanya demam, sering gelisa, dan terdengar suara napas ronkhi. Adanya bunyi napas ronkhi merupakan salah satu manifestasi klinis yang mendukung terjadinya bronkopneumonia. Ronkhi mencerminkan adanya penyumbatan atau penyempitan saluran napas akibat penumpukan secret yang terjadi sebagai respons inflamasi

terhadap infeksi sehingga udara tidak dapat mengalir dengan lancar dan mengakibatkan napas jadi sesak.

Pada kasus An. I ini ditemukan tanda-tanda dehidrasi yaitu anak tampak pucat, anak haus, minum dengan lahap, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, anak gelisah dan rewel.

Buku Bagan MTBS (2022) gejala dan tanda anak dikatakan diare dehidrasi ringan/sedang apabila terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut yaitu rewel atau mudah marah, mata cekung, haus, minum dengan lahap, dan cubitan kulit perut kembali lambat.²⁰

Menurut asumsi peneliti, ada kesinambungan antara kasus dilapangan dengan teori dimana An. I ditemukan tanda-tanda dehidrasi yaitu anak tampak pucat, anak haus, minum dengan lahap, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, anak gelisah dan rewel. Ini menunjukkan terdapat dua atau lebih tanda-tanda dehidrasi ringan/sedang.

Pemenuhan asupan nutrisi dan cairan An. I, ibu mengatakan anak tidak mendapatkan ASI Eksklusif sampai umur 6 bulan karena saat anak berumur 8 hari ibunya mengalami pendarahan dan dibawa ke Rumah Sakit Ibu Dan Anak Siti Hawa sehingga anak hanya diberikan susu formula sebagai tambahan, hal ini sesuai dengan teori (wijayaningsih 2023), anak dengan bronkopneumonia bisa disebabkan oleh banyak faktor salah satunya disebabkan oleh anak tidak mendapatkan asi eksklusif sampai umur 6 bulan, dengan ini dapat menyebabkan lemahnya sistem kekebalan dan tingginya kemungkinan paparan infeksi.¹³

Hal ini juga sejalan dengan teori (Pranatha dkk 2023) bahwa ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain baik susu formula, air putih, air jeruk, atau makanan tambahan lain sebelum mencapai usia 6 bulan. ASI eksklusif mengandung komponen imunologis seperti imunoglobulin A (IgA), lisosim, laktoferin, sel darah putih, interferon, dan sitokin yang berperan penting dalam melindungi bayi dari infeksi, termasuk bronkopneumonia. ASI juga kaya karbohidrat seperti laktosa sebagai sumber energi utama dan oligosakarida yang bertindak sebagai prebiotik alami untuk menjaga kesehatan saluran cerna. Kandungan lemak di dalamnya, termasuk asam lemak esensial seperti DHA dan ARA, mendukung perkembangan otak dan mata. Selain itu, ASI mengandung protein seperti whey, kasein, dan α -laktalbumin yang mudah dicerna dan membantu pertumbuhan serta sistem kekebalan. ASI juga terdiri dari sekitar 88% air, sehingga mencukupi kebutuhan cairan bayi tanpa tambahan lain. Di samping itu, ASI mengandung berbagai vitamin dan mineral penting serta probiotik dan enzim alami yang menunjang pencernaan dan kekebalan tubuh. Semua komponen ini menjadikan ASI eksklusif sebagai makanan sempurna sekaligus perlindungan alami bagi bayi dalam masa awal kehidupan.³⁴

Menurut hasil penelitian (Fauziah 2021) tentang hubungan riwayat pemberian ASI dengan kejadian pneumonia pada balita di puskesmas kota bandung menunjukkan bahwa sebanyak 24 balita (40%) mendapat ASI eksklusif, sebanyak 23 balita (38,3%) mendapatkan ASI predominan, sebanyak 13 balita (21,7%) mendapatkan ASI persial. Dari total balita yang diteliti, 20 orang (33,3%) tidak mengalami pneumonia, sedangkan 40 orang (66,7%) mengalami pneumonia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemberian ASI dan kejadian pneumonia, artinya pemberian ASI eksklusif dapat membantu mencegah pneumonia pada balita.³⁵

Hasil analisa peneliti sesuai teori yang ada bahwa anak yang tidak terpenuhinya ASI eksklusif hingga usia 6 bulan berpotensi besar menjadi salah satu faktor risiko terjadinya bronkopneumonia. Dalam kasus ini, gangguan kesehatan ibu yang menyebabkan penghentian pemberian ASI sejak usia 8 hari mengakibatkan anak bergantung pada susu formula sebagai sumber nutrisi utama. Hal ini menyebabkan anak tidak mendapatkan perlindungan imunologis alami yang seharusnya diperoleh dari ASI, seperti imunoglobulin A, laktoferin, dan zat kekebalan lainnya. Ketidaktercukupannya komponen imunologis tersebut melemahkan sistem pertahanan tubuh anak terhadap infeksi, anak yang tidak mendapat ASI eksklusif daya tahan tubuhnya akan menurun dan berisiko tinggi terinfeksi yang akan menyebabkan terjadinya penyakit bronkopneumonia.

Hasil rontgen radiologi thoraks An. I didapatkan adanya bercak-bercak disuprahiler kiri sampai paracardial kiri dan paracardial kanan. Hal ini sesuai dengan teori (Herawati 2024), bronkopneumonia adalah infiltrasi yang tersebar pada kedua belah paru, dimulai pada bronkiolus terminalis, yang menjadi tersumbat oleh eksudat mukopurulent yang disebut juga lobular pneumonia.¹ Hal ini sejalan dengan penelitian (Sashikirana dkk 2025) mengatakan bahwa gambaran foto thorax yang paling sering ditemukan ialah gambaran adanya infiltrat.³⁶

Menurut asumsi peneliti sesuai teori yang ada, hasil pemeriksaan radiologi thoraks An. I yang menunjukkan adanya bercak-bercak infiltrat di daerah suprahiler kiri hingga parakardial kiri dan kanan, merupakan gambaran khas yang konsisten dengan diagnosis bronkopneumonia. Infiltrat yang tersebar dan penyumbatan pada kedua sisi paru mencerminkan adanya proses inflamasi aktif yang biasanya dimulai dari bronkiolus terminalis oleh mukus, dan sering disebut juga lobular pneumonia.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang peneliti dapatkan dirumah sakit. Diagnosis utama yang diangkat untuk kasus An. I ini yaitu, 1) bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan sekret 2) pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas 3) hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit (mis. Infeksi).

Berdasarkan kasus yang peneliti temukan diagnosis utama yang peneliti angkat untuk kasus An. I yaitu **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan sekret**. Peneliti mengangkat diagnosis utama untuk kasus An. I karena ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya mengalami batuk berdahak namun sulit dikeluarkan, dan mengatakan anaknya sesak napas, kemudian anak tampak gelisah, tampak kesulitan mengeluarkan dahak, sputum tampak berlebih, anak mengalami kesulitan bernapas saat berada diposisi berbaring telentang, auskultasi bunyi napas terdengar suara napas ronkhi, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter, TD : 90/63, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, SPO2 : 96%, Crt : <2 detik, dan hasil pemeriksaan rontgen thorax menunjukkan adanya bercak-bercak disuprahiler kiri sampai paracardial kiri dan paracardial kanan.

Menurut (Wijayaningsih 2023) masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan bronkopneumonia yaitu bersihan jalan napas tidak efektif yang ditandai dengan akumulasi sekret yang berlebih, ketidakmampuan batuk secara efektif yang dapat disebabkan oleh sekresi yang kental atau berlebih akibat penyakit infeksi, terdengar adanya bunyi pernapasan ronkhi, pernapasan cepat, sehingga membuat anak sangat gelisah. Dampak yang terjadi apabila bersihan jalan napas tidak efektif tidak teratasi dahak akan menumpuk hingga kental sehingga menjadi susah untuk dikeluarkan. Hal ini akan menyebabkan respon batuk dan membuat pasien mengalami jalan

napas yang tidak efektif.¹³ Hal ini sejalan dengan penelitian (Jati 2024) mengatakan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan atau penumpukan sekret diangkat diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif karena berdasarkan data mayor dan minor (SDKI) didapatkan data ibu pasien mengatakan bahwa pasien batuk, tidak bisa mengeluarkan dahak secara mandiri, terdapat suara napas tambahan pada paru-paru yaitu ronchi, wheezing dan tidur tidak nyenyak (terganggu). Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (penumpukan sekret).³⁷

SDKI (2017), diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif bisa dirumuskan karena adanya gejala dan tanda mayor yaitu objektif yaitu batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebihan, ronchi kering. Gejala dan tanda minor: subjektif yaitu dispnea, sulit bicara, objektif yaitu gelisah, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah.¹⁷

SDKI (2017), faktor yang berhubungan dengan bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu spasma jalan nafas, hipersekresi jalan nafas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan nafas, adanya jalan nafas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan nafas, proses infeksi, respon energi, efek agen farmakologis.¹⁷

Menurut asumsi peneliti, gejala yang dialami oleh An. I sesuai dengan teori diatas, dimana dampak dari bronkopneumonia yaitu dahak anak akan menumpuk hingga kental mengakibatkan anak susah untuk mengeluarkan dahak mengakibatkan anak sesak napas, dan terdengar suara napas ronchi, dan membuat anak gelisah, tegaknya diagnosis ini sebagai diagnosis utama yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret dikarenakan pada ventilasi

karena oksigen yang masuk ke alveoli terjadi penyumbatan di bronkus hal ini diakibatkan karena adanya penumpukan sekret di bronkus, apabila terjadi penumpukan sekret di jalan nafas mengakibatkan pertukaran antara CO₂ dan O₂ tidak adekuat, sehingga terjadi masalah pada ventilasi akibatnya anak mengalami kesulitan bernapas dan batuk berdahak.

Diagnosis kedua yang peneliti angkat yaitu **pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas** ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya sesak napas, lemas dan gelisah, kemudian anak tampak menggunakan otot bantu pernapasan, anak tampak sesak, TD : 90/63, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter, SPO₂ : 96%, Crt : <2 detik, tampak adanya pernapasan cuping hidung.

Menurut (Herawati 2024) salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan bronkopneumonia yaitu pola napas tidak efektif yang ditandai dengan penggunaan otot bantu pernapasan, dan tarikan dinding dada, pada dada terlihat adanya peningkatan usaha pernapasan, frekuensi dan irama pernapasan tidak teratur, dan adanya pernapasan cuping hidung.¹ Hal ini sejalan dengan penelitian (Andayani 2024) mengatakan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, diangkat diagnosa pola napas tidak efektif karena berdasarkan data mayor dan minor (SDKI) didapatkan data mengalami dispnea, pola napas cepat dan dangkal, takipnea, pernapasan yang terlihat di cuping hidung, penggunaan otot bantu napas.³⁸

SDKI (2017), diagnosis pola nafas tidak efektif bisa dirumuskan karena adanya gejala dan tanda mayor subjektif yaitu mengalami dispnea, gejala dan tanda mayor : objektif yaitu penggunaan otot bantu

pernapasan, pola napas abnormal (mis. Takipnea), sputum berlebihan. Gejala dan tanda minor : objektif yaitu pernapasan cuping hidung.¹⁷

SDKI (2017), faktor yang berhubungan dengan pola nafas tidak efektif yaitu depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, deformitas tulang dada , gangguan neuromuskular, gangguan neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, efek agen farmakologis, dan kecemasan.¹⁷

Menurut asumsi peneliti, gejala yang dialami oleh An. I sesuai dengan teori diatas, dimana dengan diagnosa pola napas tidak efektif sesuai dengan teori akan mengalami penggunaan otot bantu pernapasan, dan tarikan dinding dada, pada dada terlihat adanya peningkatan usaha pernapasan, frekuensi dan irama pernapasan tidak teratur, dan adanya pernapasan cuping hidung.

Diagnosis ketiga yang peneliti angkat yaitu **hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit (mis. Infeksi)** ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan panas badan anaknya masih naik turun, kemudian dahi anak teraba hangat, TD : 90/63 mmHg, Suhu : 38,7°C, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, SPO2 : 96%, Crt : <2 detik, anak tampak gelisah dan tampak susah tidur.

Menurut (Wijayaningsih 2023) salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan bronkopneumonia yaitu hipertermia yang ditandai dengan anak akan disertai demam, anak gelisah dan susah tidur, demam terjadi akibat respon tubuh akibat adanya infeksi yang terjadi pada tubuh anak. Bakteri yang telah menyebar dan menyebabkan peradangan menginfeksi sistem kekebalan tubuh, sehingga terjadinya peningkatan suhu tubuh yang tinggi.

SDKI (2017), diagnosis hipertermia bisa dirumuskan karena adanya gejala dan tanda mayor objektif yaitu suhu tubuh diatas nilai normal, gejala dan tanda minor : objektif yaitu takikardia (detak jantung lebih cepat dari normal), takipnea (laju pernapasan meningkat), dan kulit terasa hangat.¹⁷

SDKI (2017), faktor yang berhubungan dengan hipertermia yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebih, penggunaan inkubator.¹⁷

Analisa peneliti sesuai dengan teori, bahwa kondisi hipertermia merupakan respons fisiologis tubuh akibat adanya proses infeksi akut di saluran pernapasan bawah, yang menyebabkan aktivasi sistem imun dan pelepasan pirogen endogen yang bekerja di hipotalamus, sehingga memicu peningkatan suhu tubuh. Peningkatan suhu ini tidak berdiri sendiri, melainkan disertai dengan takipnea dan takikardia, yang mencerminkan peningkatan laju metabolisme tubuh sebagai upaya adaptasi terhadap infeksi yang sedang berlangsung, jadi demam terjadi karena bakteri yang telah menyebar dan menyebabkan peradangan dapat menginfeksi sistem kekebalan tubuh, sehingga memicu peningkatan suhu tubuh secara signifikan.

Diagnosis keempat yang peneliti angkat yaitu **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare** ditandai dengan Tn. J dan Ny. N mengatakan anak mencret 1 minggu yang lalu sebanyak 3 kali sehari, penurunan nafsu makan, berat badan dari 10 kg menjadi 9,13 kg, kemudian anak tampak haus, minum dengan lahap, tampak pucat, anak gelisah dan rewel, mata cekung, dan cubitan kulit perut kembali lambat.

Menurut (Wijayaningsih 2023) salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan bronkopneumonia yaitu risiko ketidakseimbangan cairan yang dapat terjadi akibat kehilangan cairan tubuh seperti melalui diare. Respon tubuh terhadap perubahan fisiologis, khususnya pada sistem pencernaan, di mana disebutkan bahwa mual, muntah, dan diare dapat menyebabkan kekurangan cairan yang hebat, sehingga meningkatkan risiko terjadinya ketidakseimbangan cairan pada anak.

Analisa peneliti sesuai dengan teori, bahwa kondisi risiko ketidakseimbangan cairan merupakan konsekuensi dari kehilangan cairan aktif melalui diare, yang jika tidak ditangani dengan cepat dapat menyebabkan terganggunya keseimbangan cairan dalam tubuh, baik cairan didalam sel (intraseluler) maupun diluar sel (ekstraseluler). Pada kasus ini, anak mengalami diare sejak satu minggu lalu sebanyak 3 kali sehari, yang disertai dengan gejala klinis seperti penurunan nafsu makan, berat badan turun dari 10 kg menjadi 9,13 kg, tampak haus, minum dengan lahap, tampak pucat, gelisah, rewel, mata cekung, serta turgor kulit menurun (cubitan kulit perut kembali lambat), gejala tersebut mencerminkan tanda-tanda dehidrasi ringan atau sedang.

Secara fisiologis, diare dapat menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit penting seperti natrium, kalium, dan bikarbonat, yang akan memengaruhi fungsi organ vital. Kehilangan cairan yang berlebihan juga menyebabkan perfusi jaringan menurun dan bisa berujung pada gangguan sirkulasi. Anak tampak gelisah dan rewel sebagai bentuk reaksi terhadap ketidakseimbangan cairan dan ketidaknyamanan sistemik akibat dehidrasi.

3. Rencana Keperawatan

Dalam penelitian ini, intervensi keperawatan yang peneliti pilih, disusun sesuai diagnosis yang muncul pada kasus berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan indikator diagnostik (2018) & Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik (2019) diagnosis utama pada pasien adalah **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret** yaitu 1) manajemen jalan napas : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurling, mengi, wheezing, ronchi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen jika perlu. 2) fisioterapi dada : identifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (hipersekreasi sputum, sputum kental dan tertahan, tirah baring lama), identifikasi kontraindikasi fisioterapi dada, monitor status pernapasan (mis. Kecepatan, irama, suara napas, dan kedalaman napas), periksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, monitor jumlah dan karakter sputum, posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum, gunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi, lakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit, lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut, lakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan, jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada, anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai, ajarkan inspirasi perlahan dan dalam melalui hidung selama proses fisioterapi.

Menurut (Andriyani 2021) tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan bersihan jalan napas tidak efektif didapatkan intervensi yaitu melakukan fisioterapi dada.

Fisioterapi dada sangat efektif bagi penderita penyakit respirasi, dengan teknik postural drainage, perkusi dada dan vibrasi dapat mengubah konsistensi dan mengeluarkan sekret dari paru-paru. Fisioterapi dada dilakukan dengan teknik clapping, Teknik ini adalah suatu bentuk terapi dengan menggunakan tangan, dalam posisi telungkup serta dengan gerakan fleksi dan ekstensi secara ritmis. Teknik ini sering digunakan dengan dua tangan. Pada anak-anak clapping dapat dilakukan dengan dua atau tiga jari. Teknik dengan satu tangan dapat digunakan sebagai pilihan pada clapping yang dilakukan sendiri, teknik fisioterapi dada ini terhadap bersihan jalan nafas pada anak usia 1-5 tahun bahwa terdapat perbedaan bermakna rerata frekwensi bersihan jalan nafas sebelum dan sesudah fisioterapi.²¹

Penelitian yang dilakukan (Pramesty 2024) mengatakan bahwa Pengeluaran dahak yang tidak lancar dan batuk yang tidak efektif membuat sputum menjadi lengket dan menumpuk pada jalan napas sehingga jalan napas tidak efektif menimbulkan sesak. Penerapan fisioterapi dada sangat efektif dalam upaya mengeluarkan sputum dan memperbaiki ventilasi pada pasien dengan fungsi paru yang terganggu. Fisioterapi dada adalah kumpulan teknik atau tindakan pengeluaran sputum yang dilakukan agar tidak terjadi penumpukan dahak atau sputum yang mengakibatkan tersumbatnya jalan napas dan komplikasi penyakit lain. Fisoterapi dada ini dapat dilakukan pada bayi, anak-anak, dan dewasa terutama pada klien yang mengalami kesulitan untuk mengeluarkan sekret dari paru-paru. Tindakan fisioterapi dada ini efektif dalam membantu pasien mengurangi tanda dan gejala bersihan jalan napas tidak efektif dimana tanda dan gejala ini dapat dilihat dari keluarnya sekret, perubahan frekuensi napas sebelum dan sesudah dilakukan pemberian fisioterapi dada, dan anak sudah tampak bernapas dengan lega mengeluarkan sekret dari paru-paru.³⁹

Menurut asumsi peneliti berdasarkan teori diatas, intervensi fisioterapi dada pada kasus bronkopneumonia terbukti efektif dalam membantu mengeluarkan sekret dan mengatasi sumbatan pada saluran pernapasan, yang menyebabkan penyumbatan jalan napas yang tidak optimal. Fisioterapi menjadi bagian penting dalam penanganan bronkopneumonia pada anak, karena telah terbukti efektif mampu meredakan gejala, mempercepat proses penyembuhan, serta mencegah terjadinya komplikasi. Dengan landasan bukti empiris yang kuat, penerapan fisioterapi diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup anak-anak yang menderita bronpneumonia.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan untuk diagnosis kedua **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** yaitu 1) manajemen jalan napas : posisikan semi-fowler atau fowler, berikan oksigen jika perlu, 2) pemantauan respirasi : monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan.

Menurut (Herawati 2021) tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan pola napas tidak efektif didapatkan intervensi yaitu monitor bunyi napas, monitor sputum, monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memberikan oksigen, Berikan posisi posisi semi fowler, monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya sumbatan jalan napas, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen.¹

Hal ini sejalan dengan penelitian (Fajri 2020) tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan pola napas tidak efektif didapatkan intervensi yaitu monitor bunyi napas, monitor sputum, auskultasi bunyi napas tambahan, Berikan posisi yang nyaman buat klien, misalnya posisi semi fowler, Pantau tanda-tanda vital terutama frekuensi napas, lihat menggunakan otot bantu pernapasan.¹⁵

Menurut asumsi peneliti berdasarkan teori diatas, intervensi pemantauan respirasi dan manajemen jalan napas pada kasus bronkopneumonia terbukti efektif dalam menangani pola napas tidak efektif pada anak dengan bronkopneumonia. Pemantauan secara sistematis terhadap frekuensi, irama, kedalaman, dan pola napas sangat penting dilakukan untuk mendeteksi gangguan pernapasan secara dini, dan menentukan intervensi lanjutan seperti pemberian oksigen. Sedangkan posisi semi-Fowler atau Fowler membantu memperbaiki ekspansi paru dan menurunkan beban kerja napas.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosis ketiga **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)** yaitu manajemen hipertermia : identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, identifikasi makanan yang disukai, monitor kadar elektrolit, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, lakukan kompres hangat pada dahi, leher,dada, abdomen, aksila, berikan oksigen, dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Menurut (Wijayaningsih 2023) anak dengan bronkopneumonia akan membuat anak demam dengan suhu (39 °C-40 °C). Dengan ini intervensi yang dilakukan berupa, pantau suhu tubuh secara berkala,

pantau suhu lingkungan, komperes hangat dan pemberian antipiretik misalnya paracetamol.¹³

Hal ini sejalan dengan penelitian (Fajri 2020) tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan hipertermia didapatkan intervensi yaitu pantau suhu tubuh secara berkala, pantau suhu lingkungan, berikan komperes hangat ketiak, lipatan paha dan kening, Anjurkan klien untuk banyak minum, Anjurkan mengenakan pakaian tipis, Berikan antiseptik sesuai indikasi.¹⁵

Menurut asumsi peneliti berdasarkan teori diatas, intervensi manajemen hipertermia pada anak dengan bronkopneumonia penting dilakukan untuk menurunkan suhu pada anak, intervensi keperawatan seperti pemantauan suhu tubuh, pemberian kompres hangat, pelonggaran pakaian, serta penyediaan lingkungan yang sejuk terbukti efektif dalam menurunkan suhu tubuh secara bertahap dan aman. Pemberian oksigen, membantu menjaga kestabilan tubuh dalam mengatur energi dan mempercepat pemulihan.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosis keempat **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare** yaitu manajemen cairan : monitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit), berikan asupan cairan, berikan cairan intravena, kolaborasi pemberian diuretik.

Menurut (Wijayaningsih 2023) anak dengan bronkopneumonia akan membuat anak mengalami respon tubuh terhadap perubahan fisiologis, khususnya pada sistem pencernaan, di mana disebutkan bahwa mual, muntah, dan diare dapat menyebabkan kekurangan cairan yang hebat.

Dengan ini intervensi yang dilakukan berupa, monitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit), berikan asupan cairan, berikan cairan intravena, kolaborasi pemberian diuretik.¹³

Menurut asumsi peneliti berdasarkan teori diatas, intervensi manajemen cairan pada anak dengan bronkopneumonia penting dilakukan untuk menurunkan dehidrasi pada anak, intervensi keperawatan seperti monitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit), berikan asupan cairan, berikan cairan intravena, kolaborasi pemberian diuretik yang bertujuan untuk menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh anak, serta mencegah komplikasi lebih lanjut akibat gangguan perfusi jaringan. Pemantauan status hidrasi seperti frekuensi nadi, suhu akral, kelembapan mukosa mulut, dan turgor kulit dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda dehidrasi sejak dini. Pemberian cairan, baik secara oral maupun intravena, bertujuan untuk mengganti kehilangan cairan dan mempertahankan fungsi vital organ tubuh, terutama sirkulasi dan perfusi jaringan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasikan keperawatan yang dilakukan pada diagnosis **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret** tindakan yang dilakukan 1) memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), 2) memonitor bunyi napas tambahan (mis. ronkhi kering), 3) memposisikan semi-fowler atau fowler, 4) memberikan minum hangat, 5) melakukan fisioterapi dada, 6) mengidentifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (sputum kental dan tertahan), 7) memeriksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, 8) memposisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum, 9) menggunakan bantal untuk

membantu pengaturan posisi, 10) melakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit, 11) melakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut, 12) melakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan, 13) menjelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada, 14) memberikan obat bronhexin 3 mg 3x3 (oral), obat antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), nebulisasi ventolin 3x1 (inkubator) kepada anak didapatkan sekret anak belum berkurang.

Menurut (Andriyani 2021) mengatakan bahwa fisioterapi dada adalah kumpulan teknik atau tindakan pengeluaran sputum yang dilakukan agar tidak terjadi penumpukan dahak atau sputum yang mengakibatkan tersumbatnya jalan napas dan komplikasi penyakit lain. Fisoterapi dada ini dapat dilakukan pada bayi, anak-anak, dan dewasa terutama pada klien yang mengalami kesulitan untuk mengeluarkan sekret dari paru-paru.²¹

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Pramesty 2024) Implementasi yang diberikan pada anak dengan diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu memberikan posisi semifowler, memberikan minum hangat, memeriksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, memposisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum, melakukan fisioterapi dada.³⁹

Menurut asumsi peneliti terhadap kasus yang ditemukan dengan hasil penelitian dan teori sama, dengan melakukan tindakan Fisioterapi dada sangat efektif dalam upaya mengeluarkan sekret dan memperbaiki ventilasi dengan fungsi paru terganggu, memperbaiki pergerakan dan aliran sekret sehingga dapat mempelancar jalan napas. Fisioterapi dada adalah suatu cara terapi yang sangat berguna bagi anak baik pada

penyakit respirasi kronis maupun respirasi akut. Teknik fisioterapi dada yang digunakan berupa postural drainage, perkusi dan vibrasi.

Penelitian yang dilakukan (Aviaduta dkk 2024) terapi nebulizer adalah salah satu terapi yang sering dilakukan dalam mengatasi bersihan jalan nafas tidak efektif dengan tujuan untuk mengencerkan dahak dan melonggarkan jalan nafas sehingga dapat memudahkan pengeluaran dahak. Nebulizer dapat mengurangi sesak napas dengan cara menguapkan obat-obatan yang berupa cairan menjadi aerosol (uap) dengan obat yang biasanya sering digunakan yaitu: pulmicort berfungsi sebagai kombinasi anti radang dengan obat yang melonggarkan saluran nafas. Ventolin yang memiliki kandungan salbutamol sulfate berfungsi untuk penanganan serta pencegahan terhadap serangan sesak.⁴⁰

Menurut asumsi peneliti berdasarkan teori terapi nebulizer adalah salah satu terapi yang sering dilakukan dalam mengatasi bersihan jalan nafas tidak efektif dengan tujuan untuk mengencerkan dahak dan melonggarkan jalan nafas sehingga dapat memudahkan pengeluaran dahak. Nebulizer dapat mengurangi sesak napas dengan cara menguapkan obat-obatan yang berupa cairan menjadi aerosol (uap) dengan obat yang biasanya sering digunakan yaitu pulmicort berfungsi sebagai kombinasi anti radang dengan obat yang melonggarkan saluran nafas. Ventolin yang memiliki kandungan salbutamol sulfate berfungsi untuk penanganan serta pencegahan terhadap serangan sesak.

Implementasi untuk diagnosis kedua **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** yaitu 1) memposisikan anak semi fowler atau fowler 2) memonitor pola napas (seperti takipnea), 3) memonitor kemampuan batuk efektif, 4) memonitor adanya produksi sputum, 5) memonitor adanya sumbatan

jalan napas, 6) auskultasi bunyi napas, 7) memberikan O₂ nasal kanul sebanyak 2 liter/ menit, 8) mengobservasi adanya retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV.

Menurut (Herawati 2021) tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan pola napas tidak efektif didapatkan implementasi yaitu memonitor bunyi napas, memonitor sputum, memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memberikan oksigen, memberikan posisi semi fowler, memonitor kemampuan batuk efektif, memonitor adanya sumbatan jalan napas, auskultasi bunyi napas, memonitor saturasi oksigen.¹

Hal ini sejalan dengan penelitian (Fajri 2020) tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan pola napas tidak efektif didapatkan implementasi yaitu memonitor bunyi napas, memonitor sputum, auskultasi bunyi napas tambahan, memberikan posisi yang nyaman buat klien, misalnya posisi semi fowler, pantau tanda-tanda vital terutama frekuensi napas, lihat menggunakan otot bantu pernapasan.¹⁵

Menurut asumsi peneliti terhadap kasus yang ditemukan dengan hasil penelitian dan teori sama, karna fokus pada peningkatan efisiensi pernapasan dan menurunkan beban kerja pernapasan, tindakan seperti memposisikan semi Fowler atau Fowler, memantau pola napas, serta memberikan oksigen bertujuan untuk menjaga jalan napas tetap terbuka dan memudahkan anak bernapas.

Implementasi untuk diagnosis ketiga **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)** yaitu manajemen hipertermia :
1) memonitor suhu tubuh, 2) melakukan kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila, 3) memberikan oksigen (sebanyak 2 liter/

menit), dan berkolaborasi obat penurun panas paracetamol infus 4x125 mg (iv).

Menurut (Wijayaningsih 2023) anak dengan bronkopneumonia akan membuat anak demam dengan suhu (38°C - 40°C). Dengan ini implementasi yang dilakukan berupa, pantau suhu tubuh secara berkala, pantau suhu lingkungan, komperes hangat dan pemberian antipiretik misalnya paracetamol.¹³

Hal ini sejalan dengan penelitian (Fajri 2020) tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan bronkopneumonia dengan hipertermia didapatkan implementasi yaitu pantau suhu tubuh secara berkala, pantau suhu lingkungan, berikan komperes hangat ketiak, lipatan paha dan kening, Anjurkan klien untuk banyak minum, Anjurkan mengenakan pakaian tipis, Berikan antiseptik sesuai indikasi.¹⁵

Menurut pandangan peneliti, tindakan keperawatan seperti memantau suhu tubuh, memberikan kompres hangat, menciptakan lingkungan yang sejuk, serta pemberian antipiretik misalnya paracetamol sudah tepat dilakukan pada anak dengan hipertermia. Pemberian oksigen juga penting untuk mencegah membantu tubuh anak pulih lebih cepat dari demam yang disebabkan oleh infeksi.

Diagnosis keempat **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare** yaitu manajemen cairan : 1) memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit), 2) memberikan asupan cairan, 3) memberikan cairan intravena KA EN 1B 18 TPM mikro (iv), 4) berkolaborasi pemberian garam oralit 50 cc tiap habis BAB (oral), dan zinc syrup 1x5 cc (oral).

Menurut (Wijayaningsih 2023) anak dengan bronkopneumonia akan membuat anak diare, respon tubuh terhadap perubahan fisiologis khususnya pada sistem pencernaan, di mana disebutkan bahwa mual, muntah, dan diare dapat menyebabkan kekurangan cairan yang hebat, sehingga meningkatkan risiko ketidakseimbangan cairan pada anak. Dengan ini implementasi yang dilakukan berupa memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit), memberikan asupan cairan, pertahankan pemasukan cairan yang adekuat, beri obat sesuai indikasi misalnya antipiretik, dan berikan cairan tambahan IV sesuai keperluan.¹³

Buku Bagan MTBS (2022) tindakan/pengobatan anak dengan diare dehidrasi ringan/sedang yaitu 1) beri cairan, tablet zinc, dan makanan sesuai rencana terapi B, 2) jika terdapat klasifikasi berat lain, (rujuk segera, jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutkan oralit selama perjalanan).²⁰

Menurut pandangan peneliti, tindakan keperawatan seperti memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit) bertujuan untuk menilai derajat dehidrasi secara cepat, memberikan asupan cairan berfungsi untuk mengganti cairan tubuh yang hilang, memberikan cairan intravena KA EN 1B 18 TPM mikro (iv) bertujuan memberikan cairan secara langsung ke pembuluh darah, berkolaborasi pemberian diuretik garam oralit 1000 cc tiap habis BAB (oral) bertujuan mengganti cairan yang hilang akibat diare, oralit mengandung natrium, dan glukosa. Ini sudah tepat dilakukan pada anak dengan risiko ketidakseimbangan cairan.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama lima hari, maka didapatkan hasil progres kesehatan anak sebagai berikut diagnosis keperawatan **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan batuk sudah berkurang dahak sudah berkurang pada rawatan ke 3, tidak terdengar ronkhi pada hari rawatan ke 4. Ny. N mengatakan anak mengalami batuk tapi tidak sering, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, Suhu : 36,7°C pada hari rawatan ke 5.

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi, intervensi dihentikan dengan memberikan obat bronhexin 3 mg 3x3 (oral) selama 3 hari, dan dilanjutkan dengan ibu melakukan fisioterapi dada dan inhalasi uap pada anak jika mengalami batuk dengan penumpukan sekret.

Menurut (Andriyani 2021) mengatakan bahwa fisioterapi dada adalah kumpulan teknik atau tindakan pengeluaran sputum yang dilakukan agar tidak terjadi penumpukan dahak atau sputum yang mengakibatkan tersumbatnya jalan napas dan komplikasi penyakit lain. Fisoterapi dada ini dapat dilakukan pada bayi, anak-anak, dan dewasa terutama pada klien yang mengalami kesulitan untuk mengeluarkan sekret dari paru-paru.²¹

Menurut penelitian (Rahmayani dkk 2023) mengatakan bahwa dengan dilakukannya tindakan fisioterapi dada memiliki pengaruh yang signifikan terhadap bersihan jalan napas pada anak dengan bronkopneumonia, karena setelah dilakukan fisioterapi dada terjadi perbaikan kondisi pada status pernapasan diantaranya frekuensi napas

membaik, tidak terdengar suara napas ronki, dan batuk sudah mulai berkurang, dan gelisah menurun.⁴¹

Asumsi peneliti setelah melakukan asuhan keperawatan pada An. I selama 5 hari didapatkan evaluasi keperawatan terhadap bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret telah sesuai dengan kriteria SIKI yaitu produksi sputum tidak ada lagi, ronkhi tidak ada, pola napas membaik, frekuensi napas anak membaik, tidak terjadi sesak napas saat berbaring, gelisah tidak ada, batuk bedahak hilang, sehingga masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dan intervensi dihentikan.

Pada diagnosa ini dihari kelima dilanjutkan dengan ibu melakukan fisioterapi dada dan inhalasi uap pada anak jika mengalami batuk dengan penumpukan sekret.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Rusmini dkk 2020) mengatakan bahwa dengan dilakukannya tindakan inhalasi uap dengan cara uap air panas dengan kombinasi minyak kayu putih memiliki pengaruh yang signifikan terhadap bersihan jalan napas pada anak dengan bronkopneumonia, karena setelah dilakukan inhalasi uap dapat mengeluarkan sekret dan menurunkan frekuensi napas secara efektif, terjadi penurunan frekuensi napas sebelum dan setelah dilakukan tindakan, dengan nilai rata-rata angka penurunan frekuensi napas yaitu selisih 3 x/menit pada setiap harinya.⁴²

Asumsi peneliti setelah melakukan asuhan keperawatan pada An. I selama 5 hari, peneliti menilai bahwa tindakan lanjutan berupa inhalasi uap memiliki potensi yang signifikan dalam membantu mempertahankan bersihan jalan napas yang sudah membaik. Tindakan ini diberikan sebagai upaya preventif dan terapi rumahan bila sewaktu-

waktu anak kembali mengalami batuk berdahak akibat penumpukan sekret.

Diagnosis keperawatan **pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan tarikan dinding dada dan otot napas tidak ada lagi pada hari rawatan ke 4, anak sudah tidak sesak, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, Suhu : 36,7°C pada hari rawatan ke 5, anak tampak tenang tidak gelisah dan sudah bisa bermain pada hari rawatan ke 5.

Masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas teratasi, intervensi dihentikan.

Menurut (Herawati 2021) hal ini juga didukung oleh teori bahwa hasil evaluasi yang didapatkan pada masalah pola napas tidak efektif yaitu dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.¹

Asumsi peneliti setelah melakukan asuhan keperawatan pada An.I selama 5 hari didapatkan evaluasi keperawatan terhadap masalah pola nafas tidakefektif berhubungan dengan hambatan upaya napas telah sesuai dengan kriteria SIKI yaitu dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.

Diagnosis keperawatan **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan anak masih teraba sedikit hangat dan anak tidak gelisah lagi pada hari rawatan ke 4, Ny. N mengatakan anak sudah tidak demam dan anak sudah bermain seperti

biasa, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, Suhu : 36,7°C pada hari rawatan ke 5.

Masalah Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi) teratasi, intervensi dilanjutkan dengan ibu mengobservasi kondisi anak, memberikan kompres hangat, dan meminum obat paracetamol jika kembali demam.

Menurut (Wijayaningsih 2023) hal ini juga didukung oleh teori bahwa hasil evaluasi yang didapatkan pada masalah hipertermia yaitu takikardia menurun, takipnea menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, ventilasi membaik.¹³

Asumsi peneliti setelah melakukan asuhan keperawatan pada An. I selama 5 hari didapatkan evaluasi keperawatan terhadap masalah hipertermia berhubungan dengan proses terjadinya penyakit (infeksi) telah sesuai dengan kriteria SIKI yaitu takikardia menurun, takipnea menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, ventilasi membaik., sehingga masalah keperawatan hipertermia sudah teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Diagnosis keperawatan **Risiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil Ny. N mengatakan anaknya tidak mencret lagi, anak tidak rewel dan gelisah pada hari ke 4, dehidrasi anak menurun, mata sudah tidak cekung, turgor kulit membaik, dan suhu 36,7°C, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, pada hari rawatan ke 5.

Masalah risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare teratasi, intervensi hentikan dengan memberikan obat zinc syrup 1x5 cc (oral) selama 3 hari.

Menurut (Wijayaningsih 2023) hal ini juga didukung oleh teori bahwa hasil evaluasi yang didapatkan pada masalah risiko ketidakseimbangan cairan yaitu dehidrasi menurun, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, rewel dan gelisah menurun, dan suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit.¹³

Asumsi peneliti setelah melakukan asuhan keperawatan pada An. I selama 5 hari didapatkan evaluasi keperawatan terhadap masalah risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare telah sesuai dengan kriteria SIKI yaitu dehidrasi menurun, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, rewel dan gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, anak tidak mencepet lagi dan suhu membaik.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terkait asuhan keperawatan pada Anak dengan Kasus Bronkopneumonia di Ruang Kasturi RSUD dr. Rasidin Padang pada tahun 2025, peneliti menyampaikan kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang didapatkan menunjukkan tanda dan gejala yang dialami oleh An. I yaitu sesak nafas, demam, mencret sudah mulai berkurang sebanyak 2 kali sehari, sputum tampak berlebih, batuk berdahak, dahak susah keluar, anak sering gelisah dan menangis, selain itu juga tampak pada anak adanya retraksi dinding dada, otot bantu nafas, adanya pernapasan cuping hidung, dan peningkatan frekuensi pernafasan, auskultasi bunyi napas terdengar suara napas ronkhi, anak tampak pucat, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, dan anak haus dan minum dengan lahap,.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus An. I yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), dan risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare.
3. Intervensi yang direncanakan oleh peneliti, baik intervensi yang direncanakan secara mandiri maupun kolaborasi seperti manajemen jalan nafas, fisioterapi dada, pemantauan respirasi, manajemen hipertermia, dan manajemen cairan.
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun yang dilaksanakan lima hari dari tanggal 9 maret – 13 maret 2024. Sebagian besar rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan.

5. Hasil evaluasi pada An. I selama 5 hari dalam bentuk SOAP, pada hari terakhir produksi sputum tidak ada lagi, suara nafas anak tidak terdengar ronkhi, pola napas membaik, gelisah tidak ada, batuk bedahak masih ada tapi tidak sering, otot bantu napas menurun, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, RR : 49 x/menit, HR : 92 x/menit, T : 36,7°C. Pada diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret teratasi pada hari ke lima. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas teratasi pada hari ke lima. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) teratasi pada hari ke lima. Risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare teratasi pada hari ke lima.

B. Saran

1. Bagi perawat ruangan anak
Peneliti merekomendasikan perawat ruangan untuk terus melakukan evaluasi dan optimalisasi pelaksanaan fisioterapi dada untuk masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien.
2. Bagi Institusi Pendidikan
Melalui direktur agar karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi dan referensi yang bermanfaat dalam menambah pengetahuan serta wawasan mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada anak dengan Bronkopneumonia.
3. Bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya
Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu acuan yang bermanfaat sebagai data pembanding sekaligus penunjang dalam penerapan asuhan keperawatan pada kasus serupa di masa mendatang.
4. Bagi Keluarga
Diharapkan untuk keluarga dapat menerapkan asuhan

keperawatan secara komprehensif pada anak, antara lain dengan memberikan fisioterapi dada dan inhalasi uap pada anak jika mengalami batuk dengan penumpukan sekret, memberikan kompres hangat dan meminum obat paracetamol jika anak mengalami demam.

DAFTAR PUSTAKA

1. Herawati ade tika, Fathimi, Yesni M, Rusminingsih E, Bobaya J. Bunga Rampai Keperawatan Medikal Bedah I. In: Semarang. Edisi ke-1. Semarang: PT Media Pustaka Indo; 2024.
2. Coutts JA. Primary bronchopneumonia in children. *Br Med J*. 2019;4.
3. Dicky A, Wulan A. Tatalaksana terkini bronkopneumonia pada anak dirumah sakit abdul moelek. 2017;
4. WHO. pneumonia. 2022;
5. Pan American Health Organization. *Mycoplasma pneumoniae Respiratory Infections*. 2023; Available from: <https://www.paho.org/en/documents/briefing-note-mycoplasma-pneumoniae-respiratory-infections-20-december-2023>
6. Nugraha KWD, Seviana T, Manullang EV, Indrayani A. Profil Kesehatan Indonesi. In Jakarta: Kementrerian Kesehatan Republik Indonesia; 2023. p. 100.
7. Asiva Noor Rachmayani. Profil Kesehatan Kota Padang. 2022;
8. RSUP DR. M.Djamil Padang. 2020;
9. Suartawan IP. Bronkopneumonia pada anak usia 20 bulan. *J Kedokt*. 2019;198–206.
10. Ningsih NF, Mufidah A, Wilujeng AP, Pratiwi EA. Keperawatan Anak. In: Bandung. Bandung: CV. Media Sains Indonesia; 2022. p. 329–33.
11. Amru DE, Devi Putri Y, Selvia A. Hubungan Status Gizi Dengan Kejadian Pneumonia Pada Balita. *J Keperawatan 'Aisyiyah*. 2021;8(1):1–6.

12. Makdalena MO, Sari W, Abdurrasyid, Astutia IA. Analisis asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia. 2021;
13. Wijayaningsih KS. Asuhan keperawatan anak. In: Jakarta. 2nd ed. Jakarta: Trans Info Media; 2023.
14. Nurandani A. Asuhan keperawatan pada An.R dengan bronkopneumonia di ruang perawatan anak Rumah Sakit Hermina Bekasi. 2023;41–66.
15. Fajri IR, Purnawati ID. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia. 2020;109–23.
16. Bata VA, Hikma WOE, Anggraeni F, Molintao WP, Suprihatin K, Purwati NH. Buku Ajar Keperawatan Anak. In: Pangkal Pinang. Pangkal Pinang: CV. Sciennce Techno direct; 2023.
17. Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017. In: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. DPP PPNI;
18. Smith J. Radiologi Finding in Bronchopneumonia. J Med Imaging. 2020;
19. Mediarti D, Hapipah, Prabowo DYB, Susanti E, Supriani A. Ilmu keperawatan medikal bedah dan gawat darurat. In: Bandung. Bandung: CV. Media Sains Indonesia; 2022.
20. Buku Bagan Manajemen Balita Sakit. In Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2022.
21. Andriyani S, Windahandayani VY, Damayanti D, Faridah U, Sari YIP, Fari AI, et al. Asuhan keperawatan pada anak. In Yayasan Kita Menulis; 2021.
22. Putra ASA. Kementerian Kesehatan RI BBKPM BANDUNG. Bandung. 2023;
23. Sariatmi A, Martini, Patriajati S, Dewanti NAY, Budiyantri RT, Nandini N. Mengenal Imunisasi Rutin Lengkap. In: Semarang [Internet]. Semarang: Fkm Undip Press; 2018. p. 1–90. Available from: <https://doc->

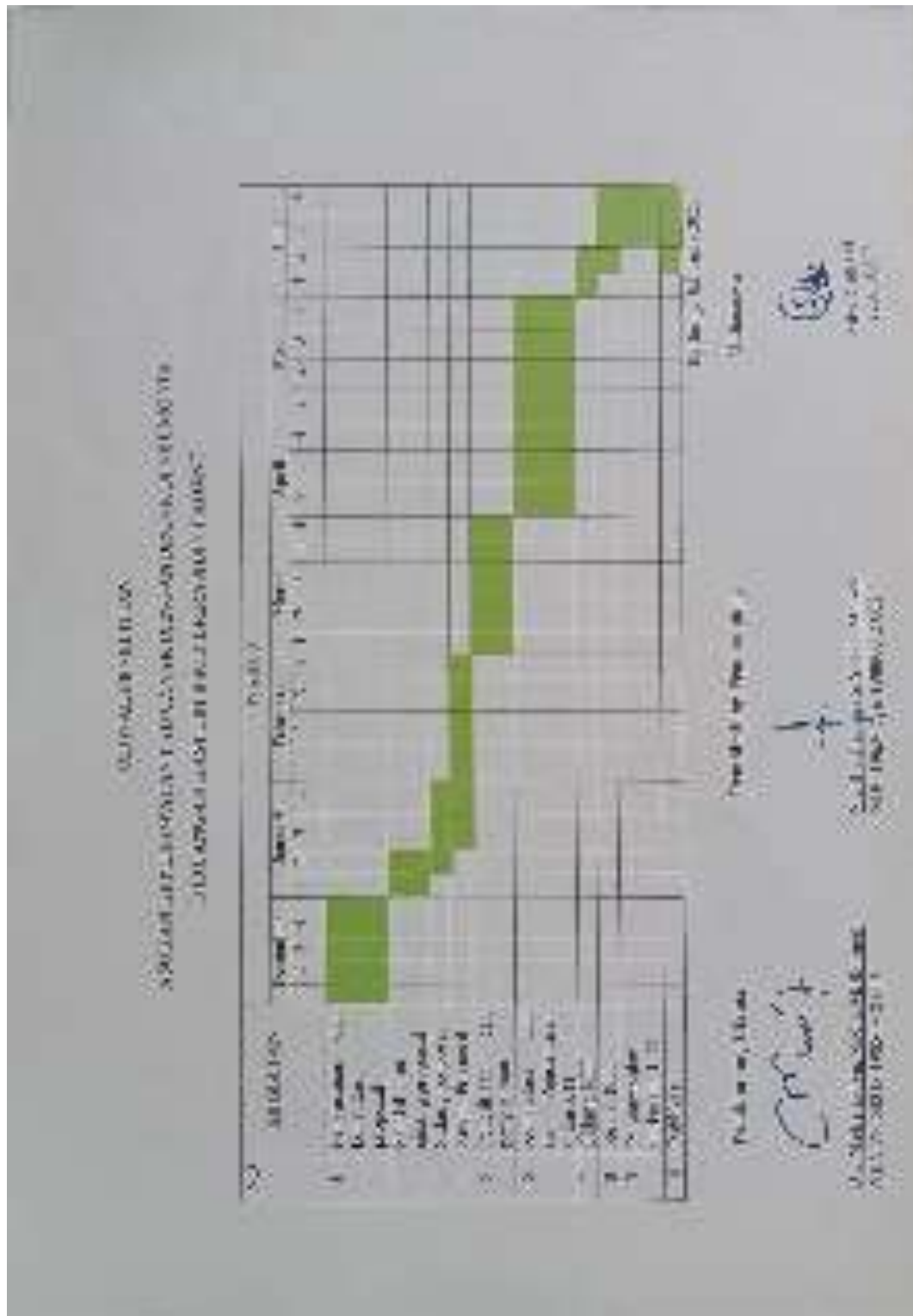
pak.undip.ac.id/id/eprint/11407/1/Mengenal_IMUNISASI_RUTIN LENG KAP.pdf

24. Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019. In: Standar Luaran Keperawatan Indonesia. DPP PPNI;
25. Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018. In: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. DPP PPNI;
26. Widodo S, Ladyani F, Asrianto LO, Rusdi, Khairunnisa, Lestari SMP, et al. Metodologi Penelitian. Pangkal Pinang. Pangkal Pinang: CV. Sciennce Techno direct; 2023. 1–195 p.
27. Kusumawaty I, Achmad VS, Ginting DS, Yunike, Liana Y, Indriani D, et al. Metodologi Penelitian Keperawatan. In: 2nd ed. PT Global Eksekutif Teknologi; 2022.
28. Masturoh I, Anggita N. Metodologi Penelitian Kesehatan. In Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2018.
29. Putri SE. Bronchopneumonia. Nurs Times. 2023;58(3):1186–8.
30. Titin. Hubungan status gizi dan status imunisasi terhadap kejadian bronkopneumonia pada anak. 2024;
31. Rizqullah N, Putri M, Zulmansyah. Hubungan status imunisasi dasar terhadap pneumonia pada Pasien balita rawat inap di RSIA Respati Tasikmalaya. 2021;
32. Harahap AR, Kusumawati N, Lestari RR. Hubungan lingkungan fisik rumah dengan kejadian pneumonia pada balita di desa tarai bangun wilayah kerja Upt Blud Puskesmas Tambang. 2021;
33. Afriani N, Amin N, Haskas Y. Faktor yang berhubungan dengan kejadian bronkopneumonia pada anak usia 1-5 tahun di perawatan anak Rs Kdia Pertiwi Kota Makassar. 2020;

34. Pranatha A, Rini MT, Supriyanto, Kusumawati I, Lubis L. Keperawatan Anak. In: Sirait MJF, editor. Jakarta. Jakarta: Yayasan kita menulis; 2023. p. 1–23.
35. Fauziah M, Cahyaningsih H, Sofyana H, Kusmiati S. Hubungan riwayat pemberian asi dengan kejadian pneumonia Pada balita. 2022;
36. Sashikirana NR, Darmayanti D, Handoko D. Karakteristik foto thoraks pasien pneumonia di instalasi radiologi RSD Kota Tidore Kepulauan. 2025;
37. Dara JD. Studi Kasus : Bersihan jalan nafas tidak efektif pada anak. 2024;
38. Andayani S, Badriyah UN. Pursed lips breathing therapy for ineffective respiratory patterns in pneumonia patients. 2024;
39. Pramesty DRW, Idu CJ, Fuadah S. Gudang jurnal ilmu kesehatan optimalisasi asuhan keperawatan pasien bronkopneumonia dengan gangguan bersihan jalan napas tidak efektif melalui fisioterapi dada Di RPU 2 Rumah Sakit An-Nisa Tangerang. 2024;
40. Aviaduta A, Cahyaningrum ED, Triana NY. Pemberian terapi nebulizer untuk meningkatkan bersihan jalan napas pada anak dengan bronkopneumonia. 2024;
41. Rahmayani Y, Murniati, C ED. Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada An. B dengan Bronkopneumonia di Ruang Firdaus RSI Banjarnegara. Madani J Ilm Multidisiplin. 2023;1(9):223–32.
42. Katolik U, Charitas M. Penerapan Terapi Uap Air Panas dan Minyak Kayu Putih pada Anak Bronkopneumonia di Charitas Hospital Belitang parenkim paru yang terlokalisir yang biasanya mengenai bronkiolus dan juga mengenai Haemophilus influenzae dapat menyebabkan radang pada saluran u. 2025;

LAMPIRAN

Lampiran 1 Ganchart Penelitian



Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

LEMBAR KONSULTASI PANGKAWATI - DUMINAH
PRIBADI KEMERAWATAN GIGI DAN MULUT
PADA AREA KEMERAWATAN PANGKAWATI

No. : 001/2020
 Tanggal : 10/10/2020
 Nama : DUMINAH
 No. HP : 08123456789
 Alamat : Jl. Merdeka No. 10, Kota Baru, Kabupaten Pangkajene, Sulawesi Selatan

No	Tgl. Kunj.	Keperawatan yang dilakukan	Waktu
1	10/10/2020	1. Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik 2. Melakukan pemeriksaan gigi 3. Melakukan pemeriksaan mulut dan tenggorokan	10.00 - 10.30
2	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	10.30 - 11.00
3	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	11.00 - 11.30
4	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	11.30 - 12.00
5	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	12.00 - 12.30
6	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	12.30 - 13.00
7	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	13.00 - 13.30
8	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	13.30 - 14.00
9	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	14.00 - 14.30
10	10/10/2020	1. Melakukan tindakan perawatan gigi 2. Melakukan tindakan perawatan mulut dan tenggorokan	14.30 - 15.00

1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
1. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	2. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$	3. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$

Page 1 of 1

1/1

Page 1 of 1

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

FAKULTAS KEMUKALAN TUGAS AKHIR
PROSEDUR PERAWATAN PADA NC JURUSAN KEPERAWATAN
POLITERAS KEMUKALAN PAHANG

Nama: Irma Wulan
 NIM: 221116272
 Pembimbing 2: Dr. Nc. Titimawati S. ST, M. Ed
 Sub: Antar Klien dan Keluarga dan Tindakan Keperawatan Di
RW. Di Kandi Pang

No	Tempat	Keperawatan dan Tindakan Keperawatan	Hasil Tindakan
1	Ruang 01 Kamar 2024	<ul style="list-style-type: none"> Observasi keadaan umum klien Asesmen kebutuhan dasar Diagnosis keperawatan EMT (gagal napas dan distress) NC 2024 	
2	Ruang 01 Kamar 2024	<ul style="list-style-type: none"> Skema Bedi Uji vital (nadi, tekanan darah, saturasi SpO2) Palpasi abdomen bawah (mengapa ada di Bedi) 	
3	Ruang 01 Kamar 2024	<ul style="list-style-type: none"> Kardio (Dip. 1 dan 2) Uji vital (tekanan darah, saturasi SpO2) Mengapa menggunakan kardio (ada di Bedi dan 2) Palpasi abdomen bawah (mengapa ada di Bedi) 	

4	<p> $\text{Net } L = L_1 + L_2 + L_3 + L_4 + L_5 + L_6$ $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>	<p> $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>
5	<p> $\text{Net } L = L_1 + L_2 + L_3 + L_4 + L_5 + L_6$ $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>	<p> $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>
6	<p> $\text{Net } L = L_1 + L_2 + L_3 + L_4 + L_5 + L_6$ $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>	<p> $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>
7	<p> $\text{Net } L = L_1 + L_2 + L_3 + L_4 + L_5 + L_6$ $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>	<p> $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>
8	<p> $\text{Net } L = L_1 + L_2 + L_3 + L_4 + L_5 + L_6$ $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>	<p> $L_1 = 100$ $L_2 = 100$ </p>

[illegible]

Pintu (DPMPTSP)



PT. PANGLOSS KOTA PADANG
BISNIS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Jendral Sudirman No. 1, Padang, Sumatera Barat 25139
 Telp. (075) 7422222, 7422223, 7422224, 7422225, 7422226, 7422227, 7422228, 7422229, 7422230, 7422231, 7422232, 7422233, 7422234, 7422235, 7422236, 7422237, 7422238, 7422239, 7422240, 7422241, 7422242, 7422243, 7422244, 7422245, 7422246, 7422247, 7422248, 7422249, 7422250, 7422251, 7422252, 7422253, 7422254, 7422255, 7422256, 7422257, 7422258, 7422259, 7422260, 7422261, 7422262, 7422263, 7422264, 7422265, 7422266, 7422267, 7422268, 7422269, 7422270, 7422271, 7422272, 7422273, 7422274, 7422275, 7422276, 7422277, 7422278, 7422279, 7422280, 7422281, 7422282, 7422283, 7422284, 7422285, 7422286, 7422287, 7422288, 7422289, 7422290, 7422291, 7422292, 7422293, 7422294, 7422295, 7422296, 7422297, 7422298, 7422299, 7422300, 7422301, 7422302, 7422303, 7422304, 7422305, 7422306, 7422307, 7422308, 7422309, 7422310, 7422311, 7422312, 7422313, 7422314, 7422315, 7422316, 7422317, 7422318, 7422319, 7422320, 7422321, 7422322, 7422323, 7422324, 7422325, 7422326, 7422327, 7422328, 7422329, 7422330, 7422331, 7422332, 7422333, 7422334, 7422335, 7422336, 7422337, 7422338, 7422339, 7422340, 7422341, 7422342, 7422343, 7422344, 7422345, 7422346, 7422347, 7422348, 7422349, 7422350, 7422351, 7422352, 7422353, 7422354, 7422355, 7422356, 7422357, 7422358, 7422359, 7422360, 7422361, 7422362, 7422363, 7422364, 7422365, 7422366, 7422367, 7422368, 7422369, 7422370, 7422371, 7422372, 7422373, 7422374, 7422375, 7422376, 7422377, 7422378, 7422379, 7422380, 7422381, 7422382, 7422383, 7422384, 7422385, 7422386, 7422387, 7422388, 7422389, 7422390, 7422391, 7422392, 7422393, 7422394, 7422395, 7422396, 7422397, 7422398, 7422399, 7422400, 7422401, 7422402, 7422403, 7422404, 7422405, 7422406, 7422407, 7422408, 7422409, 7422410, 7422411, 7422412, 7422413, 7422414, 7422415, 7422416, 7422417, 7422418, 7422419, 7422420, 7422421, 7422422, 7422423, 7422424, 7422425, 7422426, 7422427, 7422428, 7422429, 7422430, 7422431, 7422432, 7422433, 7422434, 7422435, 7422436, 7422437, 7422438, 7422439, 7422440, 7422441, 7422442, 7422443, 7422444, 7422445, 7422446, 7422447, 7422448, 7422449, 7422450, 7422451, 7422452, 7422453, 7422454, 7422455, 7422456, 7422457, 7422458, 7422459, 7422460, 7422461, 7422462, 7422463, 7422464, 7422465, 7422466, 7422467, 7422468, 7422469, 7422470, 7422471, 7422472, 7422473, 7422474, 7422475, 7422476, 7422477, 7422478, 7422479, 7422480, 7422481, 7422482, 7422483, 7422484, 7422485, 7422486, 7422487, 7422488, 7422489, 7422490, 7422491, 7422492, 7422493, 7422494, 7422495, 7422496, 7422497, 7422498, 7422499, 7422500, 7422501, 7422502, 7422503, 7422504, 7422505, 7422506, 7422507, 7422508, 7422509, 7422510, 7422511, 7422512, 7422513, 7422514, 7422515, 7422516, 7422517, 7422518, 7422519, 7422520, 7422521, 7422522, 7422523, 7422524, 7422525, 7422526, 7422527, 7422528, 7422529, 7422530, 7422531, 7422532, 7422533, 7422534, 7422535, 7422536, 7422537, 7422538, 7422539, 7422540, 7422541, 7422542, 7422543, 7422544, 7422545, 7422546, 7422547, 7422548, 7422549, 7422550, 7422551, 7422552, 7422553, 7422554, 7422555, 7422556, 7422557, 7422558, 7422559, 7422560, 7422561, 7422562, 7422563, 7422564, 7422565, 7422566, 7422567, 7422568, 7422569, 7422570, 7422571, 7422572, 7422573, 7422574, 7422575, 7422576, 7422577, 7422578, 7422579, 7422580, 7422581, 7422582, 7422583, 7422584, 7422585, 7422586, 7422587, 7422588, 7422589, 7422590, 7422591, 7422592, 7422593, 7422594, 7422595, 7422596, 7422597, 7422598, 7422599, 7422600, 7422601, 7422602, 7422603, 7422604, 7422605, 7422606, 7422607, 7422608, 7422609, 7422610, 7422611, 7422612, 7422613, 7422614, 7422615, 7422616, 7422617, 7422618, 7422619, 7422620, 7422621, 7422622, 7422623, 7422624, 7422625, 7422626, 7422627, 7422628, 7422629, 7422630, 7422631, 7422632, 7422633, 7422634, 7422635, 7422636, 7422637, 7422638, 7422639, 7422640, 7422641, 7422642, 7422643, 7422644, 7422645, 7422646, 7422647, 7422648, 7422649, 7422650, 7422651, 7422652, 7422653, 7422654, 7422655, 7422656, 7422657, 7422658,



PEMERINTAH KOTA PADANG
RSUD dr. RASIDIN

Jalan dr. Pongkor, Nagi - Kota Padang, Telp: 075-749156 Faksimili: 075-749157
 website : rsud.rasidin.go.id email : rsud@rasidin.go.id rsud.rasidin@gmail.com

Tujuan : **RS B. PUSKORU PADANG**

Tempat : **Padang**

Tgl : **18 Desember 2024**

Revisi : **Revisi (0)**

Revisi : **Gila/Perbaikan**

Kepada Yth
Mr. Rengas Kusuma M. Fikri Muli
 &
 Timnya

Honorable,

Selamat pagi Bapak dan Ibu. Dengan hormat, saya selaku Kepala RSUD dr. Rasidin Padang menyampaikan surat ini kepada Bapak dan Ibu. Surat ini berisi informasi mengenai hasil pemeriksaan kesehatan yang telah dilakukan oleh tim medis kami pada tanggal 15 Desember 2024. Hasil pemeriksaan tersebut menunjukkan bahwa Bapak dan Ibu dalam keadaan sehat. Kami mengucapkan terima kasih atas kerjasamanya.

Nama	Mr. Rengas
Alamat	Padang
Revisi	Revisi (0)
Revisi	Revisi (0)

Demikian surat ini saya sampaikan. Atas kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
RSUD dr. RASIDIN



RSUD dr. RASIDIN
 RSUD dr. RASIDIN
 RSUD dr. RASIDIN

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Kemenkes Poltekkkes Padang



Kemenkes
Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jendral
Kontrol Dan Promosi Kesehatan
Subdirektori Kesehatan Masyarakat
Jl. Sekeloa Tengah No. 10
Jakarta Pusat 10110
Telp. (021) 52010000
Fax. (021) 52010001

No. : 0101/2019/KEK/1146/2019

Tgl. : 24 Januari 2019

Hal : 1

Surat Izin Penelitian

Kepada Yth
Kepala DITD di Bandung, Padang

Revisi : 1

Tempat :
Bandung

Sehubungan dengan dilaksanakannya penelitian *Penyusunan Kartu Taku Untuk TB-HIV* – Laporan 10000, yang telah dilaksanakan di lokasi penelitian yaitu di PT Karyasari Padang Sumatera Barat, Kabupaten Padang Pariaman Sumatera Barat, pada tanggal 24 Januari 2019, maka dengan ini kami sampaikan kepada Kepala DITD agar memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan penelitian tersebut di lokasi yang telah ditentukan.

NO	NAMA	REK	HALAL, PROPRITAS & IS	Lokasi Penelitian
1	Yudi H. P.	121110171	Asisten Administrasi Publik (Asisten Administrasi & Keuangan Kantor DITD di Bandung)	27 Januari 2019 – 31 Maret 2019

Ditandatangani oleh Kepala DITD dan pejabat yang berwenang di lokasi penelitian.

Direktori Kesehatan Masyarakat, Padang



Parmanan, S.Kn, M.Pd, Ns, Ns

Lampiran 8 Surat Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)

INFORMED CONSENT
(Surat Persetujuan)

Saya/ kami/ kami dan kami, ini,

Nama responden:	Herminia Riza Azzahra
Umur/ Tgl Lahir:	2006/ 12/ 04 - 12/ 4/ 20
Pengantar/ Orang tua:	Herminia Riza Azzahra
Alamat:	Ngali, Surabaya

Saya/ kami/ kami dan kami, ini, bersedia mengikuti penelitian ini dengan penuh kesadaran, tanpa paksaan, dan tanpa ancaman, serta bersedia menandatangani surat pernyataan ini.

(Sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam penelitian ini)

Tanggal, ini, bulan, 2022.

Responden

(Herminia Riza Azzahra)

Lampiran 9 Format Asuhan Keperawatan Anak

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK			
--------------------------------	--	--	--

Waktu Pengkajian	Hari	Tanggal	Jam
	Minggu	9 Maret 2025	08.30 WIB

Rumah Sakit / Klinik/Puskesmas	: RSUD dr. Rasidin Padang
Ruangan	: Kasturi
Tanggal Masuk RS	: 8 Maret 2025
No. Rekam Medik	: 215551
Sumber informasi	: Keluarga (orang tua An. I), Perawat, Catatan Rekam medis pasien

I. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. IDENTITAS ANAK

Nama / Panggilan	An.I
Tanggal lahir / Umur	16 April 2024/ 10 Bulan 23 hari
Jenis kelamin	Laki-laki
Agama	Islam
Pendidikan	Belum sekolah
Anak ke / jumlah saudara	3/3
Diagnosa Medis	Bronkopneumonia

2. IDENTITAS ORANGTUA		IBU	AYAH
Nama	Ny. N		Tn. J
Umur	40 Tahun		38 Tahun
Agama	Islam		Islam
Suku bangsa	Koto		Melayu
Pendidikan	SMA		SMA
Pekerjaan	Ibu rumah tangga		Transporter JNT
Alamat	Kampung tengah kalongdan		Kampung tengah kalongdan

3. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA

No	Nama (Inisial)	Usia (bl/th)	Jenis Kelamin	Hub.dg KK	Pendidikan	Status kesehatan	Ket
1.	Tn. J	38 th	L	Ayah	Tamat SMA	Sehat	
2.	Ny. N	40 th	P	Ibu	Tamat SMA	Sehat	
3.	An. A	8 th	L	Anak	SD	Sehat	
4.	An. E	6 th	L	Anak	TK	Pernah sakit pneumonia pada umur 18 bulan	
5.	An. I	11 bl	L	Anak	Belum sekolah	Riwayat Bronkopneumonia dari umur 8 bulan dan sekarang dirawat dengan bronkopneumonia juga	Pasien

II. RIWAYAT KESEHATAN

KELUHAN UTAMA

An. I masuk melalui IGD RSUD dr. Rasidin padang dengan keluhan demam tinggi (39 °C) , batuk berdahak namun batuk sulit dikeluarkan sejak 1 minggu yang lalu, anak sesak napas sejak 1 minggu yang lalu. Mencret 1 minggu yang lalu sebanyak 3 kali sehari, anak mengalami penurunan nafsu makan dan juga penurunan berat badan dari 10 kg menjadi 9,13 kg, anak gelisah dan sering menangis dan bibir juga sianosis.

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada hari Minggu, 9 Maret 2025 pukul 08.30 wib, Ny. N dan Tn. J mengatakan anak mengalami demam naik turun dengan suhu (38,7 °C), anak mengalami sesak napas, batuk berdahak namun batuk sulit dikeluarkan, mencret sudah mulai berkurang sebanyak 2 kali sehari, anak tampak pucat, mulut dan bibir kering, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, anak tidak nafsu makan, anak haus dan minum dengan lahap, berat badan anak menurun, anak sering gelisah dan menangis.

2. Riwayat kesehatan dahulu		
Sebelumnya pada umur 8 bulan pada tanggal 18 desember 2024 anak sudah pernah dirawat di rumah sakit Siti Rahmah dengan sakit yang sama (Bronkopneumonia), dan pada awal bulan februari anak juga kembali dirawat di rumah sakit RSUD dr Rasidin kota padang		
3. Riwayat Kesehatan Keluarga		
Anggota keluarga pernah sakit	Ada, An.E kakak dari pasien pernah sakit pneumonia 4 tahun yang lalu, dan nenek pasien juga memiliki riwayat asma dan rutin komsumsi obat.	
Riwayat penyakit keturunan	Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit turunan atau penyakit menular.	
<u>Genogram</u> Ket : <div><div></div> = laki-laki</div> <div><div></div> = perempuan</div> <div><div></div> = pasien</div> <div><div></div> = meninggal</div> - - - = serumah		
III. RIWAYAT IMUNISASI		
HB0	Ada	Simpulan : Tidak lengkap dikarenakan orang tua dari An. I takut efek samping demam yang dialami anaknya setelah imunisasi.
BCG	Ada	
Polio tetes	Ada (Polio tetes 1 dan 2), Tidak ada (polio tetes 3 dan 4)	
Rota Virus	Ada 1 kali	
DPT, HB, HiB	Ada (DPT, HB, HiB 1) Tidak ada (DPT, HB, HiB 2 dan 3)	
PCV	Tidak ada	

Polio Suntik	Tidak ada	
Campak Rubella	Tidak ada	

IV. RIWAYAT PERKEMBANGAN

Hasil penilaian perkembangan anak dengan (KPSP) Kesimpulan :

Anak tidak mengalami keterlamabatan, tumbuh kembang anak normal sesuai usia. Terbukti dengan anak dapat memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti potongan biskuit dengan gerakan miring atau menggerapai, anak dapat memungut dan memegang kubus pada masing-masing tangannya, anak dapat mencari gulungan wool merah yang dijatuhkan, Anak bisa mendapatkan mainan dengan mengulurkan lengan atau badannya, anak dapat menengok ke belakang pada saat anak sedang bermain ketika seperti mendengar kedatangan seseorang, anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya mama dan dada atau papa, anak dapat makan kue kering sendiri, anak dapat memindahkan mainan atau kue kering dari satu tangan ke tangan yang lain, dan anak dapat duduk sendiri selama 60 detik.

V. Lingkungan

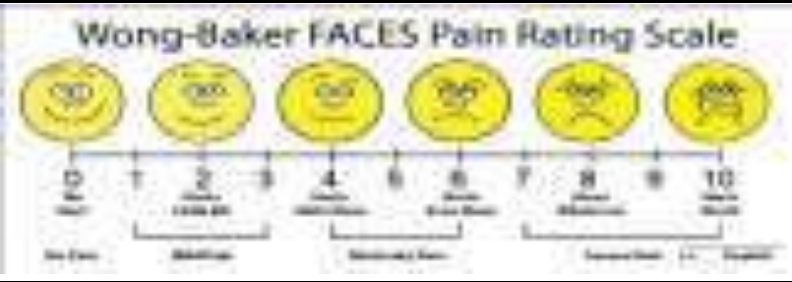
An. I tinggal bersama kedua orang tuanya, kakek, nenek, dan 2 saudaranya. Dengan rumah berukuran 7x7 m dengan permukiman yang padat penduduk, rumah memiliki 3 kamar tidur yang menggunakan jendela untuk ventilasi, 1 ruang keluarga, 1 ruang tamu, dapur dan 1 kamar mandi. Ruang tamu terlihat rapi, pencahayaan dan ventilasi cukup baik, rumah berlantai keramik tanpa loteng, ibu memasak menggunakan kompor gas, perkarangan rumah tidak asri karena rumah berada di samping jalan raya dan kendaraan lalu lalang, untuk pembuangan sampah dengan cara dibakar. Ada 2 anggota keluarga yang merokok, sumber air minum yaitu dengan air rebusan sumur , keperluan sehari-hari menggunakan air sumur, kamar mandi berada di dalam rumah dan septi tank yang berjarak 5 meter dari belakang rumah.

VI. PENGKAJIAN KHUSUS

A. ANAK

1) Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran	GCS : E4 M6 V5 Jumlah : 15 (Compos Mentis)			
b. Tanda Vital	Suhu : 38,7°C RR : 59 x/m HR : 120x/m TD : 90/63 mmHg SPo2 : 96%			
Nyeri	<i>FLACC Pain Assesment Tool</i>			
	No	Kategori	Skor	
			0	1
	1	Face (wajah)	Tidak ada ekspresi khusus, senyum	Terkadang meringis/menarik diri

				mengatupkan rahang
2	Leg (kaki)	Normal, rileks	Gelisah, tegang	Menendang, kaki tertekuk, melengkungkan punggung
3	Acitivity (aktivitas)	Berbaring tenang, posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, tidak bisa diam	Kaku atau menghentak
4	Cry (menangis)	Tidak menangis	Merintih, merengek	Terus menangis, berteriak, sering mengeluh
5	Consability (konstabilitas)	Rileks	Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan, dapat diahlihkan	Sulit dibujuk
Skor total: 5				
ATAU				
				
c. Posture	BB : 9,13 Kg PB/TB : 77 cm Berdasarkan z score : Umur : 11 Bulan BB : 9,13 kg PB : 77 cm BB/U: > median < 1SD gizi baik PB/U: > 1SD < 2 SD normal Status gizi: Berdasarkan Z score An. I mengalami gizi baik dengan perawakan normal (tidak pendek dan tidak tinggi berlebihan)			
d. Kepala	Bentuk : Normal			

	Kebersihan : Bersih
	Lingkar kepala : 46 cm
	Fontanel anterior : ada
	Fontanel posterior : menutup
	Benjolan : tidak ada
	Data lain : Rambut berwarna hitam, tumbuh merata dan lurus, dan tidak ada kerontokan
e. Mata	<p>Simetris kiri dan kanan</p> <p>Sklera : tidak ikterik</p> <p>Konjungtiva : tidak anemis</p> <p>Reflek cahaya : positif</p> <p>Palpebra : tidak edema</p> <p>Pupil : isokor</p> <p>Data lain : pergerakan bola mata simetris dan bola mata bersih</p>
f. Hidung	<p>Letak : simetris</p> <p>Pernapasan cuping hidung : ada</p> <p>Kebersihan : bersih, tidak ada sekret</p> <p>Data lain : -</p>
g. Mulut	<p>Warna bibir: bibir tidak sianosis, mukosa bibir pucat</p> <p>Gigi : tumbuh dengan rapi</p> <p>Kebersihan rongga mulut : bersih</p> <p>Data lain : -</p>
h. Telinga	<p>Bentuk : simetris kiri dan kanan</p> <p>Kebersihan : bersih , tidak ada sekret</p> <p>Posisi puncak pina : sejajar kantus mata</p> <p>Pemeriksaan pendengaran : baik</p> <p>Data lain : -</p>
i. Leher	<p>Pembesaran kelenjer getah bening : tidak terdapat pembesaran kelenjer getah bening</p> <p>Data lain : -</p>
j. Dada	
- Toraks/ paru-paru	Inspeksi : tampak adanya tarikan dinding dada , pergerakan dinding kanan sama dengan kiri, anak tampak mengalami kesulitan bernapas saat posisi berbaring datar
	Auskultasi : terdengar suara ronkhi

	Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama	
	Perkusi : sonor	
	Lingkar dada : 48 cm	
- Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat	
	Auskultasi : irama jantung reguler	
	Palpasi : ictus cordis teraba kuat angkat	
k. Abdomen	Inspeksi : perut tampak agak buncit	
	Auskultasi : bising usus normal (10-15x /menit)	
	Palpasi : tidak ada nyeri tekan	
	Perkusi : pekak ketika mengenai organ hati dan limfa, adanya distensi gas /perut kembung /perut kembung	
	Lingkar perut : 46,1 cm	
l. Kulit	Turgor : Kembali lambat	
	Kelembaban: Lembab	
	Warna : Pucat	
	Data lain : Terapa panas dan tidak ada pendarahan dibawah kulit	
m. Ekstremitas Atas	Lingkar lengan atas : 12 cm Capillary refill : < 2 dtk Data lain yang ditemukan : tidak ada edema dan sianosis	
n. Ekstremitas Bawah	Aktivitas gerak kaki normal, tida ada edema	
o. Genitalia dan anus	Laki-laki Bentuk : Normal Ukuran penis : Normal Testis : Turun Data lain : -	
p. Pemeriksaan tanda rangsangan meningeal	1. Kaku kuduk 2. Kernig sign 3. Brudzinsky sign 4. Refleks babyski	: negatif : negatif : negatif : negatif
2) Temperamen dan daya adaptasi		
<i>Easy child</i>		
Karakteristik santai		()
Temperamen mudah		()
Kebiasaan yang teratur dan mudah diprediksi		()
Mudah beradaptasi terhadap perubahan		()
<i>Difficult child</i>		

	Sangat aktif ()																																																										
	Peka rangsang ()																																																										
	Kebiasaan yang tidak teratur ()																																																										
	Lambat adaptasi dg rutinitas, orang / situasi baru ()																																																										
	Sering menangis ()																																																										
	<i>Slow-to-warm up child</i>																																																										
	Reaksi negatif terhadap stimulus baru ()																																																										
	Lambat beradaptasi ()																																																										
	Tidak aktif ()																																																										
3) Pengkajian Resiko Jatuh	<table><tr><th colspan="4">Skala Resiko Jatuh Humpty Dumpty untuk Pediatri</th></tr><tr><th>Parameter</th><th>Kriteria</th><th>Nilai</th><th>Skor</th></tr><tr><td rowspan="4">Usia</td><td>< 3 Tahun</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>3 – 7 Tahun</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>7 – 13 Tahun</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>≥ 13 Tahun</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Jenis Kelamin</td><td>Laki – Laki</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>Perempuan</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td rowspan="4">Diagnosis</td><td>Diagnosis neurologi</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>Perubahan oksigenasi (diagnosis, respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>Gangguan perilaku / psikiatri</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>Diagnosis lainnya (Bronkopneumonia)</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td rowspan="3">Gangguan kognitif</td><td>Tidak menyadari keterbatasan dirinya</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>Lupa akan adanya keterbatasan</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>Orientasi baik terhadap diri sendiri</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Faktor lingkungan</td><td>Riwayat jatuh / bayi diletakkan ditempat tidur dewasa</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabotan rumah</td><td>3</td><td></td></tr></table>	Skala Resiko Jatuh Humpty Dumpty untuk Pediatri				Parameter	Kriteria	Nilai	Skor	Usia	< 3 Tahun	4	4	3 – 7 Tahun	3		7 – 13 Tahun	2		≥ 13 Tahun	1		Jenis Kelamin	Laki – Laki	2	2	Perempuan	1		Diagnosis	Diagnosis neurologi	4		Perubahan oksigenasi (diagnosis, respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3		Gangguan perilaku / psikiatri	2		Diagnosis lainnya (Bronkopneumonia)	1	1	Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	3	Lupa akan adanya keterbatasan	2		Orientasi baik terhadap diri sendiri	1		Faktor lingkungan	Riwayat jatuh / bayi diletakkan ditempat tidur dewasa	4		Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabotan rumah	3	
Skala Resiko Jatuh Humpty Dumpty untuk Pediatri																																																											
Parameter	Kriteria	Nilai	Skor																																																								
Usia	< 3 Tahun	4	4																																																								
	3 – 7 Tahun	3																																																									
	7 – 13 Tahun	2																																																									
	≥ 13 Tahun	1																																																									
Jenis Kelamin	Laki – Laki	2	2																																																								
	Perempuan	1																																																									
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4																																																									
	Perubahan oksigenasi (diagnosis, respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3																																																									
	Gangguan perilaku / psikiatri	2																																																									
	Diagnosis lainnya (Bronkopneumonia)	1	1																																																								
Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	3																																																								
	Lupa akan adanya keterbatasan	2																																																									
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1																																																									
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh / bayi diletakkan ditempat tidur dewasa	4																																																									
	Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabotan rumah	3																																																									

		Pasien diletakkan ditempat tidur	2	2	
		Area diluar rumah sakit	1		
	Respon Terhadap : 1. Pembedahan / sedasi / anastesi 2. Menggunakan medikamentosa.	Dalam 24 jam	3		
		Dalam 48 jam	2		
		48 jam atau tidak menjalani pembedahan / sedasi / anastesi.	1		
		Penggunaan multiple : sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, anti depresan, pencahar, deuretik, narkose	3		
		Penggunaan salah satu obat diatas	2		
		Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	1		
	Skor Asesmen Resiko Jatuh : 12				
	Tingkat Risiko	Skor Humpty Dumpty	Tindakan		
	Risiko Rendah	7 – 11	Pencegahan jatuh standar		
	Risiko Tinggi	≥ 12	Pencegahan jatuh resiko tinggi		
4) Kebiasaan sehari-hari					
a. Nutrisi dan cairan	<p>Anak tidak mendapatkan asi eksklusif ASI+PASI > 6 bulan makanan yang diberikan : nasi, lauk, dan sayur</p> <p>Sehat: Ny.N mengatakan saat sehat An.I makan 3 kali sehari dengan porsi 1 sendok nasi, lauk, sayur. Anak memiliki nafsu makan yang baik , anak menghabiskan makan dengan lahap, anak mau menyusui dan banyak minum</p> <p>Sakit: Sekarang anak makan nasi, lauk, sayur, dan buah yang disediakan rumah sakit tetapi sering tidak menghabiskan. Jumlah : 3 kali sehari Pola makan : teratur</p>				

	Minum : Jenis : air putih Jumlah : 300 ml / hari		
b. Istirahat dan tidur	Sehat: <u>Siang:</u> Ny.N mengatakan ketika sehat, An.I tidur siang 2-3 jam per hari. <u>Malam:</u> Ny.N mengatakan ketika sehat, An.I tidur dimalam hari 7-8 jam per hari. Sakit: <u>Siang:</u> Pola tidur : tidak teratur Jumlah jam tidur : 1-2 jam/hari Masalah : Anak rewel karna sekret sulit dikeluarkan <u>Malam:</u> Pola tidur : tidak teratur Jumlah jam tidur : dimalam hari 5-6 jam/hari Masalah : Saat sakit anak selalu tidur terbangun dimalam hari		
c. Eliminasi	Sehat: BAK : Kurang lebih 5 kali sehari berwarna Bening BAB : Frekuensi BAB 1 kali sehari, warna kekuningan dan padat Sakit: BAK : Kurang lebih 4 kali sehari berwarna kuning pudar BAB : Frekuensi BAB 2-3 kali sehari, warna kuning dan encer Masalah : Mencret		
d. Personal hygiene	Sehat: Ny.N mengatakan ketika sehat, An.I dimandikan 2 kali sehari Sakit: Selama dirawat, An.I mandi 1x/hari		
e. Aktivitas bermain	Anak biasanya main bersama saudaranya di dalam rumah atau di depan halaman rumah		
f. Rekreasi	Pola rekreasi keluarga : tidak teratur		
VI. DATA PENUNJANG			
Laboratorium	Pemeriksaan Tanggal 08-03-2025		
	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan

	Hemoglobin	10.8 g/dl	10.4-15.6	
	Leukosit	8.590 /mm ³	6.000-18.000	
	Eritrosit	5.34 10 ⁶ /μL	3.60-5.20	
	Trombosit	389.000/mm ³	150.000-450.000	
	Hematokrit	33.5%	38.0-48.000	
	MCV	62.7 fL	76.0-92.0	
	MCH	20.2 pg	23.0-31.0	
	MCHC	32.2 %	32.0-36.0	
	Gula darah sewaktu	81 mg/dl	73-112	
Radiologi	Cor tidak membesar, sinus dan diafragma normal, hili normal, corakan bronkovaskuler bertambah, tampak ilfiltrat di suprahilir kiri sampai paracardial kiri dan paracardial kanan			
Terapi medis	Infus KA EN 1B IV Ampisilin IV Gentamisin IV Paracetamol infus IV Bronhexin 3 mg oral Rhinofed 1/8 oral Zink 20 mg oral Garam oralit oral Terapi O2 nasal kanul 2 liter/ menit Nebulisasi ventolin			

**Perawat Yang Melakukan
Pengkajian**

(**Silvi Yuliani**)

ANALISA DATA

Nama : An.I
No. RM : 215551

No	Data	Penyebab	Masalah
1	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya mengalami batuk berdahak namun sulit dikeluarkan – Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya sesak napas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> – An.I tampak tidak dapat mengeluarkan dahak – Sputum tampak berlebih – Auskultasi bunyi napas terdengar suara napas ronkhi – Anak tampak gelisah – Anak mengalami kesulitan bernapas saat berada diposisi berbaring telentang – Terpasang oksigen nasal kanul 2 liter – TD : 90/63 mmHg – HR : 120 x/menit – RR : 59 x/menit – SPO2 : 96% – Crt < 2 dtk – Hasil pemeriksaan rontgen thorax menunjukkan adanya bercak-bercak disuprahiler kiri sampai paracardial kiri dan paracardial kanan 	Penumpukan sekret	Bersihkan jalan napas tidak efektif
2	Data Subjektif:	Hambatan upaya	Pola napas tidak

	<ul style="list-style-type: none"> – Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya sesak napas – Tn. J dan Ny. N mengatakan anaknya lemas dan gelisah jika sesak dan badannya panas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> – An. I tampak menggunakan otot bantu pernapasan – An. I tampak sesak – An. I tampak mengalami kesulitan bernapas saat posisi berbaring datar – Tampak adanya pernapasan cuping hidung – Terpasang oksigen nasal kanul 2 liter – An. I tampak sering menangis – TD: 90/63 mmHg – HR : 120 x/menit – RR : 59 x/menit – SpO2 : 96% – Crt < 2 dtk 	napas	efektif
3	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tn. J dan Ny. N mengatakan badan anaknya masih panas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> – TD : 90/63 mmHg – Suhu : 38,7°C – HR : 120 x/menit – RR : 59 x/menit – SpO2 : 96% – Crt < 2 dtk – Dahi teraba hangat – Anak tampak gelisah 	Proses penyakit (mis. Infeksi)	Hipertermia

	<ul style="list-style-type: none"> – Anak tampak susah tidur 		
	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tn. J dan Ny. N mengatakan anak mencret 1 minggu yang lalu sebanyak 3 kali sehari – Tn. J dan Ny. N anak mengalami penurunan nafsu makan, berat badan dari 10 kg menjadi 9,13 kg <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> – An.I tampak haus, minum dengan lahap – An. I tampak pucat, gelisah dan rewel – Mata tampak cekung – cubitan kulit perut kembali lambat. – TD : 90/63 mmHg – Suhu : 38,7°C – HR : 120 x/menit – RR : 59 x/menit 	kehilangan cairan aktif melalui diare	Risiko Ketidakseimbangan cairan

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama : An.I

No. RM : 215551

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan sekret	09-03-2025	Belum teratasi	
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas	09-03-2025	Belum teratasi	
3	Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit (mis. Infeksi)	09-03-2025	Belum teratasi	
4	Risiko Ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare	09-03-2025	Belum teratasi	

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : An.I
No. RM : 215551

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret (SDKI, Hal:18)	<p>Bersihan jalan napas (SLKI, Hal:18)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum menurun 3) Rokhi menurun 4) Dispnea menurun 5) Ortopnea menurun 6) Gelisah menurun 7) Frekuensi napas membaik 8) Pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas (SIKI, Hal: 186)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurling, mengi, wheezing, ronkhi kering) c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Posisikan semi-fowler atau fowler b. Berikan minum hangat c. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu d. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik e. Berikan oksigen jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak kontraindikasi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu <p>Fisioterapi dada (SIKI, Hal: 118)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (hipersekreksi sputum, sputum kental dan tertahan, tirah

			<p>baring lama)</p> <p>b) Identifikasi kontraindikasi fisioterapi dada (mis. Eksaserbasi PPOK akut, pneumonia tanpa produksi sputum berlebih, kanker paru-paru)</p> <p>c) Monitor status pernapasan (mis. Kecepatan, irama, suara napas, dan kedalaman napas)</p> <p>d) Periksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan</p> <p>e) Monitor jumlah dan karakter sputum</p> <p>f) Monitor toleransi selama dan setelah prosedur</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum</p> <p>b. Gunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi</p> <p>c. Lakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit</p> <p>d. Lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut</p> <p>e. Lakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan</p> <p>f. Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, insisi, dan tulang rusuk yang patah</p> <p>g. Lakukan penghisapan</p>
--	--	--	--

			<p>lendir untuk mengeluarkan sekret, jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai Ajarkan inspirasi perlahan dan dalam melalui hidung selama proses fisioterapi
2	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (SDKI, Hal: 26)</p>	<p>Pola napas (SLKI, Hal:95)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea menurun Penggunaan otot bantu napas menurun Pemanjangan fase ekspirasi menurun Ortopnea menurun Frekuensi napas membaik Kedalaman napas membaik 	<p>Pemantauan respirasi (SIKI, Hal: 247)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) Monitor kemampuan batuk efektif Monitor adanya produksi sputum Monitor adanya sumbatan jalan napas Palpasi kesimetrisan ekspansi paru Auskultasi bunyi napas Monitor saturasi oksigen Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Dokumentasikan

			<p>hasil pemantauan</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)</p> <p>(SDKI, Hal: 284)</p>	<p>Termoregulasi</p> <p>(SLKI, Hal:129)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Takikardia menurun 2) Takipnea menurun 3) Suhu tubuh membaik 4) Suhu kulit membaik 5) Ventilasi membaik 	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>(SIKI, Hal:181)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab hipertermia Monitor suhu tubuh Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan yang dingin Longgarkan atau lepaskan pakaian Basahi dan kipasi permukaan tubuh lakukan kompres hangat pada dahi, leher,dada, abdomen, aksila Berikan cairan oral Hindari pemberian antipiretik Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
4	<p>Risiko Ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare</p>	<p>Keseimbangan cairan</p> <p>(SLKI, Hal:41)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan</p>	<p>Manajemen cairan</p> <p>(SIKI, Hal:159)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral,

		<p>Keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Asupan cairan meningkat 2) Output urin meningkat 3) Membran mukosa lembab meningkat 4) Dehidrasi menurun 5) Frekuensi nadi membaik 6) Mata cekung membaik 7) Turgor kulit membaik 	<p>kelembapan mukosa, turgor kulit)</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan asupan cairan b. Berikan cairan intravena <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu
--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : An.I
No. RM : 215551

N o	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	Minggu/ 09-03-2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. ronkhi kering) 3. Memposisikan semi-fowler atau fowler 4. Memberikan minum hangat 5. Melakukan fisioterapi dada 6. Mengidentifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (sputum kental dan tertahan), 7. Memeriksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, 8. Memposisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum 9. Menggunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi 10. Melakukan perkusi dengan posisi telapak tangan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan anaknya masih batuk-batuk dan dahak masih belum keluar <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anak tampak sedikit nyamar dengan posisi semi-fowler dibandingkan berbaring b. Masih terdengar suara napas ronkhi c. Sekret anak masih belum berkurang d. TD : 90/63 mmHg, Suhu : 38,7°C HR : 120 x/menit RR : 59 x/menit SPO2 : 96% Crt < 2 dtk <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p>	

			<p>ditangkupkan selama 3-5 menit</p> <p>11. Melakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut,</p> <p>12. Melakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan,</p> <p>13. Menjelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada,</p> <p>14. Berkolaborasi memberikan obat bronhexin 3 mg 3x3 (oral), pemberian antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), nebulisasi ventolin 3x1 kepada anak didapatkan sekret anak belum berkurang.</p>	Intervensi manajemen jalan napas dan fisioterapi dada dilanjutkan	
		Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<p>1. Memposisikan anak semi fowler agar sesak berkurang, didapatkan anak masih tampak sesak</p> <p>2. Memonitor pola napas (seperti takipnea)</p>	<p>S:</p> <p>a. Ibu mengatakan anaknya masih sesak napas, lemas dan suka gelisah</p> <p>O:</p> <p>a. Anak masih tampak sesak napas</p>	

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Memonitor kemampuan batuk efektif 4. Memonitor adanya produksi sputum 5. Memonitor adanya sumbatan jalan napas 6. Auskultasi bunyi napas 7. Membemberikan O₂ nasal kanul sebanyak 2 liter/ menit 8. Mengobservasi adanya retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV 	<ol style="list-style-type: none"> b. Anak tampak gelisah dan sering menangis c. Pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada masih ada d. Pola napas anak tidak teratur e. TD : 90/63 mmHg, Suhu : 38,7°C HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, SPO₂ : 96% Crt < 2 dtk <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi pemantauan respirasi dilanjutkan</p>	
		Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh 2. Memberikan kompres hangat dan monitor suhu setelah diberikan kompres hangat 3. Memberikan oksigen (sebanyak 2 liter/ menit), 4. Berkolaborasi obat penurun panas 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan bahwa badan anaknya masih terasa panas dan gelisah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Badan pasien terasa panas dengan suhu 38,7°C 	

			paracetamol infus 4x125 mg (iv).	b. Pasien tampak lemas dan gelisah c. Dahi terasa panas d. TD : 90/63 mmHg, HR : 120 x/menit, RR : 59 x/menit, SPO2 : 96% Crt < 2 dtk A: Masalah hipertermia belum teratasi P: Intervensi manajemen hipertermia dilanjutkan	
		Risiko Ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare	1. Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit) 2. Memberikan asupan cairan 3. Memberikan cairan intravena KA EN 1B 18 TPM mikro (iv) 4. Berkolaborasi pemberian garam oralit 50 cc tiap habis BAB (oral), dan zinc syrup	S: a. Ibu mengatakan anaknya masih mencret b. Ibu mengatakan anak rewel dan gelisah O: a. Dehidrasi masih ada , mata masih cekung, turgor kulit kembali lambat b. TD : 90/63 mmHg Suhu 38,7°C HR : 120 x/menit A: Risiko Ketidakseimbangan cairan belum teratasi P:	

			1x5 cc (oral).	Intervensi manajemen cairan dilanjutkan	
2	Senin / 10-03-2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan semi-fowler atau fowler 2. Memberikan minum hangat 3. Melakukan fisioterapi dada 4. Mengidentifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (sputum kental dan tertahan), 5. Memeriksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, 6. Memposisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum 7. Menggunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi 8. Melakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit 9. lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut, 10. lakukan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan anaknya masih batuk-batuk dan dahak sudah mulai keluar <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anak tampak sedikit nyaman dengan posisi semi-fowler dibandingkan berbaring b. Masih terdengar suara napas ronchi c. Sekret anak sudah mulai berkurang d. TD : 92/63 mmHg, Suhu : 38,1 °C HR : 118 x/menit, RR : 58 x/menit, SPO2 : 95% Crt < 2 dtk <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen jalan napas dan fisioterapi dada dilanjutkan</p>	

			<p>fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan,</p> <p>11. jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada,</p> <p>12. Berkolaborasi memberikan obat bronhexin 3 mg 3x3 (oral), pemberian antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), nebulisasi ventolin 3x1 kepada anak didapatkan sekret anak sudah mulai berkurang.</p>		
		<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan anak semi fowler agar sesak berkurang, didapatkan anak masih tampak sesak 2. Memonitor pola napas (seperti takipnea) 3. Memonitor kemampuan batuk efektif 4. Memonitor adanya produksi sputum 5. Memonitor adanya sumbatan jalan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan anaknya masih sesak napas, lemas dan suka gelisah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anak masih tampak sesak napas b. Anak tampak gelisah dan sering menangis c. Aliran oksigen berjalan dengan baik d. Pernapasan cuping 	

			napas 6. Auskultasi bunyi napas 7. Memberikan O ₂ nasal kanul sebanyak 2 liter/ menit 8. Mengobservasi adanya retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV	hidung dan retraksi dinding dada masih ada e. Pola napas anak tidak teratur f. TD : 92/63 mmHg, Suhu : 38,1 °C HR : 118 x/menit, RR : 58 x/menit, SPO ₂ : 95% Crt < 2 dtk A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi pemantauan respirasi dilanjutkan	
		Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)	1. Memonitor suhu tubuh 2. Menyediakan lingkungan yang dingin 3. Memberikan kompres hangat pada dahi dan aksila anak dan monitor suhu setelah diberikan kompres hangat 4. Memberikan oksigen (sebanyak 2 liter/ menit) 5. Berkolaborasi obat penurun panas	S: a. Ibu mengatakan bahwa badan anaknya masih terasa panas dan gelisah O: a. Badan pasien teraba panas dengan suhu 38,1 °C b. Pasien tampak lemas dan gelisah c. Dahi teraba panas d. TD : 92/63	

			paracetamol infus 4x125 mg (iv).	<p>mmHg, HR : 118 x/menit, RR : 58 x/menit, SPO2 : 95% Crt < 2 dtk</p> <p>A: Masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen hipertermia dilanjutkan</p>	
		Risiko Ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit) 2. Memberikan asupan cairan 3. Memberikan cairan intravena KA EN 1B 18 TPM mikro (iv) 4. Berkolaborasi pemberian garam oralit 50 cc tiap habis BAB (oral), dan zinc syrup 1x5 cc (oral). 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan anaknya masih mencret b. Ibu mengatakan anak rewel dan gelisah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Dehidrasi masih ada , mata masih cekung, turgor kulit kembali lambat d. TD : 92/63 mmHg Suhu 38,1 °C HR : 118 x/menit <p>A: Risiko Ketidakseimbangan cairan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen cairan dilanjutkan</p>	
3	Selasa / 11-03-2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif	1. Memposisikan semi-fowler atau fowler	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan 	

		berhubungan dengan penumpukan sekret	<p>2. Memberikan minum hangat</p> <p>3. Melakukan fisioterapi dada</p> <p>4. Mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah melakukan fisioterapi dada ditemukan hasilnya sebelum fisioterapi dada suara napas di dengar ronkhi dan sesudah masih terdengar ronkhi tapi sudah mulai berkurang.</p> <p>5. lakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan,</p> <p>6. jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada,</p> <p>7. Berkolaborasi memberikan obat bronhexin 3 mg 3x3 (oral), pemberian antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), nebulisasi ventolin 3x1 kepada anak didapatkan sekret anak sudah mulai berkurang.</p>	<p>anaknya masih batuk-batuk tapi tidak sering, batuk berdahak, dahak sudah keluar</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anak tampak sedikit nyaman dengan posisi semi-fowler dibandingkan berbaring b. Masih terdengar suara napas ronkhi tapi sudah berkurang c. Sekret anak masih ada tapi sudah bisa keluar secara mandiri d. TD : 91/62 mmHg, Suhu : 37,7°C HR : 115 x/menit, RR : 56 x/menit, SPO2 : 96% Crt < 2 dtk <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen jalan napas dan fisioterapi dada dilanjutkan</p>	
--	--	--------------------------------------	--	--	--

		Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan anak semi fowler agar sesak berkurang, didapatkan anak sesak anak sudah mulai berkurang 2. Auskultasi bunyi napas 3. Membemberikan O₂ nasal kanul sebanyak 2 liter/ menit 4. Mengobservasi adanya retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang dari sebelumnya <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anak masih tampak sesak napas b. Anak tampak gelisah dan sering menangis c. Pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada masih ada d. Pola napas anak tidak teratur e. TD : 91/62 mmHg, T : 37,7°C HR : 115 x/menit, RR : 56 x/menit, SPO₂ : 96% Crt < 2 dtk <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi pemantauan respirasi dilanjutkan</p>	
		Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh 2. Memberikan kompres hangat pada dahi dan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan bahwa badan anaknya 	

			<p>aksila anak dan monitor suhu setelah diberikan kompres hangat</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan oksigen (sebanyak 2 liter/menit) Berkolaborasi obat penurun panas paracetamol infus 4x125 mg (iv). 	<p>masih terasa panas dan gelisah</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Badan pasien teraba panas dengan suhu 37,7°C Pasien tampak lemah dan lemah Dahi teraba panas TD : 91/62 mmHg, HR : 115 x/menit, RR : 56 x/menit, SPO2 : 96% Crt < 2 dtk <p>A: Masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen hipertermia dilanjutkan</p>	
		<p>Risiko Ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare</p>	<ol style="list-style-type: none"> Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit) Memberikan asupan cairan Memberikan cairan intravena KA EN 1B 18 TPM mikro (iv) 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan anaknya masih mencekrek tapi sudah berkurang Ibu mengatakan anak rewel dan gelisah sudah berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dehidrasi masih ada , mata masih cekung, turgor kulit kembali 	

			4. Berkolaborasi pemberian garam oralit 50 cc tiap habis BAB (oral), dan zinc syrup 1x5 cc (oral).	<p>lambat</p> <p>f. TD : 91/62 mmHg Suhu 37,7°C HR : 115 x/menit</p> <p>A: Risiko Ketidakseimbangan cairan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen cairan dilanjutkan</p>	
4	Rabu / 12-03-2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan semi-fowler atau fowler 2. Memberikan minum hangat 3. Melakukan fisioterapi dada 4. Mengauskultasi suara napas sebelum dan sesudah melakukan fisioterapi dada ditemukan hasilnya sebelum fisioterapi dada suara napas di dengar ronkhi dan sesudah masih terdengar ronkhi tapi sudah mulai berkurang. 5. lakukan fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan, 6. jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada, 7. Berkolaborasi memberikan obat 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan batuk sudah tidak ada, tapi terkadang muncul sekali-sekali saat anak minum dan makan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anak tampak nyaman dengan posisi semi-fowler dibandingkan berbaring b. Tidak terdengar suara napas ronkhi c. Sekret anak sudah banyak berkurang d. TD : 94/62 mmHg, Suhu : 37,2°C HR : 112 x/menit, RR : 54 x/menit, 	

			<p>bronhexin 3 mg 3x3 (oral), pemberian antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), nebulisasi ventolin 3x1 kepada anak didapatkan sekret anak sudah banyak berkurang.</p>	<p>SPO2 : 96% Crt < 2 dtk</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen jalan napas dan fisioterapi dada dilanjutkan</p>	
		<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan anak semi fowler agar sesak berkurang, didapatkan anak sesak anak sudah mulai berkurang 2. Auskultasi bunyi napas 3. Membemberikan O2 nasal kanul sebanyak 2 liter/ menit 4. Mengobservasi adanya retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan sesak napas anak sudah berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anak masih tampak agak sesak napas b. Anak tampak tenang dan tidak gelisah c. Pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada sudah tidak ada d. Pola napas anak mulai teratur e. TD : 94/62 mmHg, Suhu : 37,2°C HR : 112 x/menit, RR : 54 x/menit, SPO2 : 96% 	

				<p>Crt < 2 dtk</p> <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi pemantauan respirasi dilanjutkan</p>	
		Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh 2. Memberikan kompres hangat pada dahi dan aksila anak dan monitor suhu setelah diberikan kompres hangat 3. Memberikan oksigen (sebanyak 2 liter/ menit) 4. Berkolaborasi obat penurun panas paracetamol infus 4x125 mg (iv. 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan bahwa badan anaknya masih teraba sedikit hangat dan anak tidak gelisah lagi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Badan pasien teraba sedikit hangat 37,2°C b. Anak tampak tenang dan tidak gelisah lagi c. Dahi teraba sedikit panas d. TD : 94/62 mmHg, HR : 112 x/menit, RR : 54 x/menit, SPO2 : 96% Crt < 2 dtk <p>A: Masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen hipertermia dilanjutkan</p>	
		Risiko	1. Memonitor status	S:	

		Ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare	<p>hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit)</p> <p>2. Memberikan asupan cairan</p> <p>3. Memberikan cairan intravena KA EN 1B 18 TPM mikro (iv)</p> <p>4. Berkolaborasi pemberian garam oralit 50 cc tiap habis BAB (oral), dan zinc syrup 1x5 cc (oral).</p>	<p>a. Ibu mengatakan anaknya sudah tidak mencret lagi</p> <p>b. Ibu mengatakan anaknya sudah tidak rewel dan gelisah</p> <p>O:</p> <p>a. Dehidrasi masih ada , mata masih cekung, turgor kulit kembali lambat</p> <p>b. TD : 94/62 mmHg Suhu 37,2°C HR : 112 x/menit</p> <p>A: Risiko Ketidakseimbangan cairan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi manajemen cairan dilanjutkan</p>	
5	Kamis / 13-03-2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret	<p>1. Memposisikan anak semi fowler agar sesak berkurang, didapatkan anak sesak anak sudah mulai berkurang</p> <p>2. Auskultasi bunyi napas</p> <p>3. Mengobservasi adanya retraksi dinding dada</p>	<p>S:</p> <p>a. Ibu mengatakan anaknya masih batuk tapi tidak sering</p> <p>O:</p> <p>a. Anak tampak nyaman dengan posisi semi-fowler maupun berbaring</p> <p>b. Tidak ada</p>	

			<p>dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV</p> <p>4. Memberikan edukasi cara melakukan inhalasi uap pada saat sudah dirumah apabila sekret kembali ada dan susah dikeluarkan</p> <p>5. Kolaborasi pemberian antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), pemberian antibiotik ampicilin 4x250 mg (iv), gentamisin 1x40 mg (iv), didapatkan sekret anak sudah tidak ada.</p>	<p>terdengar suara napas ronkhi</p> <p>c. Sekret anak sudah tidak ada</p> <p>d. TD : 95/64 mmHg Suhu: 36,7 °C HR : 92 x/menit RR : 49 x/menit SPO2 : 96% Crt < 2 dtk</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
		Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<p>1. Memonitor pola napas (seperti takipnea)</p> <p>2. Memonitor kemampuan batuk efektif</p> <p>3. Memonitor adanya produksi sputum</p> <p>4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>5. Auskultasi</p>	<p>S:</p> <p>a. Ibu mengatakan anak tidak sesak napas lagi</p> <p>O:</p> <p>a. Anak tampak tidak sesak napas</p> <p>b. Anak tampak tenang dan tidak gelisah</p> <p>c. Pernapasan cuping hidung dan</p>	

			<p>bunyi napas</p> <p>6. Mengobservasi adanya retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung, dan memonitor TTV</p>	<p>retraksi dinding dada tidak ada</p> <p>d. Pola napas anak teratur</p> <p>e. TD : 95/64 mmHg Suhu : 36,7 °C HR : 92 x/menit RR : 49 x/menit SPO2 : 96% Crt < 2 dtk</p> <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
		Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)	<p>1. Memonitor suhu tubuh</p> <p>2. Memberikan kompres hangat dan monitor suhu setelah diberikan kompres hangat</p> <p>3. Berkolaborasi obat penurun panas paracetamol infus 4x125 mg (iv.</p>	<p>S:</p> <p>a. Ibu mengatakan bahwa badan anaknya tidak panas lagi dan anak juga tidak gelisah</p> <p>O:</p> <p>a. Badan pasien teraba tidak panas dengan suhu 36,7 °C</p> <p>b. Anak tampak tenang dan tidak gelisah lagi</p> <p>c. Dahi teraba tidak panas</p> <p>d. TD : 95/64 mmHg HR :</p>	

				92 x/menit RR : 49 x/menit SPO2 : 96% Crt < 2 dtk A: Masalah hipertermia belum teratasi P: Intervensi dihentikan	
		Risiko Ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif melalui diare	1. Memonitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit) 2. Berkolaborasi pemberian dan zinc syrup 1x5 cc (oral).	S: a. Ibu mengatakan anaknya sudah tidak mencoret lagi b. Ibu mengatakan anaknya sudah tidak rewel dan gelisah O: a. Dehidrasi menurun, mata sudah tidak cekung, turgor kulit membaik b. TD : 95/64 mmHg Suhu 36,7 °C HR : 92 x/menit A: Risiko Ketidakseimbangan cairan teratasi P: Intervensi dihentikan	

Weight-for-age BOYS
Birth to 5 years (z-scores)



World Health
Organization

Year-Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0-0	0	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8
0-1	1	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	6.0
0-2	2	5.6	5.7	5.8	5.9	6.0	6.1	6.2
0-3	3	5.8	5.9	6.0	6.1	6.2	6.3	6.4
0-4	4	6.0	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.6
0-5	5	6.2	6.3	6.4	6.5	6.6	6.7	6.8
0-6	6	6.4	6.5	6.6	6.7	6.8	6.9	7.0
0-7	7	6.6	6.7	6.8	6.9	7.0	7.1	7.2
0-8	8	6.8	6.9	7.0	7.1	7.2	7.3	7.4
0-9	9	7.0	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6
0-10	10	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	7.7	7.8
0-11	11	7.4	7.5	7.6	7.7	7.8	7.9	8.0
1-0	12	7.6	7.7	7.8	7.9	8.0	8.1	8.2
1-1	13	7.8	7.9	8.0	8.1	8.2	8.3	8.4
1-2	14	8.0	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6
1-3	15	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8
1-4	16	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8	8.9	9.0
1-5	17	8.6	8.7	8.8	8.9	9.0	9.1	9.2
1-6	18	8.8	8.9	9.0	9.1	9.2	9.3	9.4
1-7	19	9.0	9.1	9.2	9.3	9.4	9.5	9.6
1-8	20	9.2	9.3	9.4	9.5	9.6	9.7	9.8
1-9	21	9.4	9.5	9.6	9.7	9.8	9.9	10.0
1-10	22	9.6	9.7	9.8	9.9	10.0	10.1	10.2
1-11	23	9.8	9.9	10.0	10.1	10.2	10.3	10.4
2-0	24	10.0	10.1	10.2	10.3	10.4	10.5	10.6
2-1	25	10.2	10.3	10.4	10.5	10.6	10.7	10.8
2-2	26	10.4	10.5	10.6	10.7	10.8	10.9	11.0
2-3	27	10.6	10.7	10.8	10.9	11.0	11.1	11.2
2-4	28	10.8	10.9	11.0	11.1	11.2	11.3	11.4
2-5	29	11.0	11.1	11.2	11.3	11.4	11.5	11.6

Length-for-age BOYS
Birth to 2 years (z-scores)



World Health
Organization

Year	Month	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	0	44.2	45.1	46.0	46.8	47.6	48.7	49.8
0	1	44.8	45.7	46.6	47.4	48.2	49.3	50.4
0	2	45.4	46.3	47.2	48.0	48.8	49.9	51.0
0	3	46.0	46.9	47.8	48.6	49.4	50.5	51.6
0	4	46.6	47.5	48.4	49.2	50.0	51.1	52.2
0	5	47.2	48.1	49.0	49.8	50.6	51.7	52.8
0	6	47.8	48.7	49.6	50.4	51.2	52.3	53.4
0	7	48.4	49.3	50.2	51.0	51.8	52.9	54.0
0	8	49.0	49.9	50.8	51.6	52.4	53.5	54.6
0	9	49.6	50.5	51.4	52.2	53.0	54.1	55.2
0	10	50.2	51.1	52.0	52.8	53.6	54.7	55.8
0	11	50.8	51.7	52.6	53.4	54.2	55.3	56.4
1	0	51.4	52.3	53.2	54.0	54.8	55.9	57.0
1	1	52.0	52.9	53.8	54.6	55.4	56.5	57.6
1	2	52.6	53.5	54.4	55.2	56.0	57.1	58.2
1	3	53.2	54.1	55.0	55.8	56.6	57.7	58.8
1	4	53.8	54.7	55.6	56.4	57.2	58.3	59.4
1	5	54.4	55.3	56.2	57.0	57.8	58.9	60.0
1	6	55.0	55.9	56.8	57.6	58.4	59.5	60.6
1	7	55.6	56.5	57.4	58.2	59.0	60.1	61.2
1	8	56.2	57.1	58.0	58.8	59.6	60.7	61.8
1	9	56.8	57.7	58.6	59.4	60.2	61.3	62.4
2	0	57.4	58.3	59.2	60.0	60.8	61.9	63.0
2	1	58.0	58.9	59.8	60.6	61.4	62.5	63.6
2	2	58.6	59.5	60.4	61.2	62.0	63.1	64.2
2	3	59.2	60.1	61.0	61.8	62.6	63.7	64.8
2	4	59.8	60.7	61.6	62.4	63.2	64.3	65.4
2	5	60.4	61.3	62.2	63.0	63.8	64.9	66.0
2	6	61.0	61.9	62.8	63.6	64.4	65.5	66.6
2	7	61.6	62.5	63.4	64.2	65.0	66.1	67.2
2	8	62.2	63.1	64.0	64.8	65.6	66.7	67.8
2	9	62.8	63.7	64.6	65.4	66.2	67.3	68.4
2	10	63.4	64.3	65.2	66.0	66.8	67.9	69.0
2	11	64.0	64.9	65.8	66.6	67.4	68.5	69.6
2	12	64.6	65.5	66.4	67.2	68.0	69.1	70.2

WHO Child Growth Standards

Lampiran 10 Daftar Hadir Penelitian

RESEPSI KUTUBALAHAR
JURUSAN KONSERVASI
PRODI KONSERVASI HAYATI

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : ISAT TULMAN
 NIM : 201120073
 Tempat : Ransanggay, Kota Batu, Malang
 Alamat : Ransanggay, Kota Batu, Malang

No.	Nama	Daftar Hadir
1.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
8.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
11.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
12.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
13.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
14.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
15.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
16.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
17.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
18.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
19.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
20.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
21.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
22.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
23.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
24.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
25.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
26.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
27.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
28.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
29.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
30.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
31.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
32.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
33.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
34.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
35.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
36.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
37.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
38.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
39.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
40.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
41.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
42.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
43.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
44.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
45.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
46.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
47.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
48.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
49.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
50.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
51.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
52.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
53.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
54.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
55.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
56.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
57.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
58.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
59.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
60.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
61.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
62.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
63.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
64.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
65.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
66.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
67.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
68.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
69.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
70.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
71.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
72.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
73.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
74.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
75.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
76.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
77.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
78.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
79.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
80.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
81.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
82.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
83.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
84.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
85.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
86.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
87.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
88.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
89.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
90.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
91.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
92.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
93.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
94.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
95.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
96.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
97.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
98.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
99.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>
100.	Isat Tulman	<input checked="" type="checkbox"/>

Isat Tulman
 NIM 201120073
 Ransanggay, Kota Batu, Malang

[illegible]

Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

 Turnitin
The Gold Standard in Plagiarism Detection

Sample Document ID: 12345678

11% Overall Similarity

Turnitin compares your document against billions of web pages and millions of student papers.

Filtered from the Report:

- Bibliography
- Quoted text

Exclusions:

- 0 Excluded sources

Tag Selection

- ☐ Self-similarity
- ☐ Self-plagiarism
- ☐ Similar to sources excluded from report

Matching Flags

Plagiarism Flag for Review

View details of this similarity match

Document 1 (your document) matches document 2 (a student paper) with a similarity score of 11% (overall similarity 11%).

→ Review document 2 to determine if it is a source that should be excluded from your document.