

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG IRNA KEBIDANAN DAN
ANAK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



AQILAH NASYWA SABENNA

233110386

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

KEMENKES POLTEKKES PADANG

2026

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG IRNA KEBIDANAN DAN
ANAK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

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



AQILAH NASYWA SABENNA

233110386

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

KEMENKES POLTEKKES PADANG

2026

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Ima Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk melakukan Studi Kasus.

Disusun oleh

NAMA : Aqilah Nasywa Sabenna

NIM : 233110386

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal:

10 Februari 2026

Menyetujui,

Pembimbing,


Ns. Tisnawati, S.ST, M.Kes
NIP. 196507161988032002

Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang


Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197501211999032005

Kemenkes Poltekkes Padang

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Ima Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk melakukan Seminar Hasil.

Diusun oleh

NAMA : Aqilah Nasywa Sabenna

NIM : 233110386

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal:

05 Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing,


Ns. Tinawati, S.ST, M.Kes
NIP. 196507161988032002

Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang


Ns. Yessi Padriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197501211999032005

Kemenkes Poltekkes Padang

HALAMAN PENGESAHAN**TUGAS AKHIR**

Judul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Ima
Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Disusun oleh :

AQILAH NASYWA SABENNA

233110386

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 11 Juni 2026

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua Dewan Penguji,
Ns. Delima, S.Pd, M.Kes
NIP. 196804181988032001

()

Anggota Penguji 2,
Ns. Zolla Amely Ilda, M.Kep
NIP. 197910192002122001

()

Anggota Pembimbing,
Ns. Tisnawati, S.ST, M.Kes
NIP. 196507161988032002

()

Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang


Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197501211999032005

Kemenkes Poltekkes Padang

HALAMAN PERNYATAAN ORINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah karya peneliti sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah peneliti nyatakan dengan benar

Nama : Aqilah Nasywa Sabenna

Nim : 233110386

Tanda Tangan :



Tanggal : 11 Juni 2026

Kemenkes Poltekkes Padang

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Lengkap : Aqilah Nasywa Sabenna
 NIM : 233110386
 Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta/ 24 Juni 2004
 Tahun Masuk : 2023
 Nama PA : Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB
 Nama Pembimbing : Ns. Tisnawati, S.ST, M.Kes

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penelitian. Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul: Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Irma Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 11 Juni 2026

10000
 METAL
 TEMPEL
 SARSOAGX08932338
 Aqilah Nasywa Sabenna
 NIM 233110386

Kemenkes Poltekkes Padang

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah,
Aqilah Nasywa Sabenna**

**Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Irna
Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang**

ABSTRAK

Bronkopneumonia masih menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak. Tingginya angka kejadian bronkopneumonia di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang meningkat dari 218 kasus pada tahun 2023 menjadi 262 kasus pada tahun 2024. Penelitian bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di ruang irna kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Jenis penelitian kualitatif dengan metode deskriptif dan bentuk studi kasus, dilaksanakan pada bulan November 2025 - Mei 2026 di Ruang Irna Kebidanan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi penelitian sebanyak 3 orang anak dengan sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi diambil 1 orang anak bronkopneumonia. Teknik pengambilan sampel dengan teknik purposive sampling. Metode pengumpulan data melewati wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Instrumen pengumpulan data yaitu format asuhan keperawatan anak. Data di analisa menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Hasil pengkajian diperoleh An. A umur 2 tahun ditemukan sesak napas, batuk berdahak, dan adanya retraksi dinding dada. Diagnosis keperawatan yang diangkat yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, dan hipertermia. Intervensi keperawatan berfokus pada manajemen jalan napas dan terapi nebulizer, pemantauan respirasi, dan kompres hangat. Implementasi dilakukan selama 5 hari. Evaluasi menunjukkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil anak sudah tidak batuk dan tidak ada bunyi ronkhi.

Disarankan kepada tenaga kesehatan agar melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan menerapkan manajemen jalan napas, pemantauan respirasi dan manajemen hipertermia sebagai upaya dalam mengurangi gejala bronkopneumonia.

Isi : xiii + 94 Halaman + 8 Lampiran
Kata Kunci : Bronkopneumonia, Asuhan Keperawatan Anak
Daftar Pustaka : 40 (2016-2026)

**MINISTRY OF HEALTH POLYTECHNIC PADANG
NURSING DEPARTMENT**

**Scientific Paper,
Aqilah Nasywa Sabenna**

Nursing Care for Children with Bronchopneumonia in the Irna Obstetrics and Pediatrics Ward at Dr. M. Djamil General Hospital in Padang

ABSTRACT

Bronchopneumonia remains one of the leading causes of morbidity and mortality in children. The incidence of bronchopneumonia at Dr. M. Djamil General Hospital in Padang has risen from 218 cases in 2023 to 262 cases in 2024. This study aims to describe nursing care for children with bronchopneumonia in the obstetrics and pediatrics ward at Dr. M. Djamil General Hospital in Padang.

This qualitative study, employing a descriptive method and case study design, was conducted from November 2025 to May 2026 in the Pediatric Ward of Dr. M. Djamil General Hospital in Padang. The study population consisted of 3 children, and a sample of 1 child with bronchopneumonia was selected based on inclusion and exclusion criteria. The sampling technique used was purposive sampling. Data collection methods included interviews, observations, physical examinations, and document reviews. The data collection instrument was a pediatric nursing care form. Data were analyzed using the nursing process approach.

The assessment revealed that An. A, a 2-year-old child, presented with shortness of breath, a productive cough, and chest wall retractions. The nursing diagnoses identified were ineffective airway clearance, ineffective breathing pattern, and hyperthermia. Nursing interventions focused on airway management and nebulizer therapy, respiratory monitoring, and warm compresses. The interventions were implemented over a 5-day period. Evaluation showed that the issue of ineffective airway clearance was resolved, as evidenced by the child no longer coughing and the absence of rales.

It is recommended that healthcare providers provide nursing care for children by implementing airway management, respiratory monitoring, and hyperthermia management as measures to reduce the symptoms of bronchopneumonia.

Contents : xiii + 94 Pages + 8 Attachments

Keywords : Bronchopneumonia, Pediatric Nursing Care

Bibliography : 40 (2016-2026)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat- Nya, saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Peneliti mengucapkan terima kasih Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Tisnawati, S.ST. M.Kes selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa Peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S. Kp, M. Kep., Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Dr. Dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K) selaku direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang beserta staff yang telah banyak membantu dan memberikan izin kepada peneliti.
3. Bapak Tasman, S. Kp, M. Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Ibu Ns. Tisnawati, S.ST. M.Kes selaku Dosen Pembimbing yang telah bersedia membimbing dan membantu mengarahkan peneliti dalam menyusun Tugas Akhir ini.
6. Ibu Ns. Sila Dewi Anggraini, M.Kep., Sp. KMB selaku dosen Pembimbing Akademik.
7. Bapak, Ibu dosen serta Staff Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.

8. EMHA'Family serta keluarga besar dari pihak ayah maupun bunda yang telah senantiasa mendukung peneliti selama ini, baik berupa doa, kasih sayang, perhatian, dukungan, dan semangat.
9. Grup “Deklarasi Meja Bundar” berisi lima orang yang sama sama sedang mengemban tugas sebagai anak baru beranjak dewasa, tidak lupa dengan satu teman yang sudah lepas dari tanggung jawabnya di dunia. Menjadi bagian penting dalam proses kehidupan peneliti, terutama saat penyusunan Tugas Akhir ini.
10. Musketeers, teman seperjuangan selama kuliah. Selalu kebersamai hari-hari peneliti selama di kampus, melewati banyak hal yang sama dirasakan, serta memberi dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
11. Teruntuk teman teman yang hadir dalam kehidupan peneliti selama proses penyusunan Tugas Akhir ini yang telah kebersamai peneliti, memberikan dukungan dan juga waktunya.

Akhir kata peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini dapat digunakan dan membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 24 Mei 2026

Peneliti

DAFTAR ISI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN BRONKOPNEUMONIA DI RUANG IRNA KEBIDANAN DAN ANAK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Penyakit Bronkopneumonia pada Anak	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi.....	9
4. Manifestasi Klinis	10
5. Klasifikasi	11
6. Patofisiologi	14
7. WOC	16
8. Pemeriksaan Penunjang	17
9. Komplikasi.....	17
10. Penatalaksanaan Medis	18
B. Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia	19
1. Pengkajian Keperawatan.....	19

2. Diagnosa Keperawatan	23
3. Perencanaan Keperawatan	24
4. Implementasi Keperawatan.....	37
5. Evaluasi.....	38
BAB III METODE PENELITIAN	39
A. Jenis/Desain Penelitian	39
B. Waktu dan Tempat.....	39
C. Populasi dan Sampel	40
D. Alat Dan Instrumen Pengumpulan Data	41
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	42
F. Prosedur Pengambilan Data	43
G. Analisis Data	45
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Deskripsi Kasus	46
1. Pengkajian Keperawatan.....	46
2. Diagnosis Keperawatan	49
3. Intervensi Keperawatan.....	49
4. Implementasi Keperawatan.....	52
5. Evaluasi Keperawatan.....	53
B. Pembahasan.....	55
1. Pengkajian Keperawatan.....	55
2. Diagnosis Keperawatan	65
3. Intervensi Keperawatan.....	71
4. Implementasi Keperawatan.....	77
5. Evaluasi Keperawatan.....	82
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	88
A. Kesimpulan	88
B. Saran	89
DAFTAR PUSTAKA.....	91
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Izin Survey Awal dan pelaksanaan Kegiatan KTI dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 2. Surat Izin Survey Awal dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 3. Jadwal Penelitian
- Lampiran 4. Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 5. Laporan Asuhan Keperawatan Anak
- Lampiran 6. Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 7. Lembar Batas Bimbingan
- Lampiran 8. Surat Selesai Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bronkopneumonia atau pneumonia lobularis merupakan kondisi inflamasi akut pada paru-paru yang melibatkan bronkiolus terminal dan alveoli di sekitarnya, seringkali bersifat multifokal dan bilateral ¹. Bronkopneumonia ini merupakan penyakit pada pernafasan oleh virus, bakteri, jamur dan parasit yang akan mengakibatkan radang atau inflamasi dan sering terjadi pada anak yang berusia dibawah 5 tahun. Secara global, penyakit ini berkontribusi signifikan terhadap angka kematian anak di bawah usia lima tahun, menjadikannya masalah kesehatan masyarakat yang mendesak. ¹

United Nations Children's Fund (UNICEF) menyebutkan bahwa pneumonia membunuh lebih banyak anak-anak daripada penyakit menular lainnya, menewaskan lebih dari 700.000 anak di bawah usia 5 tahun setiap tahun, atau sekitar 2.000 setiap hari ². Berdasarkan estimasi Global Burden of Disease (GBD) 2023, pneumonia menyebabkan sekitar 610.000 kematian pada anak di bawah usia 5 tahun secara global pada tahun 2023, menunjukkan adanya penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Meskipun demikian, pneumonia tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian anak yang dapat dicegah di dunia ³.

Pneumonia juga menjadi penyebab kematian balita terbesar di Indonesia. Kementerian Kesehatan RI mengemukakan dalam Profil Kesehatan Indonesia (2024) bahwa cakupan penemuan pneumonia pada balita selama sepuluh tahun terakhir cukup fluktuatif. Pada tahun 2024, cakupan penemuan pneumonia pada balita meningkat yaitu sebesar 52,7%. Provinsi dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita tertinggi adalah DI Yogyakarta (149,2%), Papua Selatan

(111,8%), dan DKI Jakarta (108,6%). Dan Sumatera Barat berada di posisi 17 dengan cakupan penemuan sebesar 38,8%. ⁴

Berdasarkan data Survey Kesehatan Indonesia tahun 2023 prevalensi pneumonia pada balita di provinsi Sumatera Barat mencapai 15,5%. Kasus pneumonia di Sumatera Barat juga mengalami peningkatan dari tahun 2021 yaitu 3.546 kasus, menjadi 5.591 kasus pada tahun 2022 ⁵. Pada hasil penelitian Nia Watri dan Makful tahun 2022 diteukan bahwa wilayah dengan kasus tinggi di Sumatera Barat terdapat di 6 kabupaten/ kota, yaitu Kota Padang, Kabupaten Solok, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Tanah Datar, Kabupaten Sijunjung dan Kabupaten Pesisir Selatan. ⁶

Berdasarkan Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2024, prevalensi penumonia pada balita adalah 3,91% dari jumlah balita, sementara penderita pneumonia yang ditemukan sebanyak 2.298 kasus (70,6%) dari perkiraan kasus 3255. Jika dilihat berdasarkan gender, maka balita laki-laki lebih banyak menderita Pneumoni (1.314 orang) dibandingkan balita perempuan (984 orang). ⁷

Pada Profil RSUP Dr. M. Djamil Padang angka kejadian bronkopneumonia yang terjadi pada tahun 2020, ditemukan sebanyak 620 kasus (kasus lama dan kasus baru) dan termasuk 10 besar penyakit rawat inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Angka kejadian bronkopneumonia pada anak di Sumatra Barat dapat dilihat dari data rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan pada tahun 2020 sebanyak 231 kasus balita dengan bronkopneumonia, pada tahun 2021 terjadi peningkatan sangat tinggi yaitu mencapai 1387 kasus balita dengan bronkopneumonia ini disebabkan oleh pandemic covid-19 dan pada 2022 terjadi penurunan mencapai pada angka 130 kasus balita dengan bronkopneumonia. Pada tahun 2023 sebanyak 218 kasus dan pada tahun 2024 sebanyak 262 kasus.

Hasil penelitian yang didapatkan yaitu pneumonia komunitas pada anak banyak terdapat pada anak laki-laki 55,6%, terutama pada kelompok usia 2-<12 bulan 60% dengan status gizi anak yang kurang 62% dan status imunisasi masih belum lengkap 34,8%. Dengan lama rawatan paling banyak 5-10 hari dengan outcome perbaikan 56,7%.⁸

Pada bronkopneumonia, peradangan pada bronkiolus dan alveolus menyebabkan penumpukan sekret, edema, serta gangguan pertukaran gas. Akibatnya, kadar oksigen dalam darah menurun (hipoksemia) dan kadar karbon dioksida dapat meningkat (hiperkapnia). Untuk mengompensasi kondisi tersebut, anak akan bernapas lebih cepat dan menggunakan otot bantu pernapasan. Namun, apabila infeksi semakin berat dan tidak tertangani, otot-otot pernapasan dapat mengalami kelelahan sehingga kemampuan bernapas menurun dan akhirnya terjadi henti napas (apnea)⁹.

Fenomena ini menunjukkan bahwa penanganan penyakit pernapasan pada anak membutuhkan pendekatan yang komprehensif, tidak hanya berfokus pada bronkopneumonia tetapi juga pada infeksi saluran pernapasan akut secara umum. Kondisi ini diperparah oleh berbagai faktor risiko intrinsik dan ekstrinsik, seperti malnutrisi, sanitasi buruk, serta paparan polusi udara, yang secara kolektif meningkatkan kerentanan anak terhadap bronkopneumonia.¹⁰

Perilaku merokok anggota keluarga dapat menyebabkan gangguan pernapasan pada balita dan sehingga meningkatkan risiko bronkopneumonia¹¹. Oleh karena itu, pemahaman mendalam tentang epidemiologi dan faktor risiko ini sangat krusial untuk merancang intervensi yang efektif dan tepat sasaran dalam upaya pencegahan dan penanganan bronkopneumonia pada anak.¹²

Tenaga kesehatan, terkhususnya perawat, memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kepada anak-anak dengan bronkopneumonia. Peran tersebut mencakup upaya promotif, seperti menjaga kebersihan fisik dan

lingkungan (tempat sampah, ventilasi, dan lingkungan sekitar); preventif, melalui penerapan pola hidup bersih dan sehat; serta kuratif, dengan memberikan obat-obatan sesuai indikasi yang diresepkan oleh dokter.

Dengan penanganan yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien dapat mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan pada anak-anak yang mengalami bronkopneumonia. Setelah dilakukan intervensi keperawatan berupa manajemen jalan napas dan latihan batuk efektif menunjukkan adanya perbaikan kondisi dan peningkatan fungsi pernapasan.¹³

Pada survey awal yang dilakukan pada tanggal 20 November 2025 di RSUP. Dr. M. Djamil Padang diperoleh jumlah kasus Anak dengan Bronkopneumonia sebanyak 312 kasus dari bulan Januari-Oktober tahun 2025. Pasien anak Bronkopneumonia yang sedang menjalani perawatan pada ruang Sakura ditemukan satu orang anak laki-laki berumur 2 bulan. Orang tua anak berkata sebelumnya anak sudah melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan pertama yaitu puskesmas karena saat itu anak demam dan ibu berkata bahwa dada anak terlihat mencekung kedalam saat anak bernapas. Tetapi puskesmas hanya memberikan obat penurun demam. Maka anak dibawa ke RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan keluhan utama tersebut dan diagnosa yang dapat diangkat yaitu hipertermia dan pola napas tidak efektif. Tindakan keperawatan yang dilakukan berupa pemberian oksigen dan pemberian kompres hangat dan terapi dokter.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Ina Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka perumusan masalah peneliti adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada anak dengan

bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian dan hasil pengkajian pada asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

- a. Bagi Peneliti

Dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia itu sendiri.

b. Institusi Pendidikan

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

c. Tempat Penelitian

Dapat menjadi bahan masukan bagi petugas kesehatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Manfaat pengembangan Keilmuan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Bronkopneumonia pada Anak

1. Pengertian

Menurut *World Health Organization*, pneumonia adalah bentuk infeksi saluran pernapasan akut yang paling sering disebabkan oleh virus atau bakteri. Paru-paru terdiri dari kantung kecil yang disebut alveoli, yang terisi udara saat orang sehat bernapas. Ketika seseorang menderita pneumonia, alveoli diisi dengan nanah dan cairan, yang membuat pernapasan terasa sakit dan membatasi asupan oksigen. Ini dapat menyebabkan penyakit ringan hingga yang dapat mengancam jiwa pada orang-orang dari segala usia, namun penyakit ini menyebabkan kematian menular terbesar pada anak-anak di seluruh dunia¹⁴. Sedangkan menurut kemenkes pneumonia adalah peradangan akut pada jaringan paru yang disebabkan oleh mikroorganisme (bakteri, jamur, virus). Sehingga, dapat menyebabkan gejala ringan sampai berat.⁵

Pneumonia adalah infeksi pada saluran nafas bawah akut yang dapat disebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi), dan aspirasi substansi asing berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru. Ditandai dengan gejala batuk dan sesak nafas. Dikatakan pneumonia pada bayi adalah jika ada demam, nafas cepat pada bayi 0-2 bulan hitung nafas > 60kali/menit, pada bayi 2-12 bulan frekuensi nafas >50 kali/menit, dan pada anak usia 1-5 tahun frekuensi nafas >40 kali/menit. Jika nafas sesak disertai dengan tarikan dinding dada ke dalam maka masuk ke dalam kategori pneumonia berat dan di rujuk ke rumah sakit.⁴

Bronkopneumonia merupakan salah satu bagian dari penyakit pneumonia. Bronkopneumonia adalah suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang melibatkan bronkus atau bronkiolus yang berupa distribusi berbentuk bercak-bercak (*patchy distribution*) yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur, dan benda asing. Peradangan biasanya dimulai di bronkiolus terminalis. Bronkiolus terminalis tersumbat dan membentuk bercak-bercak konsolidasi di lobulus yang bersebelahan. Bronkopneumonia seringkali bersifat sekunder, dimulai dari infeksi dari saluran nafas atas, demam pada infeksi spesifik dan penyakit yang melemahkan sistem pertahanan tubuh. Pada bayi dan orang-orang yang lemah, pneumonia dapat muncul sebagai infeksi primer.¹⁵

2. Anatomi Fisiologi

Sistem pernafasan merupakan suatu sistem yang membawa oksigen melalui jalan napas kemudian ke alveoli, yang kemudian akan mengalami difusi atau pertukaran gas oksigen (O₂) dengan karbondioksida (CO₂) kemudian di alirkan ke darah untuk ditransportasikan. Sistem pernafasan atau respirasi terdiri dari dua bagian yaitu: saluran nafas bagian atas, udara yang masuk pada bagian ini dihangatkan, disaring dan dilembabkan, dan saluran nafas bagian bawah (paru), merupakan tempat pertukaran gas. Pertukaran gas terjadi di paru. Alveoli merupakan tempat terjadinya pertukaran gas antara gas (O₂) dan (CO₂) di paru. Pompa muskuloskeletal yang mengatur pertukaran gas dalam proses respirasi terdapat pada rongga pleura dan dinding dada. Rongga pleura terbentuk dari dua selaput serosa, yang meliputi dinding dalam rongga dada yang disebut pleura parietalis, dan yang meliputi paru atau pleura veseralis.

Paru-paru merupakan organ tubuh yang sangat penting untuk pernapasan. Paru-paru terletak di dalam rongga dada (toraks). Paru-paru terdiri dari dua bagian, yaitu bagian kanan dan bagian kiri. Paru-paru bagian kiri memiliki ukuran sedikit lebih kecil dibandingkan dengan paru-paru sebelah kanan karena di sisi paru-paru bagian kiri terdapat organ tubuh penting yang lain yaitu jantung. Setiap paru-paru terbungkus oleh selaput ganda yang lentur disebut pleura. Paru-paru kanan terdiri atas tiga bagian (lobus) dan paru-paru kiri terdiri dari dua bagian. Hal ini juga terjadi karena di sisi dada kiri terdapat jantung, tepatnya di sisi paru-paru kiri.

3. Etiologi

Umumnya pneumonia terjadi karena kurangnya pertahanan daya tahan tubuh terhadap organisme patogen, sehingga menyebabkan infeksi. Organisme patogen tersebut bisa berupa bakteri, virus, mikoplasma dan protozoa¹⁶ antara lain:

a. Bakteri

Bakteri yang biasanya menyebabkan pneumonia adalah bakteri *Streptococcus pneumoniae* atau disebut juga *Pneumokokus* bakteri ini sudah ada dikerongkongan orang yang sehat. Selain itu ada juga bakteri *S.pyogenes* dan *Staphylococcus Aureus* yang biasanya menjadi penyebab infeksi pada anak. Cara kerja infeksi ini adalah ketika imun tubuh menurun karena sakit, faktor usia menua, atau malnutrisi maka bakteri ini akan memperbanyak diri dan merusak sel-sel tubuh.

b. Virus

Jenis virus yang bisa menyebabkan pneumonia adalah *Respiratory Syncial Virus*, *Micoplasma Pneumonia*, *Virus*

Sinsitial, Parainfluenzae, Influenzae dan *Adenovirus*. Biasanya virus ini menyerang bagian atas saluran pernapasan yang menyebabkan pneumonia pada balita.

c. Mikoplasma

Mikoplasma adalah agen kecil yang menyebabkan pneumonia ringan pada anak, remaja dan usia muda.

d. Protozoa

Pneumonia yang disebabkan protozoa biasanya disebut dengan pneumonia pneumosistis. Pada penderita AIDS termasuk *Pneumocystis Carinii Pneumonia*.

4. Manifestasi Klinis

Infeksi pada bronkopneumonia menyebabkan terjadinya kenaikan suhu mendadak (38-40°C). Karena demam yang tinggi bisa menyebabkan komplikasi lain seperti kejang. Selain itu akibat adanya penumpukan eksudat menyebabkan terjadinya peningkatan sputum yang membuat batuk dari kering sampai berdahak¹⁶. Asuhan Keperawatan Komprehensif Pasien Bronkopneumonia disebutkan manifestasi dari bronkopneumonia antara lain:

a. Sakit dan kesulitan ketika bernapas

1) Takipnea

Berdasarkan pedoman MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit), frekuensi batas takipnea adalah:

- < 2 bulan : ≥ 60 kali/menit
- 2-11 bulan : ≥ 50 kali/menit
- 12-59 bulan (1-5 tahun) : ≥ 40 kali/menit
- > 5 tahun : ≥ 30 kali/menit

2) Napas dangkal dan terdapat snoring

3) Nyeri pleuritic (nyeri di pleura)

- b. Bunyi napas krekels, ronki dan egofoni
- c. Hipertermi dari 38,8°C - 41,1°C, disertai menggigil, bahkan bisa menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran.
- d. Pergerakan dada tidak simetris
- e. Diaforesis atau meningkatnya keringat akibat panas
- f. Penurunan berat badan akibat tidak nafsu makan
- g. Malaise
- h. Batuk berdahak, sputum biasanya kuning kehijauan kemudian bisa berubah menjadi kemerahan atau berkarat
- i. Sianosis di area bibir dan mulut (sirkumoral) dan di kuku.

5. Klasifikasi

Menurut pedoman MTBS, klasifikasi pneumonia pada balita (usia 2 bulan–59 bulan) didasarkan pada tanda klinis utama, terutama batuk/sukar bernapas, frekuensi napas, dan tanda bahaya umum.

1) Pneumonia Berat / Penyakit Sangat Berat

Diklasifikasikan sebagai pneumonia berat bila anak dengan batuk atau sukar bernapas memiliki salah satu tanda berikut:

- a. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam yang berat.
- b. Tanda bahaya umum, seperti:
 - Tidak bisa minum atau menyusui.
 - Muntah terus-menerus.
 - Kejang.
 - Letargis atau tidak sadar.
 - Stridor saat anak tenang.

Tatalaksana: segera dirujuk ke rumah sakit dan diberikan antibiotik serta terapi suportif sesuai kondisi.

2) Pneumonia

Diklasifikasikan sebagai pneumonia bila anak batuk atau sukar bernapas disertai napas cepat (takipnea) sesuai usia:

Usia Anak	Batas Napas Cepat
2–11 bulan	≥ 50 kali/menit
12–59 bulan	≥ 40 kali/menit

Tidak terdapat tanda pneumonia berat atau tanda bahaya umum.

Tatalaksana: diberikan antibiotik oral, edukasi, dan kontrol ulang.

3) Bukan Pneumonia (Batuk/Pilek Biasa)

Diklasifikasikan sebagai bukan pneumonia bila anak batuk atau sukar bernapas tanpa napas cepat dan tanpa tanda bahaya.

Tatalaksana: perawatan di rumah, pemberian cairan cukup, nutrisi, dan edukasi orang tua untuk kembali bila muncul tanda bahaya.

Klasifikasi pneumonia:

a. Pneumonia berdasarkan prediksi infeksi

1) Bronkopneumonia

Klasifikasi pneumonia berdasarkan prediksi infeksi. Pada bronkopneumonia terdapat bercak infiltrat di paru yang disebabkan virus atau bakteri¹⁶. Menurut Arufina dan Wiguna bronkopneumonia adalah salah satu jenis

pneumonia yang mengakibatkan peradangan di parenkim paru yang meluas sampai bronkeoli disebabkan oleh bakteri, virus, parasit, jamur atau benda asing yang menyebabkan gejala seperti hipertermi, gelisah, sesak napas, diare, muntah, serta batuk kering dan biasanya terjadi pada anak-anak.¹⁷

2) Pneumonia lobaris mengenai salah satu lobus atau lebih. Penyebabnya karena adanya obstruksi bronkus, misal akibat benda asing atau proses keganasan.

b. Pneumonia menurut kuman penyebab:

- 1) Stafilokokus pada influenza.
- 2) Klebsiela akibat alkoholik.
- 3) Pneumonia bakterialis tipikal, terjadi pada semua usia.
- 4) Pneumonia akibat virus, banyak terjadi pada bayi dan anak.
- 5) Pneumonia atipikal, terjadi pada anak dan dewasa muda, disebabkan oleh clamidia, coxiella dan mycoplasma.
- 6) Pneumonia akibat jamur, kebanyakan menyebabkan terjadinya infeksi sekunder terutama pada seseorang dengan daya tahan tubuh lemah.

c. Pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologi

- 1) Pneumonia aspirasi, banyak terjadi pada bayi dan anak.

- 2) Pneumonia Nasokomia, di dapat di rumah sakit, biasanya disebabkan bakteri gram negative.
- 3) Pneumonia di masyarakat yang disebabkan pneumokokus.
- 4) Pneumonia berulang, komplikasi dari penyakit penyerta.

6. Patofisiologi

Organisme patogen masuk ke dalam saluran pernapasan parenkim paru, kemudian berkembang biak dengan cepat sehingga menyebabkan infeksi yang menyebar ke bronkus, alveolus dan jaringan yang ada di sekitarnya. Peradangan yang terjadi di bronkus akan mengakibatkan penumpukan secret sehingga menyebabkan gangguan jalan napas tidak efektif. Dari bronkus, peradangan menyebar ke alveoli, Infeksi ini menyebabkan membran paru mengalami bercak karena cairan ke luar dari darah masuk ke alveoli. Selanjutnya, peradangan yang terjadi akan mengalami proses sebanyak empat stadium yaitu:

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

Terjadi edema di alveoli karena adanya perpindahan eksudat plasma ke interstisium. Pada kapiler di dinding alveoli mengalami kongesti akibat respon sel imun yang melepaskan mediator-mediator peradangan dari sel mast. Sehingga, hyperemia terjadi dengan tanda meningkatnya aliran darah dan permeabilitas kapiler.

b. Stadium II/Hepatisasi Merah (48 jam berikutnya)

Pada tahap terjadi penumpukan leukosit, eritrosit dan cairan di lobus sehingga membuat warna paru menjadi merah. Selain itu di alveolus terisi sel darah merah, fibrin dan eksudat yang dikeluarkan oleh host.

Stadium ini membuat udara yang tersimpan di alveoli menjadi tidak ada sehingga sesak akan bertambah.

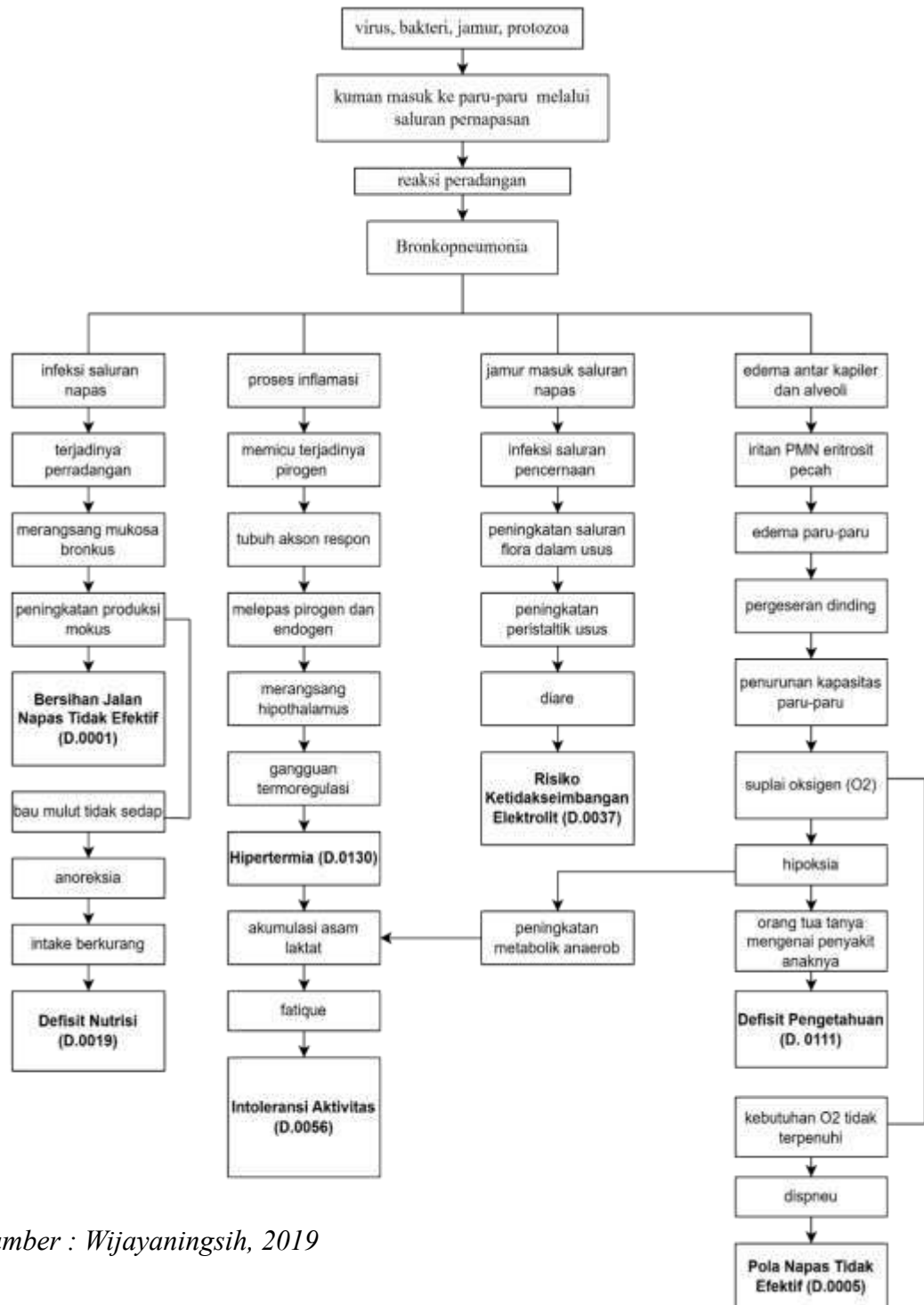
c. Stadium III/Hepatisasi Kelabu(3-8 hari)

Sel-sel darah putih mengalami peningkatan di fase ini. Dengan meningkatnya leukosit di alveoli sehingga membuat terjadinya fagositosis untuk menghalangi perkembangan biakan kuman. Eritrosit juga mulai diresorpsi pada tahap ini, sehingga membuat warna yang awalnya merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak mengalami kongesti lagi.

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

Stadium ini bisa terjadi jika respon imun sudah meningkat dan peradangan menurun disebabkan tubuh sudah berhasil membunuh kuman penyakit. Sisa sel fibrin dan eksudat pada fase ini akan diabsorpsi oleh makrofag sehingga paru kembali normal.

7. WOC



Sumber : Wijayaningsih, 2019

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan berdasarkan Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak ¹⁶ antara lain:

- a. Pemeriksaan gram/kultur, sputum dan darah: diambil dengan metode
- b. biopsi jarum atau biopsi pembukaan paru tujuannya untuk mengidentifikasi organisme yang terdapat disana.
- c. Sinar X rontgen dapat menyatakan abses luas atau infiltrat dan mengidentifikasi distribusi struktural. Tetapi jika disebabkan oleh mikoplasma kemungkinan sinar X bersih.
- d. Pemeriksaan serologi: Dapat membedakan diagnosa akibat organisme khusus seperti titer virus atau legionella dan agglutinin dingin.
- e. Bronkostopi: pemeriksaan untuk mengangkat benda asing dan menetapkan diagnosa.
- f. Biopsi paru: Untuk mendiagnosa.
- g. Deteksi leukosit: Leukosit ada tetapi rendah.
- h. Pemeriksaan fungsi paru: Untuk mengetahui paru-paru berfungsi atau tidak dan menetapkan luas berat penyakit.

9. Komplikasi

Bronkopneumonia memiliki komplikasi yaitu sebagai berikut ¹⁶ :

- a. Efusi pleura: Hal ini bisa terjadi karena akumulasi cairan yang bersifat eksudatif di rongga pleura ¹⁸
- b. Emfisema: Tertimbunnya cairan atau pus di rongga paru
- c. Meningitis: Infeksi bisa menyebar ke selaput otak.

- d. Otitis Media Akut (OMA): Kelebihan sputum akan masuk ke tuba eustachius mengakibatkan terhalangnya udara untuk masuk ke telinga tengah kemudian terjadi efusi dan telinga tertarik ke dalam.
- e. Abses Otak: Pus yang menyebar sampai ke otak.
- f. Endokarditis: Peradangan pada katub endocardial.
- g. Osteomilitis: Infeksi tulang akibat *Streptococcus Pneumoniae*.
- h. Atelektasis: Alveolus kempis, tidak terisi udara sehingga menyebabkan peningkatan pola napas, hipoksemia, asidosis respiratori bahkan sampai gagal napas.

10. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang diberikan berdasarkan buku Pembelajaran Keperawatan Anak ¹⁶ adalah sebagai berikut:

- a. Pemberian oksigen sesuai dengan kondisi penderita. Jika terjadi hipoksemia maka oksigen bisa ditingkatkan.
- b. Pemberian cairan untuk rehidrasi.
- c. Jika terjadi demam bisa diberikan antipiretik seperti parasetamol tablet/sirup/IV.
- d. Pemberian antibiotik seperti:
 - i. Amantadine dan rimantadine: untuk infeksi akibat virus.
 - ii. Penicillin G: untuk melawan bakteri pneumonia staphylococcus.
 - iii. Tetrasiklin, Eritromisin dan derivat tetrasiklin: untuk infeksi akibat mikoplasma.
- e. Tirah baring sampai infeksi berkurang dan ada tanda-tanda perbaikan.
- f. *Postural drainage* dikombinasi dengan ekspektoran.

- g. Memberikan terapi uap nebulisasi. Nebul yang diberi bisa dengan salbutamol untuk mengurangi sesak akibat penyempitan jalan napas. Adapun ventolin untuk mengencerkan secret dan Flexotide untuk mengencerkan secret yang ada di dalam bronkus.¹⁹

B. Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia

1. Pengkajian Keperawatan

Perawatan pasien bronkopneumonia dan pengkajian yang dilakukan sebagai berikut:¹⁶

a. Usia

Dibandingkan dengan orang dewasa, anak-anak lebih sering mengalami pneumonia akibat infeksi patogen. Anak yang relative bertubuh besar cenderung terkena pneumonia akibat mikoplasma. Kasus pneumonia banyak terjadi pada bayi usia <3 tahun, dan kematian terbanyak pada usia <2 bulan.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang sering ditemukan antara lain:

- Batuk
- Sesak napas
- Demam
- Napas cepat
- Anak tampak lemah atau rewel
- Sulit makan atau minum

2) Riwayat keperawatan sekarang

Untuk Riwayat kesehatan sekarang akan dikaji:

- Awal munculnya gejala
- Lama demam dan batuk
- Sifat batuk (kering atau berdahak)
- Adanya sesak napas, napas berbunyi, atau retraksi dinding dada
- Riwayat muntah, penurunan nafsu makan, atau penurunan aktivitas
- Pengobatan yang sudah diberikan sebelum dirawat

3) Riwayat keperawatan sebelumnya

Biasanya pneumonia bisa terjadi karena sebelumnya ada riwayat ISPA, influenza dalam 3-14 hari. Penyakit paru dan jantung bawaan juga bisa memperberat kondisi klinis pasien.

- c. Riwayat kesehatan keluarga dan lingkungan tempat tinggal
- Pneumonia merupakan penyakit menular, jadi ada kemungkinan pasien tertular oleh anggota keluarga lain yang mengalami batuk, ISPA, flu dan pilek. Tempat tinggal dengan sanitasi buruk juga bisa menjadi faktor penyebab pneumonia.

d. Pemeriksaan fisik

Pada anak dengan bronkopneumonia, pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dari kepala hingga kaki (*head to toe*) untuk mengidentifikasi tanda-tanda infeksi dan gangguan fungsi pernapasan. Keadaan umum pasien dapat tampak lemah, rewel, gelisah, atau tampak sakit sedang hingga berat sesuai dengan tingkat keparahan penyakit. Pemeriksaan tanda-tanda vital umumnya menunjukkan

peningkatan suhu tubuh (demam), peningkatan frekuensi napas (takipnea), peningkatan denyut nadi (takikardia), dan pada kasus tertentu dapat ditemukan penurunan saturasi oksigen.

Pada pemeriksaan kepala dan leher umumnya tidak ditemukan kelainan yang spesifik. Mata dapat tampak normal, meskipun pada kondisi tertentu dapat terlihat cekung akibat dehidrasi. Pemeriksaan hidung dapat menunjukkan adanya cuping hidung kembang-kempis (*nasal flaring*) sebagai tanda peningkatan usaha napas. Mukosa mulut dapat tampak kering akibat demam dan berkurangnya asupan cairan, sedangkan bibir dapat tampak sianosis apabila terjadi hipoksemia. Leher biasanya simetris tanpa adanya deviasi trakea, namun pembesaran kelenjar getah bening dapat ditemukan bila terdapat proses infeksi yang menyertai.

Pemeriksaan thoraks merupakan bagian yang paling penting pada anak dengan bronkopneumonia. Pada inspeksi dapat ditemukan takipnea, retraksi dinding dada, penggunaan otot bantu pernapasan, dan peningkatan kerja napas. Palpasi dapat menunjukkan ekspansi dada yang menurun pada area paru yang mengalami gangguan. Pada perkusi dapat terdengar bunyi redup di daerah konsolidasi paru. Auskultasi sering memperlihatkan bunyi napas tambahan berupa ronki basah halus maupun kasar (*crackles*), penurunan suara napas pada area tertentu, dan pada beberapa pasien dapat disertai wheezing akibat penyempitan jalan napas.

Pemeriksaan sistem kardiovaskular umumnya menunjukkan irama jantung yang teratur dengan peningkatan frekuensi nadi sebagai respons terhadap demam atau hipoksia. Pada pemeriksaan abdomen biasanya tidak ditemukan kelainan yang bermakna, meskipun nafsu makan dapat menurun selama proses penyakit. Ekstremitas perlu dinilai untuk melihat perfusi perifer, suhu akral, dan adanya sianosis. Pada kasus bronkopneumonia berat dapat ditemukan akral dingin atau sianosis sebagai tanda gangguan oksigenasi. Pemeriksaan kulit dapat menunjukkan peningkatan suhu tubuh dan penurunan turgor apabila terjadi dehidrasi. Selain itu, pemeriksaan neurologis dilakukan dengan menilai tingkat kesadaran dan respons anak, yang umumnya tetap baik, tetapi dapat mengalami penurunan pada kondisi infeksi berat atau hipoksemia.

Ketika dilakukan inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi pada thoraks pasien maka hasilnya:

1) Inspeksi

Biasanya terlihat tanda-tanda sesak seperti takipnea dan adanya pergerakan cuping hidung yang tampak. Jika ada batuk berdahak bisa dilihat karakteristik sputumnya. Anak yang mengalami pneumonia biasanya terjadi retraksi substernal, subkosta maupun di interkosta.

2) Auskultasi

Pada umumnya terdapat mengi atau ronkhi pada anak.

3) Perkusi dan Palpasi

Anak yang lebih besar ketika dilakukan perkusi biasanya terdapat bunyi redup di area konsolidasi. Sedangkan pada bayi, perkusi kurang berguna dalam pemeriksaan. Pada bayi ketika dilakukan palpasi terdapat peningkatan taktil fremitus.

2. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Bronkopneumonia yaitu: ²⁰

- a. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan penumpukan sekret di jalan napas.
- b. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan gangguan ventilasi alveoli.
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan.
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi.
- e. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- f. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan peningkatan kehilangan cairan akibat demam dan takipnea.
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang penyakit bronkopneumonia dan perawatannya.

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.1 Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2) Posisikan semi-fowler atau fowler 3) Berikan minum hangat 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

			5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8) Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 2) Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. Fisioterapi Dada: Observasi 1) Identifikasi dilakukan fisioterapi dada 2) Monitor status pernapasan
--	--	--	--

			Terapeutik 1) Gunakan bantal untuk mengatur posisi, 2) Lakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditungkupkan selama 3-5 menit 3) Lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersama ekspirasi melalui mulut 4) Lakukan fisioterapi dada minimal dua kali setelah makan Edukasi 1) Anjurkan batuk setelah prosedur selesai 2) Jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada 3) Ajarkan inspirasi perlahan dan dalam melalui hidung selama fisioterapi dada
2.	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

		2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	2) Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) 3) Monitor kemampuan batuk efektif 4) Monitor adanya produksi sputum 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7) Auskultasi bunyi napas 8) Monitor saturasi oksigen 9) Monitor nilai analisa gas darah 10) Monitor hasil x-ray thoraks Terapeutik 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2) Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
--	--	---	--

			2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
3.	Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor berat badan 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)

			3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk
--	--	--	---

			menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
4.	Hipertermia (D.0130)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2) Monitor suhu tubuh 3) Monitor kadar elektrolit 4) Monitor haluaran urin 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang dingin 2) Longgarkan atau lepaskan pakaian 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4) Berikan cairan oral 5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika

			mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6) Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8) Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1) Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
5.	Intoleransi Aktivitas (SDKI D.0056)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Lelah menurun 2. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

			2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala
--	--	--	---

			kelelahan tidak berkurang 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
6.	Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka keseimbangan elektrolit meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Serum natrium membaik 2. Serum kalium membaik 3. Serum klorida membaik	Pemantauan Elektrolit (I.03122) Observasi 1) Monitor kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2) Monitor kadar elektrolit serum 3) Monitor mual, muntah, diare 4) Monitor kehilangan cairan, jika perlu 5) Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis: kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesia, penurunan refleks, anoreksia,

			konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan) 6) Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis: peka rangsang, gelisah, mual, muntah, takikardia mengarah ke bradikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah asistol) 7) Monitor tanda dan gejala hiponatremia (mis: disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering, hipotensi postural, kejang, letargi, penurunan kesadaran) 8) Monitor tanda dan gejala hipernatremia (mis: haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsang, membrane mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi, kejang) 9) Monitor tanda dan gejala hipokalsemia
--	--	--	---

			(mis: peka rangsang, tanda Chvostek [spasme otot wajah] dan tanda Trousseau [spasme karpal], kram otot, interval QT memanjang) 10) Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (mis: nyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, kelemahan otot, segmen QT memendek, gelombang T lebar, kompleks QRS lebar, interval PR memanjang) 11) Monitor tanda dan gejala hypomagnesemia (mis: depresi pernapasan, apatis, tanda Chvostek, tanda Trousseau, konfusi, disritmia) 12) Monitor tanda dan gejala hypermagnesemia (mis: kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma, depresi) Terapeutik 1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
--	--	--	---

			2) Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
7.	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

		7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Edukasi 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
--	--	--	--

Sumber: SDKI (PPNI, 2017), SIKI (PPNI, 2018), SLKI (PPNI, 2022).²⁰⁻²²

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan untuk mencapai tindakan untuk mencapai tujuan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun, untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Implementasi pada asuhan keperawatan dapat dilakukan pada individu atau sebagai klien serta anggota keluarga lainnya. Implementasi yang ditujukan pada individu meliputi tindakan keperawatan langsung, kolaboratif dan pengobatan dasar, observasi, serta pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki kemampuan kognitif, interaksi interpersonal, dan keterampilan tindakan agar berhasil melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan perencanaan. Implementasi juga melibatkan pengumpulan data secara terus-menerus, mengamati respon klien selama dan setelah pelaksanaan implementasi, dan mengevaluasi data baru.²³

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan perubahan kondisi pasien (hasil yang terlihat) dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan. Evaluasi meliputi penilaian, tahapan, dan penyempurnaan. Perawat memeriksa reaksi klien terhadap pengobatan, menentukan tujuan serta sasaran dari rencana keperawatan yang dapat diterima selama evaluasi.²³

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif. Dan juga penelitian ini menggunakan metode pendekatan studi kasus dengan menggambarkan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Metode penelitian kualitatif adalah pendekatan penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme dan digunakan untuk mengkaji objek penelitian dalam kondisi alamiah. Dalam metode ini, peneliti bertindak sebagai instrumen kunci, sedangkan teknik pengumpulan data dilakukan melalui triangulasi. Analisis data dilakukan secara induktif dengan pendekatan kualitatif, dan hasil penelitian lebih menekankan pada makna serta pemahaman mendalam dibandingkan dengan generalisasi.²⁴

B. Waktu dan Tempat

1. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan November 2025 sampai dengan Juni 2026. Penelitian dilakukan selama 5 hari di ruangan irna kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruangan irna kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Tepatnya, di ruang akut yang berada di ruang rawat inap kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi tidak hanya mencakup manusia, tetapi juga meliputi objek dan benda-benda alam lainnya. Selain itu, populasi tidak hanya berkaitan dengan jumlah objek atau subjek yang diteliti, melainkan mencakup seluruh karakteristik dan sifat yang dimiliki oleh objek atau subjek tersebut.²⁴

Pada bulan Januari 2026 ada sebanyak 11 orang anak dan pada bulan Februari ada sebanyak 16 orang anak. Pada tanggal 5 Maret 2026 populasi penelitian ada 3 orang anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan umur anak sekitar 9-11 tahun.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam kondisi populasi yang besar dan keterbatasan peneliti untuk meneliti seluruh populasi, baik dari segi dana, tenaga, maupun waktu, penggunaan sampel menjadi alternatif dalam penelitian. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian sampel dapat digeneralisasikan kepada populasi apabila sampel yang diambil benar-benar representatif.²⁴

Sampel dalam penelitian ini adalah 1 orang anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Peneliti menentukan kriteria dalam pemilihan sampel yaitu:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi ialah kriteria yang dibuat oleh peneliti sebagai syarat untuk masuk ke dalam penelitian atau direkrut sebagai subjek penelitian.

Kriteria inklusi yang akan diteliti diantaranya:

- 1) Anak yang dirawat dengan Bronkopneumonia pada hari pertama – ketiga rawatan di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- 2) Pasien dan Keluarga dapat berinteraksi secara kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal.
- 3) Orang tua maupun keluarga bersedia anaknya dijadikan sebagai sampel penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi ialah kriteria untuk mengeluarkan subjek yang sudah memenuhi kriteria inklusi karena peneliti mempertimbangkan subjek tidak dapat mengikuti penelitian.

Kriteria eksklusi yang akan diteliti diantaranya:

- 1) Pasien dengan hari rawatan kurang dari 5 hari atau pasien dengan sebab meninggal.
- 2) Pasien dengan penurunan kesadaran.

D. Alat Dan Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau 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. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan

keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan sampai dengan dokumentasi keperawatan.

E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari pasien. Data primer dari penelitian berikut didapatkan dari hasil wawancara, observasi langsung dan pemeriksaan fisik langsung pada pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari rekam medik serta dokumentasi di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang pasien, dan rekam medis pasien. Data sekunder yang didapat melalui rekam medik RSUP Dr. M. Djamil Padang pasien dengan Bronkopneumonia pada Tahun 2025 sebanyak 312 kasus.

2. Teknik

a. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui Tanya jawab (identitas pasien, riwayat kesehatan terutama tanyakan riwayat imunisasi anak, pola aktivitas sehari-hari dan keadaan lingkungan tempat tinggal), sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topic tertentu. Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Meskipun dapat unsur kebebasan, tapi ada pengarah pembicara secara tegas dan mengarah sehingga wawancara ini bersifat fleksibelitas dengan tegas.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui kondisi fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan diantaranya adalah pemeriksaan head to toe dan pengukuran tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu, tinggi badan dan berat badan. Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan menggunakan pemeriksaan secara langsung untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak normal. 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

c. Pengamatan (observasi)

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.

d. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan dan gambar. 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 dipublikasikan).

F. Prosedur Pengambilan Data

Adapun pengolahan data yang dilakukan peneliti meliputi:

1. Prosedur administrasi

Prosedur administrasi meliputi:

- a. Peneliti mengurus surat izin penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
- b. Peneliti mendatangi RSUP Dr. M. Djamil Padang menyerahkan surat izin penelitian dari institusi untuk mendapatkan surat persetujuan untuk ke ruangan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk mendapatkan data anak dengan bronkopneumonia.
- c. Peneliti melakukan pemilihan sampel sebanyak 1 orang pasien bronkopneumonia dengan berkoordinasi dengan kepala ruangan.
- d. Peneliti mendatangi partisipan serta keluarga dan menjelaskan tentang tujuan penelitian hingga partisipan dan keluarga menyetujui untuk dijadikan sampel dalam penelitian
- e. 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.

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 Poltekkes Kemenkes Padang

G. Analisis Data

Analisis data dilakukan berdasarkan data yang diperoleh dan kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil analisis data kemudian diformulasikan menjadi diagnosis keperawatan, diikuti dengan pengembangan intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Peneliti kemudian membandingkan hasil tersebut dengan konsep asuhan keperawatan teoritis.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik pada anak, dan melalui rekam medis RS. An. A berjenis kelamin laki-laki berumur 2 tahun masuk rumah sakit dibawa oleh keluarga pada tanggal 2 Maret 2026 pada jam 05.49 WIB dan di rawat di ruang rawat inap Sakura RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien datang dengan keluhan demam naik turun selama 3 hari terakhir disertai dengan batuk berdahak An. A juga sesak nafas, terdapat tarikan dinding nafas saat bernafas dan terlihat banyak air liur. An. A tampak terlihat lemas, rewel, dan sesak nafas, pasien didiagnosa dengan penyakit Bronkopneumonia Bilateral. Dan An. A diharuskan untuk dirawat inap.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 5 Maret 2026 pukul 05.49 WIB, Nenek pasien mengatakan bahwa An. A panas masih naik turun, nenek pasien juga mengatakan anak batuk berdahak dan air liur masih suka keluar menetes. An. A tidak dapat mengeluarkan dahaknya dengan sendiri, sesak nafas masih terlihat dan terdapat tarikan dinding dada, anak bernafas dengan bantuan otot nafas. Anak masih rewel dan lemas dikarenakan demam nya yang masih sering naik turun. Meskipun itu anak masih suka jalan jalan di dalam ruangan, terkadang digendong oleh neneknya. Saat di rumah anak sering mengalami batuk berdahak dan sesak nafas karena tidak dapat mengeluarkan dahak sendiri.

Saat ditanyakan mengenai status imunisasi anak, nenek pasien (Ny. S) mengatakan bahwa imunisasi DPT-HB-Hib1, OPV2 (polio tetes 2), PCV1, RV1 tidak dilaksanakan dikarenakan pada umur 2 bulan An. A mengalami demam yang tinggi.

Hasil Grafik WHO NCHS/CDC -2 SD dinyatakan pertumbuhan anak berada di bawah batas normal dan perlu pemantauan gizi serta tumbuh kembang lebih lanjut. Tidak seperti anak seusianya, An. A memiliki berat badan 8 kilogram dengan tinggi badan 75 cm, anak mengalami gizi kurang, hasil IMT anak $14,22 \text{ m}^2$. Persentase kekurangan BB anak sampai 33,33%.

Hasil pengkajian kondisi lingkungan dan rumah An. A ditemukan bahwa keluarga perokok aktif, cara pengelolaan sampah keluarga dengan cara dibakar, dan terdapat hewan peliharaan yaitu ayam dan kandang ayam tersebut berada dekat dengan lingkungan rumah di depan halaman rumah. Rumah memiliki ventilasi yang cukup untuk keluar masuknya udara dalam rumah. Anggota keluarga yang menghuni rumah ada 3 orang, Ayah, Ibu dan Anak A. Lingkungan rumah masih dekat dengan rumah keluarga besar. Untuk pembuangan air besar atau kecil ada WC di dalam rumah. Air galon adalah sumber air minum keluarga An. A.

Pada pemeriksaan fisik An. A dikenal dengan palatoshcizis hingga celah langit-langit mulut, anak terlihat kurus dan pendek tidak sesuai dengan ukuran ideal umur anak 2 tahun, anak demam, batuk berdahak, sesak nafas, anak rewel, dan terlihat lemas. Tanda tanda vital anak ditemukan suhu tubuh An. A $39,8^{\circ}\text{C}$, RR: 47x/menit, HR: 115x/menit, TD: 90/50

mmHg. Terdengar suara nafas ronkhi basah halus nyaring dan terdapat retraksi dinding dada pada An. A.

Pemeriksaan asupan nutrisi dan cairan An. A, ibu memberikan ASI eksklusif sampai umur 6 bulan setelah itu ditambah dengan makanan tambahan berupa bubur bayi dan buah-buahan. Sekarang umur anak 2 tahun, An. A makan nasi, lauk, sayuran, dan buah. Saat sakit An. A diberi makan makanan cair. Dikarenakan anak rewel dan susah makan. Frekuensi makan An. A sering dengan porsi sedikit sedikit. An. A tidak mengalami kesulitan untuk minum air putih. Untuk pola istirahat dan tidur An. A mengalami masalah pada saat sakit ini pola tidur anak tidak teratur dan juga kualitas tidur An. A. Pada malam hari anak kurang lebih 7 jam dan An. A sering terbangun. Pada siang hari anak tidur sekitar 3 jam. Pola eliminasi, An. A masih memakai pampers dan pampers sering diganti, ditemukan bahwa pola eliminasi anak baik dan tidak ada gangguan. Untuk BAB An. A lancar, ibu dan keluarga An. A sudah mulai mengajarkan anak untuk toilet training BAB di WC frekuensi 2x/hari dengan warna kuning kecokelatan dan lunak.

Hasil laboratorium pemeriksaan hematologi An. A pada tanggal 3 Maret 2026 ditemukan Eritrosit $5.37 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hematokrit 41%, Hemoglobin 13.4 g/dL, Leukosit $14.72 \times 10^3/\mu\text{L}$, Trombosit $175 \times 10^3/\mu\text{L}$. Hasil pemeriksaan elektrolit An. A ditemukan Kalium 4.8 mmol/L, Klorida 106 mmol/L, Natrium 137 mmol/L. Hasil pemeriksaan Radiologi Thorax ditemukan terdapat perbercakan/ infiltrate di lapang atas sampai bawah paru bilateral. Terapi obat yang didapatkan An. A yaitu Salbutamol cairan inhalasi 1 ampul 3x1, Ampicilin 400 mg 4x1

(IV), Gentamicin 20 mg 2x1 (IV), Paracetamol sirup 120 mg 3x1 (p.o), dan terapi oksigen nasal kanul 2L/menit.

2. Diagnosis Keperawatan

Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Nenek An. A mengatakan bahwa An.A batuk berdahak tetapi tidak dapat mengeluarkan dahaknya sendiri, pada pemeriksaan auskultasi bagian dada An. A terdengar bunyi Ronkhi, pada pemeriksaan Radiologi Thorax terlihat adanya infiltrate pada bagian atas sampai bawah paru bilateral.

Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan An. A terlihat sesak nafas, terlihat adanya retraksi dinding dada, pada pemeriksaan tanda tanda vital RR An. A 47x/menit.

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) ditandai dengan demam An. A yang masih naik turun, suhu An. A 39,8°C, HR: 115x/menit dan tampak rewel.

Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan berat badan anak mengalami penurunan lebih dari 10% dari rentang ideal, dengan hasil persentase 33,33%.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan Diagosis Keperawatan yang peneliti rumuskan maka intervensi atau rencana tindakan keperawatan sebagai berikut:

Diagnosis keperawatan pertama yaitu **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** rencana tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi Manajemen Jalan Napas dan Terapi Nebulizer. Pada manajemen jalan napas, tindakan yang dilakukan yaitu memposisikan pasien dalam posisi fowler atau semi-fowler untuk memaksimalkan ventilasi, memberikan minuman hangat, melakukan terapi *nebulizer*, memonitor bunyi napas tambahan seperti wheezing dan ronchi, serta memonitor sputum meliputi jumlah, warna, dan aroma sputum.

Terapi *Nebulizer* juga dilakukan untuk membantu mengencerkan sekret, melegakan jalan napas, dan mengurangi sesak napas pada pasien. Tindakan terapi nebulizer dilakukan dengan mengidentifikasi indikasi pemberian nebulizer, memonitor status pernapasan pasien, serta menjelaskan tujuan dan prosedur terapi kepada keluarga pasien. Sebelum tindakan dilakukan, alat nebulizer disiapkan beserta cairan obat sesuai program terapi. Pasien diposisikan semi fowler atau posisi nyaman untuk memaksimalkan ventilasi paru. Masker nebulizer dipasang menutupi hidung dan mulut pasien dengan tepat, kemudian pasien dianjurkan bernapas perlahan dan dalam selama proses nebulisasi berlangsung. Terapi nebulizer diberikan selama kurang lebih 10–15 menit hingga cairan obat habis dan berubah menjadi uap secara optimal. Selama tindakan, dilakukan pemantauan terhadap frekuensi napas, adanya sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, dan respons pasien terhadap terapi. Setelah tindakan selesai, masker dilepas dan pasien dianjurkan untuk batuk agar sekret yang telah encer lebih mudah dikeluarkan.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu **Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** rencana tindakan yang

dilakukan yaitu Pemantauan Respirasi. Tindakan meliputi memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, memonitor pola napas, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan kepada keluarga pasien, serta menginformasikan hasil pemantauan yang telah dilakukan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan pasien menunjukkan tekanan inspirasi dan ekspirasi yang normal, tidak terdapat dispnea, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, frekuensi napas membaik, dan kedalaman napas kembali normal.

Diagnosis keperawatan ketiga yaitu **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)** rencana tindakan yang dilakukan yaitu Manajemen Hipertermia. Tindakan meliputi mengidentifikasi penyebab hipertermia, memonitor suhu tubuh, memonitor kadar elektrolit, memonitor komplikasi akibat hipertermia, memberikan kompres hangat untuk membantu menurunkan suhu tubuh, serta mengkolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena maupun obat antipiretik sesuai program terapi.

Diagnosis keperawatan keempat yaitu **Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** rencana tinndakan yang dilakukan yaitu Manajemen Nutrisi. Tindakan meliputi mengidentifikasi status nutrisi, memonitor asupan makanan pada anak, memonitor berat badan anak secara berkala dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrien yang dibutuhkan anak

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan untuk **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yaitu:

- a. Mengatur posisi An. A dalam posisi fowler atau semi fowler guna meningkatkan ventilasi paru dan mempermudah proses pernapasan,
- b. Memberikan terapi *nebulizer* salbutamol sebanyak 3 kali sehari 1 ampul sesuai program terapi pada An. A untuk membantu mengencerkan dan mengeluarkan sekret yang menumpuk di jalan napas,
- c. Melakukan auskultasi bunyi napas sebelum dan sesudah tindakan terapi *nebulizer*,
- d. Mengidentifikasi serta mendokumentasikan adanya bunyi napas tambahan pada An. A, seperti ronkhi maupun wheezing.
- e. Pemberian obat Ampicilin 400 mg 4x1 (IV), Gentamicin 20 mg 2x1 (IV).

Implementasi yang dilakukan untuk **Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** yaitu:

- a. Mengatur posisi An. A dalam posisi semi fowler untuk membantu mengurangi sesak napas dan meningkatkan ventilasi paru,
- b. Memberikan terapi oksigen melalui nasal kanul dengan aliran 2 L/menit untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigen,
- c. Memantau pola napas An. A meliputi frekuensi, irama, dan kedalaman pernapasan,
- d. Mengobservasi adanya retraksi dinding dada pada An. A sebagai tanda gangguan pernapasan,
- e. Memonitor tanda-tanda vital An. A secara berkala untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien.

Implementasi yang dilakukan untuk **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)** yaitu:

- a. Memantau suhu tubuh An. A secara berkala untuk mengetahui perubahan kondisi hipertermia,
- b. Memberikan obat antipiretik berupa Paracetamol sirup 120 mg sebanyak 3 kali sehari secara oral sesuai program terapi.

Implementasi yang dilakukan untuk **Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yaitu:

- a. Mengidentifikasi status nutrisi anak
- b. Memonitor asupan makanan pada anak, apakah makan anak dihabiskan
- c. Pemeriksaan berat badan anak secara berkala
- d. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang dibutuhkan anak

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An. A selama lima hari maka selanjutnya dilakukan evaluasi keperawatan untuk memantau tingkat keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama lima hari tersebut. Evaluasi dilakukan dengan metode SOAP dimulai dari tanggal 5 Maret 2026 sampai tanggal 9 Maret 2026.

Hasil perkembangan keperawatan pada diagnosis pertama yaitu **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** menunjukkan adanya perbaikan kondisi ditandai dengan batuk An. A sudah

mulai berkurang dan sekret sudah dapat keluar pada hari rawatan ke-3. Pada hari rawatan ke-5 An. A sudah tidak mengalami batuk lagi.

Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif telah teratasi, intervensi dilanjutkan dengan memberikan terapi *nebulizer* pada An. A apabila sesak napas dan batuk berdahak muncul kembali untuk membantu mengencerkan sekret dan melegakan jalan napas.

Diagnosis keperawatan yang kedua **Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** menunjukkan adanya perbaikan kondisi pada An. A ditandai dengan pada hari rawatan ke-4 sesak napas An. A sudah membaik, tarikan dinding dada yang semakin membaik, serta kondisi An. A yang tampak lebih tenang dan tidak rewel seperti sebelumnya. Selain itu, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada An. A pada hari rawatan ke-5 RR: 28x/menit, HR: 102x/menit.

Masalah Pola Napas Tidak Efektif teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosis keperawatan selanjutnya yaitu **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)** menunjukkan adanya perbaikan kondisi pada An. A. Hal tersebut ditandai dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada hari perawatan ke-2 dengan suhu tubuh 38,7°C. Pada hari perawatan ke-3 kondisi anak tampak lebih baik dan sudah dapat bermain, dengan suhu tubuh menurun menjadi 37,6°C. Selanjutnya, pada hari perawatan ke-4 suhu tubuh An. A semakin membaik menjadi 36,7°C, dan pada hari perawatan ke-5 suhu tubuh An. A mencapai 36,5°C.

Masalah hipertermia dinyatakan teratasi. Intervensi dilanjutkan dengan menganjurkan keluarga untuk tetap mengobservasi kondisi An. A serta memberikan obat Paracetamol apabila anak kembali mengalami demam.

Diagnosis keperawatan terakhir yaitu **Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** tidak menunjukkan perubahan signifikan. Berat badan anak tidak bertambah tetapi untuk masalah anak susah makan sudah teratasi, anak sudah mulai nafsu untuk makan dan tidak susah untuk memberikan anak makan. IMT anak masih pada nilai $14,22 \text{ kg/m}^2$

Masalah Defisit Nutrisi dinyatakan tidak teratasi. Intervensi dilanjutkan dengan mengedukasi keluarga untuk pemberian makan anak yang menarik dan memenuhi nutrisi anak.

B. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan

Saat pengkajian didapatkan bahwa anak masih mengalami demam yang naik turun. Nenek pasien mengatakan bahwa anak mengalami batuk berdahak disertai air liur yang sering menetes serta kesulitan mengeluarkan dahak secara mandiri. Selain itu, anak tampak mengalami sesak napas yang ditandai dengan adanya tarikan dinding dada dan penggunaan otot bantu pernapasan. Kondisi tersebut menunjukkan adanya gangguan pada sistem pernapasan akibat penumpukan sekret di jalan napas sehingga proses ventilasi menjadi tidak optimal. Anak juga tampak rewel dan lemas akibat demam yang masih sering kambuh, meskipun anak masih mampu berjalan-jalan di dalam ruangan dan terkadang digendong oleh neneknya.

Nenek pasien juga mengatakan bahwa selama di rumah anak sering mengalami batuk berdahak dan sesak napas karena kesulitan mengeluarkan dahak. Keadaan ini menunjukkan bahwa penumpukan sekret telah terjadi sejak sebelum pasien dirawat di rumah sakit. Pada anak dengan

bronkopneumonia, proses infeksi menyebabkan produksi sekret meningkat sehingga jalan napas menjadi tersumbat dan menimbulkan gejala seperti batuk berdahak, sesak napas, ronki, serta penggunaan otot bantu pernapasan. Berdasarkan hasil pemeriksaan, pasien didiagnosis mengalami bronkopneumonia bilateral dan direncanakan menjalani perawatan untuk mengatasi gangguan pernapasan serta memperbaiki kondisi umum pasien.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Hockenberry & Wilson (2019) anak dengan bronkopneumonia umumnya menunjukkan gejala berupa demam, batuk produktif, sesak napas, takipnea, retraksi dinding dada, penggunaan otot bantu pernapasan, dan adanya sekret yang berlebihan akibat proses inflamasi pada bronkus dan alveoli. Manifestasi tersebut muncul karena infeksi menyebabkan peningkatan produksi mukus yang menyumbat jalan napas ²⁵.

Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa pemberian terapi nebulizer efektif dalam membantu meningkatkan bersihan jalan napas pada anak dengan bronkopneumonia. Hal ini ditandai dengan penurunan gejala sesak napas, berkurangnya frekuensi batuk berdahak, serta perbaikan pola napas setelah intervensi dilakukan secara teratur ²⁶.

Menurut asumsi peneliti dapat disimpulkan bahwa kondisi anak sesuai dengan karakteristik klinis bronkopneumonia pada anak. Gejala yang ditemukan pada pasien sesuai dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya yaitu berupa demam pada anak yang disebabkan oleh infeksi, batuk berdahak dan kesulitan mengeluarkan sekret, sesak napas pada pasien disebabkan oleh pertukaran udara yang terhambat dikarenakan jalan napas pasien tersumbat oleh sekret dari hasil proses peradangan/infeksi, retraksi

dinding dada merupakan gejala dari usaha untuk menarik napas dikarenakan adanya infeksi pada bagian paru demikian paru tidak dapat bekerja secara optimal sehingga tubuh berusaha untuk mengambil oksigen dengan kuat maka gejala tersebut terlihat pada pasien bronkopneumonia.

Status imunisasi anak tidak lengkap dikarenakan pada umur 2 bulan anak mengalami demam yang tinggi maka imunisasi DPT-HB-Hib1, OPV2 (polio tetes 2), PCV1, RV1 tidak dilaksanakan.

Menurut World Health Organization (2025), imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang paling efektif untuk mencegah berbagai penyakit infeksi pada anak. Kelengkapan imunisasi berperan penting dalam membentuk kekebalan tubuh sehingga anak memiliki perlindungan yang optimal terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap atau tidak menyelesaikan jadwal imunisasi memiliki risiko lebih tinggi mengalami berbagai penyakit infeksi karena terbentuknya kekebalan tubuh yang tidak optimal. Beberapa vaksin dalam program imunisasi dasar seperti vaksin Hib (*Haemophilus influenzae* tipe b), vaksin pneumokokus (PCV), dan vaksin campak berperan penting dalam mencegah pneumonia pada anak. Vaksin tersebut bekerja dengan merangsang pembentukan antibodi spesifik yang dapat melindungi tubuh dari bakteri dan virus penyebab infeksi saluran pernapasan. Anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap memiliki risiko lebih tinggi mengalami pneumonia, bronkopneumonia, serta komplikasi infeksi yang lebih berat dibandingkan anak dengan imunisasi lengkap⁹.

Hal ini sejalan dengan penelitian dalam artikel “*Hubungan Status Imunisasi Dasar dengan Kejadian Bronkopneumonia pada Pasien Anak di Ruang Perawatan Anak RSUD Madani Provinsi Sulawesi Tengah*” yang menyatakan bahwa anak dengan imunisasi dasar tidak lengkap lebih banyak mengalami bronkopneumonia berulang dibandingkan anak dengan imunisasi lengkap, dengan hasil uji statistik menunjukkan hubungan yang signifikan ($p = 0,001$).²⁷

Peneliti berasumsi sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya ketidaklengkapan imunisasi pada pasien merupakan faktor yang menjadi pemicu awal anak rentan terhadap penyakit bronkopneumonia. Imunisasi DPT-HB-Hib diberikan pada pasien hanya satu kali sedangkan untuk anak umur 2 tahun seharusnya pasien sudah mendapatkan imunisasi tersebut sebanyak 3 kali. Ketidaklengkapan imunisasi tersebut menyebabkan anak akan rentan terhadap penyakit difteri, batuk rejan/pertusis, tetanus, hepatitis b, meningitis, dan pneumonia. Dan juga pemberian vaksin pneumokokus (PCV) untuk mencegah infeksi yang disebabkan oleh *treptococcus pneumoniae*, yang menjadi salah satu penyebab utama pneumonia pada anak. Kondisi status imunisasi yang tidak lengkap pada pasien tersebut semakin memperkuat bahwa kelengkapan imunisasi merupakan faktor penting yang berperan dalam upaya pencegahan dan penatalaksanaan bronkopneumonia pada anak.

Hasil Grafik WHO NCHS/CDC -2 SD menyatakan pertumbuhan anak berada di bawah batas normal dan perlu pemantauan gizi serta tumbuh kembang lebih lanjut. Tidak seperti anak seusianya, anak memiliki berat badan 8 kilogram dengan tinggi badan 75 cm, anak mengalami gizi kurang, hasil BMI anak $14,22 \text{ m}^2$.

Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Soetjiningsih bahwa penilaian status gizi dan pertumbuhan anak dapat dilakukan melalui pengukuran antropometri yang meliputi berat badan, tinggi badan, dan indeks massa tubuh (IMT/BMI). Anak yang berada pada kurva pertumbuhan di bawah - 2 SD menurut standar pertumbuhan WHO dikategorikan mengalami gangguan pertumbuhan atau gizi kurang. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa asupan nutrisi yang diterima anak belum mampu memenuhi kebutuhan tubuh secara optimal sehingga dapat memengaruhi pertumbuhan fisik, perkembangan, serta daya tahan tubuh anak ²⁸ .

Penelitian yang berjudul *“Hubungan Status Gizi dan Status Imunisasi terhadap Kejadian Bronkopneumonia pada Anak”* menjelaskan bahwa status gizi kurang serta imunisasi yang tidak lengkap memiliki hubungan dengan meningkatnya kejadian bronkopneumonia pada anak. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa anak dengan kondisi gizi kurang mempunyai risiko lebih besar mengalami bronkopneumonia dibandingkan anak dengan status gizi normal ²⁹ .

Peneliti berasumsi sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya bahwa pasien memiliki status gizi kurang hal tersebut menjadi salah satu faktor pasien terjangkit bronkopneumonia dikarenakan daya tahan tubuh menurun maka pasien mudah terserang penyakit seperti demam. Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan pemantauan pertumbuhan anak juga perlu diperhatikan untuk mendukung proses pemulihan dan mencegah terjadinya penyakit.

Berdasarkan hasil pengkajian lingkungan rumah didapatkan bahwa anak tinggal di lingkungan dengan beberapa faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan pernapasan anak. Ayah pasien diketahui merupakan perokok aktif, pengelolaan sampah keluarga dilakukan dengan cara dibakar, serta terdapat kandang ayam yang berada dekat dengan rumah tepatnya di halaman depan. Kondisi tersebut dapat meningkatkan paparan asap rokok, polusi udara, debu, dan mikroorganisme di lingkungan sekitar rumah yang berpotensi memicu gangguan saluran pernapasan pada anak, termasuk bronkopneumonia. Meskipun demikian, rumah anak memiliki ventilasi yang cukup baik untuk sirkulasi udara, jumlah penghuni rumah tidak terlalu padat, tersedia WC di dalam rumah, dan sumber air minum keluarga menggunakan air galon sehingga beberapa aspek sanitasi rumah sudah tergolong baik.

Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Nursalam bahwa kondisi lingkungan fisik rumah merupakan salah satu faktor yang memengaruhi status kesehatan anak. Lingkungan yang terpapar asap rokok, polusi udara, debu, dan sanitasi yang kurang baik dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi saluran pernapasan pada anak karena saluran napas anak masih dalam tahap perkembangan dan lebih sensitif terhadap iritan lingkungan³⁰.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian *“Faktor-Faktor Lingkungan Rumah yang Berhubungan dengan Kejadian Pneumonia pada Balita: Sebuah Kajian Sistematis”* yang menyatakan bahwa keberadaan asap rokok di dalam rumah, kualitas ventilasi, serta pencemaran udara dalam rumah merupakan faktor risiko terjadinya pneumonia pada balita. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa anak yang tinggal di lingkungan rumah dengan

paparan asap rokok memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan pernapasan ³¹.

Selain itu, penelitian *“Analisis Faktor Lingkungan Rumah dan Karakteristik Balita terhadap Pneumonia pada Balita”* menyatakan bahwa kebiasaan membakar sampah menjadi salah satu faktor lingkungan yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita. Asap hasil pembakaran sampah dapat menurunkan kualitas udara dan mengganggu sistem pernapasan anak ³².

Peneliti berasumsi sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya kondisi lingkungan rumah pasien memiliki beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya bronkopneumonia, terutama paparan asap rokok, asap pembakaran sampah, dan keberadaan kandang ayam yang dekat dengan rumah. Anak-anak memiliki sistem pernapasan dan imun yang rentan dikarenakan masih dalam tahap perkembangan maka anak rentan terhadap paparan polutan seperti asap rokok yang mengandung nikotin, karbon monoksida dan partikel halus yang dapat menjadi pemicu terjadinya iritasi pada jalan napas serta dapat merusak paru. Begitu juga dengan polutan hasil dari pembakaran sampah, hal tersebut dapat menyebabkan iritasi dan infeksi pada jalan napas anak. Keberadaan kandang ayam yang dekat dengan rumah juga meningkatkan risiko infeksi dikarenakan adanya jamur, debu, bulu, dan juga sisa pakan ternak.

Berdasarkan hasil pemeriksaan asupan nutrisi dan cairan anak, ibu memberikan ASI eksklusif sampai umur 6 bulan setelah itu ditambah dengan makanan tambahan berupa bubur bayi dan buah-buahan. Sekarang umur anak 2 tahun, anak makan nasi, lauk, sayuran, dan buah. Saat sakit

anak diberi makan makanan cair. Dikarenakan anak rewel dan susah makan. Frekuensi makan anak sering dengan porsi sedikit sedikit. anak tidak mengalami kesulitan untuk minum air putih. Untuk pola istirahat dan tidur anak mengalami masalah pada saat sakit ini pola tidur anak tidak teratur dan juga kualitas tidur anak. Pada malam hari anak tidur kurang lebih 7 jam dan sering terbangun. Pada siang hari anak tidur sekitar 3 jam. Pola eliminasi, anak masih memakai pampers dan pampers sering diganti, ditemukan bahwa pola eliminasi anak baik dan tidak ada gangguan. Untuk BAB anak lancar, ibu dan keluarga anak sudah mulai mengajarkan anak untuk toilet training BAB di WC frekuensi 2x/hari dengan warna kuning kecokelatan dan lunak.

Menurut teori Soetjiningsih, anak usia toddler (1–3 tahun) sering mengalami penurunan nafsu makan atau *physiological anorexia* sehingga pola makan sedikit tetapi sering masih dianggap normal selama kebutuhan nutrisi harian tetap terpenuhi. Namun pada kondisi sakit, terutama infeksi seperti bronkopneumonia, nafsu makan anak cenderung menurun karena peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh, rasa tidak nyaman, sesak napas, dan demam²⁸.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian “*Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia: Suatu Studi Kasus*” yang menyatakan bahwa anak dengan bronkopneumonia mengalami penurunan nafsu makan, batuk disertai sputum, demam, serta gangguan aktivitas akibat kondisi penyakit. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa masalah nutrisi dan istirahat sering ditemukan pada anak dengan bronkopneumonia karena kondisi infeksi menyebabkan anak menjadi lemas dan tidak nyaman³³.

Peneliti berasumsi sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya gangguan pola makan dan tidur pada pasien terjadi akibat proses infeksi bronkopneumonia seperti demam, batuk berdahak, dan sesak napas sehingga anak merasa tidak nyaman saat makan maupun saat beristirahat. Demam mempengaruhi pusat pengaturan nafsu makan di hypothalamus sehingga anak mengalami penurunan asupan makanan. Batuk yang terus menerus dapat mengganggu aktivitas makan karena anak sering berhenti untuk batuk dan juga mengganggu pola tidur anak karena anak akan sering terjaga untuk batuk. Selain itu, sesak napas menyebabkan anak membutuhkan usaha napas yang lebih besar sehingga aktivitas makan menjadi lebih melelahkan.

Berdasarkan hasil laboratorium pemeriksaan hematologi anak pada tanggal 3 Maret 2026 ditemukan Eritrosit $5.37 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hematokrit 41%, Hemoglobin 13.4 g/dL, Leukosit $14.72 \times 10^3/\mu\text{L}$, Trombosit $175 \times 10^3/\mu\text{L}$. Hasil pemeriksaan elektrolit anak ditemukan Kalium 4.8 mmol/L, Klorida 106 mmol/L, Natrium 137 mmol/L. Hasil pemeriksaan Radiologi Thorax ditemukan terdapat per bercakan/ infiltrate di lapang atas sampai bawah paru bilateral. Terapi obat yang didapatkan anak yaitu Salbutamol cairan inhalasi 1 ampul 3x1, Ampicilin 400 mg 4x1 (IV), Gentamicin 20 mg 2x1 (IV), Paracetamol sirup 120 mg 3x1 (p.o), dan terapi oksigen nasal kanul 2L/menit.

Menurut teori Hockenberry & Wilson (2019) bahwa pada anak dengan bronkopneumonia sering ditemukan peningkatan jumlah leukosit (leukositosis) sebagai respons tubuh terhadap proses infeksi. Leukosit merupakan komponen sistem imun yang berfungsi melawan mikroorganisme penyebab infeksi²⁵.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dalam artikel *“Penerapan Terapi Nebulizer pada Anak dengan Bronkopneumonia”* yang menyatakan bahwa anak dengan bronkopneumonia umumnya mengalami peningkatan leukosit, sesak napas, ronki, serta hasil foto thoraks menunjukkan adanya infiltrat pada paru-paru. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa terapi yang diberikan meliputi antibiotik, nebulizer bronkodilator, antipiretik, dan oksigenasi untuk memperbaiki kondisi respirasi pasien ³⁴.

Selain itu, hasil penelitian ini juga didukung oleh laporan kasus *“Seorang Anak Laki-Laki Usia 3 Tahun dengan Bronkopneumonia Bilateral”* yang menyebutkan bahwa pasien bronkopneumonia mengalami demam, peningkatan leukosit, infiltrat paru bilateral pada pemeriksaan radiologi, dan membutuhkan terapi antibiotik serta oksigenasi ³⁵.

Menurut analisa peneliti, sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi pada pasien menunjukkan adanya proses infeksi pada paru-paru yang sesuai dengan diagnosis bronkopneumonia bilateral. Pada pemeriksaan laboratorium ditemukan peningkatan jumlah leukosit yang mengindikasikan adanya respons inflamasi tubuh terhadap infeksi. Peningkatan leukosit terjadi karena sistem imun berusaha melawan mikroorganisme penyebab infeksi yang masuk ke saluran pernapasan. Selain itu, hasil foto toraks pasien menunjukkan gambaran khas bronkopneumonia bilateral akibat proses peradangan dan penumpukan eksudat pada bronkiolus serta alveoli. Untuk itu pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa Ampicilin 400 mg intravena 4 kali sehari dan Gentamicin 20 mg intravena 2 kali sehari sebagai terapi antibiotik untuk menghambat dan membunuh bakteri penyebab infeksi.

Selain itu, pasien diberikan Salbutamol cairan inhalasi 1 ampul 3 kali sehari yang berfungsi sebagai bronkodilator untuk membantu melebarkan saluran napas sehingga aliran udara menjadi lebih lancar dan sesak napas dapat berkurang. Paracetamol sirup 120 mg per oral 3 kali sehari diberikan untuk menurunkan demam yang muncul sebagai respons tubuh terhadap infeksi. Pasien juga mendapatkan terapi oksigen melalui nasal kanul dengan aliran 2 liter per menit untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigen tubuh akibat terganggunya pertukaran gas di paru-paru. Pemberian terapi untuk mengatasi infeksi, mengurangi gejala pernapasan, memperbaiki ventilasi paru, meningkatkan oksigenasi, serta mempercepat proses pemulihan pasien dengan bronkopneumonia bilateral.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang didapatkan oleh peneliti. Diagnosis keperawatan yang didapatkan yaitu, 1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan secret yang tertahan, 2) Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya jalan napas, 3) Hipertermia berhubungan dengan proses terjadinya penyakit (infeksi).

Berdasarkan kasus yang peneliti temukan diagnosis utama yang peneliti angkat untuk kasus An. A yaitu **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**. Peneliti mengangkat diagnosis utama untuk kasus An. A karena ditandai dengan Nenek An. A mengatakan bahwa An.A batuk berdahak tetapi tidak dapat mengeluarkan dahaknya sendiri, pada pemeriksaan auskultasi bagian dada An. A terdengar bunyi Ronkhi, pada pemeriksaan Radiologi Thorax terlihat adanya infiltrate pada bagian atas sampai bawah paru bilateral.

Menurut teori dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi pada saluran napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Tanda dan gejala mayor yang mendukung diagnosis ini meliputi batuk tidak efektif, sputum berlebih, kesulitan mengeluarkan sekret, bunyi napas tambahan seperti ronkhi, serta perubahan pola napas ²⁰ .

Menurut teori Wijayaningsih, bronkopneumonia menyebabkan proses inflamasi pada bronkus dan alveoli sehingga produksi mukus meningkat dan terjadi penumpukan sekret di saluran napas. Penumpukan sekret tersebut menyebabkan anak mengalami batuk berdahak, ronki, sesak napas, dan kesulitan mengeluarkan dahak, terutama pada anak usia balita yang kemampuan batuk efektifnya masih belum optimal. Infiltrat pada hasil radiologi thoraks menunjukkan adanya proses peradangan dan penumpukan cairan di jaringan paru akibat infeksi ³⁶ .

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian *“Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer untuk Mengatasi Bersihan Jalan Napas pada Pasien Bronkopneumonia”* yang menyatakan bahwa anak dengan bronkopneumonia sering mengalami masalah bersihan jalan napas tidak efektif akibat penumpukan sekret yang ditandai dengan batuk berdahak, ronki, dan sesak napas. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa sekret yang tertahan menyebabkan jalan napas tersumbat sehingga pasien kesulitan bernapas dan membutuhkan intervensi untuk membantu pengeluaran dahak ³⁷ .

Selain itu, penelitian *“Penerapan Teknik Batuk Efektif dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien Anak*

Bronkopneumonia” menyatakan bahwa diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif sering ditemukan pada anak bronkopneumonia akibat akumulasi sekret di saluran napas. Penelitian tersebut menemukan adanya bunyi napas ronki, sputum berlebih, dan napas cepat pada pasien anak dengan bronkopneumonia³⁸.

Menurut asumsi peneliti, diagnosis Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada pasien muncul akibat penumpukan sekret yang tidak dapat dikeluarkan secara optimal sehingga menyebabkan obstruksi jalan napas. Kondisi tersebut ditandai dengan batuk berdahak, bunyi ronki, serta infiltrat paru pada pemeriksaan radiologi. Jika sekret tidak segera dikeluarkan, maka dapat memperberat gangguan ventilasi dan menyebabkan peningkatan sesak napas pada pasien.

Diagnosis keperawatan pada An. A selanjutnya yaitu **Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas**. Diagnosis ini ditegakkan karena An. A tampak mengalami sesak napas, terdapat retraksi dinding dada, serta hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan frekuensi napas 47x/menit. Kondisi tersebut menunjukkan adanya peningkatan usaha napas akibat gangguan ventilasi pada paru-paru sehingga pola napas anak menjadi tidak efektif.

Menurut teori dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Tanda dan gejala yang mendukung diagnosis ini meliputi dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, retraksi dinding dada, peningkatan frekuensi napas, serta perubahan kedalaman napas²⁰.

Menurut teori Wijayaningsih, pada anak dengan bronkopneumonia terjadi proses inflamasi pada bronkus dan alveoli yang menyebabkan pertukaran oksigen terganggu. Penumpukan sekret dan peradangan pada jaringan paru menyebabkan saluran napas menyempit sehingga anak harus meningkatkan usaha napas untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh. Kondisi ini menyebabkan munculnya sesak napas, takipnea, penggunaan otot bantu napas, dan retraksi dinding dada terutama pada anak usia balita yang sistem pernapasannya masih belum matang³⁶.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian *“Seorang Anak Laki-Laki Usia 3 Tahun dengan Sesak Napas Akibat Bronkopneumonia Kedua Lapang Paru”* yang menyatakan bahwa anak dengan bronkopneumonia mengalami sesak napas, takipnea, retraksi dinding dada, dan penggunaan otot bantu napas akibat adanya proses infeksi pada paru-paru³⁵.

Menurut asumsi peneliti, diagnosis pola napas tidak efektif pada pasien terjadi akibat proses inflamasi dan penumpukan sekret pada paru-paru yang menyebabkan hambatan ventilasi sehingga tubuh meningkatkan usaha napas untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Kondisi ini ditandai dengan sesak napas, retraksi dinding dada, dan frekuensi napas meningkat menjadi 47x/menit. Jika tidak segera ditangani, gangguan pola napas dapat memperburuk kondisi respirasi dan menyebabkan kekurangan oksigen pada jaringan tubuh.

Diagnosis keperawatan ketiga yang peneliti angkat yaitu, **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)** ditandai dengan demam An. A yang masih naik turun, suhu An. A 39,8°C, HR: 115x/menit dan tampak rewel.

Menurut teori Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang menyatakan bahwa hipertermia merupakan kondisi suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh akibat kegagalan mekanisme termoregulasi. Salah satu penyebab hipertermia adalah proses penyakit seperti infeksi. Tanda dan gejala hipertermia meliputi suhu tubuh meningkat, takikardia, takipnea, kulit hangat, dan pasien tampak gelisah atau rewel²⁰.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian *“Asuhan Keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Hipertermia di RS PKU Muhammadiyah Gombong”* yang menyatakan bahwa anak dengan bronkopneumonia sering mengalami hipertermia akibat proses infeksi pada paru-paru. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami peningkatan suhu tubuh disertai rewel dan perubahan tanda-tanda vital akibat respons tubuh terhadap infeksi.³⁹

Selain itu, penelitian *“Asuhan Keperawatan Pemberian Water Tepid Sponge pada Anak Bronkopneumonia dengan Hipertermia”* menyatakan bahwa hipertermia merupakan salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada anak dengan bronkopneumonia akibat proses inflamasi dan infeksi pada paru-paru. Penelitian tersebut menemukan bahwa pasien bronkopneumonia mengalami peningkatan suhu tubuh yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan, gelisah, dan peningkatan kebutuhan cairan tubuh.⁴⁰

Menurut asumsi peneliti, diagnosis hipertermia pada pasien terjadi akibat proses infeksi bronkopneumonia yang memicu pelepasan zat inflamasi dalam tubuh. Zat tersebut memengaruhi pusat pengatur suhu di hipotalamus

sehingga suhu tubuh meningkat dan menyebabkan demam. Kondisi ini ditandai dengan suhu tubuh yang tinggi, peningkatan denyut nadi, serta anak tampak rewel dan tidak nyaman selama sakit.

Diagnosis keperawatan keempat peneliti yaitu **Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** ditandai dengan berat badan anak mengalami penurunan lebih dari 10% dari rentang ideal, dengan hasil persentase 33,33%.

Menurut teori Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), defisit nutrisi adalah keadaan ketika asupan nutrisi tidak mencukupi kebutuhan metabolisme tubuh. Pada anak dengan palatoschizis, adanya celah pada palatum menyebabkan gangguan koordinasi mengisap, menelan, dan bernapas sehingga anak tidak mampu memperoleh asupan nutrisi secara optimal. Kondisi tersebut mengakibatkan waktu makan menjadi lebih lama, volume susu atau makanan yang dikonsumsi berkurang, anak mudah lelah saat makan, dan dalam jangka panjang dapat menyebabkan penurunan berat badan serta gangguan pertumbuhan²⁰.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian berjudul “*Initial Nutritional Assessment of Infant with Cleft Lip and/or Palat*” yang melaporkan bahwa bayi dengan celah bibir dan/atau langit-langit sering mengalami kesulitan makan sehingga memerlukan penilaian status nutrisi dan intervensi pemberian makan sejak dini untuk mencapai pertumbuhan yang optimal. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa gangguan mengisap dan menelan merupakan penyebab utama lambatnya peningkatan berat badan pada bayi dengan palatoschizis⁴¹.

Selain itu, tinjauan sistematis “*A Systematic Review of Feeding Interventions for Infants with Cleft Palate*” juga menjelaskan bahwa bayi dengan celah langit-langit mengalami kesulitan makan sejak lahir, sehingga berisiko mengalami gangguan pertumbuhan apabila tidak mendapatkan edukasi dan penanganan nutrisi yang tepat ⁴².

Menurut peneliti diagnosis keperawatan defisit nutrisi anak dengan bronkopneumonia disertai palatoschizis dipengaruhi oleh kombinasi kelainan anatomis dan kondisi infeksi saluran pernapasan. Palatoschizis menyebabkan anak mengalami kesulitan mengisap dan menelan karena adanya celah pada langit-langit mulut, sedangkan bronkopneumonia menyebabkan sesak napas, batuk, peningkatan frekuensi napas, serta penurunan nafsu makan. Kombinasi kedua kondisi tersebut mengakibatkan koordinasi antara mengisap, menelan, dan bernapas menjadi tidak efektif sehingga asupan nutrisi yang diterima anak tidak mampu memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Kondisi ini ditunjukkan dengan penurunan berat badan lebih dari 10% dari rentang ideal yang menjadi salah satu indikator terjadinya defisit nutrisi.

3. Intervensi Keperawatan

Dalam penelitian ini, intervensi keperawatan yang peneliti pilih disusun sesuai dengan diagnosis yang muncul pada kasus berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Diagnosis utama pada pasien adalah **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**. Intervensi yang dilakukan yaitu 1) manajemen jalan napas meliputi memposisikan pasien dalam posisi fowler atau semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi, memberikan minuman hangat, melakukan terapi

nebulizer, memonitor bunyi napas tambahan seperti wheezing dan ronkhi, serta memonitor sputum meliputi jumlah, aroma, dan warna sputum. 2) terapi nebulizer dilakukan dengan mengidentifikasi indikasi pemberian nebulizer, memonitor status pernapasan, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada keluarga pasien, memposisikan pasien semi fowler, memasang masker nebulizer dengan tepat, memonitor frekuensi napas dan penggunaan otot bantu napas selama tindakan, serta menganjurkan pasien untuk batuk setelah terapi selesai agar sekret lebih mudah keluar.

Menurut teori dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang menyatakan bahwa intervensi manajemen jalan napas bertujuan mempertahankan kepatenan jalan napas dengan membantu pengeluaran sekret dan memaksimalkan ventilasi paru. Terapi nebulizer juga digunakan untuk membantu mengencerkan sekret dan melebarkan saluran napas sehingga pernapasan menjadi lebih efektif ²² .

Hasil penelitian dalam artikel *“Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer untuk Mengatasi Bersihan Jalan Napas pada Pasien Bronkopneumonia”* menyatakan bahwa terapi nebulizer efektif membantu mengurangi sesak napas, mengencerkan sekret, dan memperbaiki bersihan jalan napas pada anak dengan bronkopneumonia. ³⁴

Peneliti berasumsi bahwa tindakan manajemen jalan napas dan terapi nebulizer merupakan intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien. Penyusunan rencana keperawatan yang dilakukan peneliti pada diagnosis Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif memiliki beberapa kesamaan dengan penelitian terdahulu yaitu memposisikan pasien semi fowler atau fowler, memonitor status

respirasi, memonitor bunyi napas tambahan, dan melakukan terapi *nebulizer* untuk membantu pengeluaran sekret.

Rencana keperawatan yang dilakukan untuk diagnosis kedua yaitu **Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** ditandai dengan An. A terlihat sesak napas, terdapat retraksi dinding dada, dan frekuensi napas meningkat yaitu RR 47x/menit. Intervensi yang dilakukan adalah pemantauan respirasi meliputi memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, memonitor pola napas, mendokumentasikan hasil pemantauan, memonitor penggunaan otot bantu napas, serta mengobservasi respons pasien terhadap terapi oksigen yang diberikan.

Menurut teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang menyatakan bahwa pemantauan respirasi bertujuan mendeteksi perubahan status pernapasan pasien secara dini sehingga gangguan ventilasi dapat segera ditangani. Pemantauan frekuensi dan pola napas sangat penting pada anak dengan bronkopneumonia karena adanya inflamasi paru dapat menyebabkan peningkatan kerja napas dan gangguan oksigenasi ²².

Hasil penelitian dalam artikel *“Seorang Anak Laki-Laki Usia 3 Tahun dengan Sesak Napas Akibat Bronkopneumonia Kedua Lapang Paru”* menyatakan bahwa anak dengan bronkopneumonia mengalami takipnea, retraksi dinding dada, dan penggunaan otot bantu napas sehingga memerlukan pemantauan respirasi dan terapi oksigen secara berkala ³⁵.

Peneliti berasumsi bahwa tindakan pemantauan respirasi merupakan intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif pada pasien. Infeksi pada paru menyebabkan peradangan, penumpukan sekret,

dan gangguan pertukaran gas sehingga anak mengalami sesak napas dan peningkatan frekuensi pernapasan. Maka pemantauan respirasi diperlukan untuk menilai kondisi ventilasi dan oksigenasi pasien serta mendeteksi secara dini adanya perburukan gangguan pernapasan. Intervensi yang peneliti rencanakan sama dengan peneliti terdahulu yaitu tindakan berfokus pada pemantauan status ventilasi dan oksigen pasien untuk mengevaluasi perkembangan kondisi pasien serta efektivitas terapi yang diberikan, sehingga kebutuhan oksigen tubuh tetap terpenuhi dan proses pemulihan dapat berlangsung optimal.

Rencana tindakan yang dilakukan untuk diagnosis ketiga yaitu **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)** adalah manajemen hipertermia meliputi mengidentifikasi penyebab hipertermia, memonitor suhu tubuh, memonitor komplikasi akibat hipertermia, memberikan kompres hangat untuk membantu menurunkan suhu tubuh, memberikan oksigen bila diperlukan, serta mengkolaborasikan pemberian cairan intravena, elektrolit, dan obat antipiretik sesuai program terapi.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), manajemen hipertermia merupakan serangkaian tindakan keperawatan yang bertujuan mengembalikan suhu tubuh ke rentang normal serta mencegah komplikasi akibat peningkatan suhu tubuh. Pemantauan suhu tubuh secara teratur penting dilakukan untuk mengevaluasi perkembangan kondisi pasien dan efektivitas terapi yang diberikan. Pemberian kompres hangat dapat membantu meningkatkan proses vasodilatasi perifer sehingga pelepasan panas tubuh menjadi lebih efektif. Selain itu, pemantauan kadar elektrolit dan pemberian cairan diperlukan untuk mencegah ketidakseimbangan

cairan yang dapat terjadi akibat peningkatan suhu tubuh dan penguapan cairan yang berlebihan²².

Hasil penelitian *“Asuhan Keperawatan Pemberian Water Tepid Sponge pada Anak Bronkopneumonia dengan Hipertermia”* menyatakan bahwa pemberian kompres hangat efektif membantu menurunkan suhu tubuh pada anak dengan bronkopneumonia yang mengalami demam akibat infeksi⁴⁰.

Peneliti berasumsi bahwa manajemen hipertermia merupakan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah hipertermia pada pasien. Hipertermia terjadi akibat proses infeksi bronkopneumonia yang menyebabkan peningkatan suhu tubuh sebagai respons terhadap peradangan. Penyusunan rencana peneliti memiliki kesamaan dengan penelitian terdahulu yaitu pemantauan suhu tubuh, pemberian kompres hangat, terapi cairan, dan pemberian obat penurun panas sesuai dosis.

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosis keempat yaitu **Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yaitu Manajemen Nutrisi. Tindakan meliputi mengidentifikasi status nutrisi, memonitor asupan makanan pada anak, memonitor berat badan anak secara berkala dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang dibutuhkan anak.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), manajemen nutrisi bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan status nutrisi pasien melalui pengkajian status nutrisi, pemantauan asupan makanan, pemantauan perubahan berat badan, serta kolaborasi dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Intervensi ini penting pada anak dengan

bronkopneumonia disertai palatoschizis karena proses infeksi meningkatkan kebutuhan metabolisme tubuh, sedangkan kelainan anatomis pada palatum menyebabkan gangguan mengisap dan menelan sehingga asupan nutrisi menjadi tidak adekuat ²² .

Penelitian ini sejalan dengan penelitian *“Initial Nutritional Assessment of Infants with Cleft Lip and/or Palate: Interventions and Return to Birth Weight”* yang menyatakan bahwa penilaian status nutrisi sejak dini, pemantauan pertumbuhan, dan kolaborasi dengan ahli gizi merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan bayi dengan celah bibir dan/atau langit-langit agar kebutuhan energi dan zat gizi tetap terpenuhi ⁴¹ .

Selain itu, pedoman World Health Organization (WHO) Pocket Book of Hospital Care for Children (2023) juga menekankan bahwa pada anak dengan pneumonia, status nutrisi harus dipantau secara rutin karena malnutrisi dapat memperburuk perjalanan penyakit dan meningkatkan risiko komplikasi.

Peneliti berasumsi bahwa Manajemen Nutrisi pada anak dengan bronkopneumonia disertai palatoschizis penting dilakukan dilihat dari kondisi bronkopneumonia yang menyebabkan peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh akibat proses infeksi, sedangkan palatoschizis menyebabkan gangguan mekanisme mengisap dan menelan sehingga asupan nutrisi menjadi tidak adekuat. Dan kolaborasi dengan ahli gizi dalam penentuan kebutuhan nutrisi sangat berperan penting dengan adanya pemantauan yang ketat dan intervensi nutrisi yang tepat, diharapkan kebutuhan kalori dan protein anak dapat terpenuhi sehingga proses penyembuhan bronkopneumonia menjadi lebih cepat, risiko komplikasi

berkurang, serta pertumbuhan dan perkembangan anak tetap optimal. Selain itu, keterlibatan keluarga dalam pemantauan asupan makan juga menjadi faktor pendukung keberhasilan manajemen nutrisi pada anak.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi untuk diagnosis utama **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yaitu 1) memposisikan An. A dalam posisi fowler atau semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi paru dan mempermudah proses pernapasan, 2) memberikan terapi nebulizer salbutamol sebanyak 3 kali sehari 1 ampul sesuai program terapi untuk membantu mengencerkan dan mengeluarkan sekret yang menumpuk di jalan napas, 3) melakukan auskultasi bunyi napas sebelum dan sesudah tindakan terapi nebulizer, 4) mencatat adanya bunyi napas tambahan seperti ronkhi dan wheezing pada An. A, dan 5) kolaborasi pemberian obat antibiotik Ampicilin 400 mg 4x1 (IV) dan Gentamicin 20 mg 2x1 (IV). Pada saat kunjungan dan perawatan, peneliti juga memberikan edukasi kepada keluarga mengenai tujuan terapi nebulizer serta pentingnya membantu anak mengeluarkan sekret agar jalan napas tetap bersih.

Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang menyatakan bahwa intervensi pada pasien dengan bersihan jalan napas tidak efektif dapat dilakukan melalui manajemen jalan napas, pemantauan status respirasi, pemberian posisi semi fowler atau fowler, pemantauan bunyi napas tambahan, pemantauan sputum, kolaborasi pemberian terapi medis, serta edukasi kepada keluarga untuk membantu mempertahankan kepatenan jalan napas ²² .

Menurut teori Wong's Nursing Care of Infants and Children, posisi fowler atau semi fowler dapat meningkatkan ekspansi paru, mengurangi tekanan diafragma, memperbaiki ventilasi alveoli, dan membantu mempermudah proses pernapasan pada anak yang mengalami gangguan saluran napas. Posisi tersebut juga membantu sekret lebih mudah bergerak sehingga mengurangi risiko obstruksi jalan napas ²⁵ .

Hal ini sejalan dengan penelitian *“Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer untuk Mengatasi Bersihan Jalan Napas pada Pasien Bronkopneumonia”* yang menyatakan bahwa implementasi keperawatan pada anak dengan bersihan jalan napas tidak efektif meliputi memposisikan pasien semi fowler, memonitor bunyi napas tambahan, memberikan terapi nebulizer, memonitor status respirasi, serta mengajarkan keluarga tentang pentingnya menjaga kebersihan jalan napas pasien ³⁴ .

Peneliti berasumsi bahwa tindakan yang diberikan sudah sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia. Dengan memposisikan anak semi fowler, melakukan auskultasi bunyi napas tambahan, memberikan terapi nebulizer untuk membantu mengencerkan sekret, serta pemberian antibiotic untuk mengatasi infeksi penyebab bronkopneumonia sehingga jalan napas pasien dapat kembali bersih dan ventilasi paru menjadi lebih baik.

Masalah keperawatan kedua yaitu **Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas**. Implementasi yang dilakukan yaitu memposisikan An. A semi fowler untuk membantu mengurangi sesak napas, berkolaborasi dalam pemberian terapi oksigen nasal kanul sebanyak 2 L/menit, memonitor pola napas anak meliputi

frekuensi, irama, dan kedalaman napas, mengobservasi adanya retraksi dinding dada sebagai tanda gangguan pernapasan, serta memonitor tanda-tanda vital secara berkala untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien.

Hal ini juga didukung oleh teori Wijayaningsih (2019) yang menyatakan bahwa pada anak dengan bronkopneumonia diperlukan tindakan memposisikan pasien semi fowler, pemberian oksigen, pemantauan tanda-tanda vital, serta observasi retraksi dinding dada untuk membantu memperbaiki ventilasi dan mencegah hipoksia pada anak dengan gangguan pola napas ³⁶.

Hasil penelitian *“Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer untuk Mengatasi Bersihan Jalan Napas pada Pasien Bronkopneumonia”* menyatakan bahwa implementasi pada anak dengan pola napas tidak efektif meliputi pemantauan pola napas, pemberian posisi semi fowler, pemantauan penggunaan oksigen, dan observasi retraksi dinding dada untuk membantu memperbaiki status respirasi pasien Bronkopneumonia ³⁴.

Peneliti berasumsi bahwa tindakan yang diberikan sudah sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia. Peneliti menyimpulkan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien telah sesuai dengan kondisi pasien dan diharapkan mampu mempercepat perbaikan bersihan jalan napas, mengurangi sesak napas, serta mendukung proses penyembuhan bronkopneumonia.

Implementasi untuk diagnosis **ketiga Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)** yaitu 1) memonitor suhu tubuh An. A secara

berkala, dan 2) kolaborasi pemberian obat antipiretik berupa Paracetamol sirup 120 mg 3 kali sehari secara oral sesuai program terapi.

Menurut Hockenberry dan Wilson (2019), pada anak dengan infeksi saluran pernapasan seperti bronkopneumonia, pemberian antipiretik sering dikombinasikan dengan pemantauan suhu secara berkala untuk mengontrol demam dan mengurangi dampak peningkatan metabolisme tubuh akibat hipertermia²⁵.

Hal ini didukung oleh penelitian *“Asuhan Keperawatan Pemberian Water Tepid Sponge pada Anak Bronkopneumonia dengan Hipertermia di Ruang RSUD Dr. Soedirman Kebumen”* yang menyatakan bahwa pemantauan suhu tubuh dan pemberian antipiretik efektif membantu menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami demam akibat infeksi. Selain itu, pemberian terapi farmakologis yang tepat dapat membantu meningkatkan kenyamanan anak selama masa perawatan⁴⁰.

Peneliti berasumsi bahwa tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan kondisi pasien karena pemantauan suhu tubuh secara berkala dan pemberian antipiretik dapat membantu menurunkan demam, mengurangi rasa tidak nyaman, serta membantu mempercepat proses pemulihan pasien akibat infeksi Bronkopneumonia.

Implementasi untuk diagnosis keempat **Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yaitu: a) Mengidentifikasi status nutrisi anak, b) Memonitor asupan makanan pada anak, apakah makan anak dihabiskan, c) Pemeriksaan berat badan anak secara berkala, d) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang dibutuhkan anak.

Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang menekankan bahwa manajemen nutrisi mencakup pengkajian status nutrisi, pemantauan asupan makanan, pemantauan berat badan, serta kolaborasi dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien. Tindakan ini penting dilakukan pada anak dengan bronkopneumonia disertai palatoschizis karena kondisi infeksi meningkatkan kebutuhan metabolik tubuh, sedangkan gangguan anatomi pada palatum menyebabkan kesulitan mengisap dan menelan sehingga asupan nutrisi tidak mencukupi kebutuhan tubuh ²² .

Hasil implementasi ini sejalan dengan penelitian *“Initial Nutritional Assessment of Infants with Cleft Lip and/or Palate: Interventions and Return to Birth Weight”* yang menyatakan bahwa pemantauan status nutrisi, evaluasi asupan makanan, dan kolaborasi dengan ahli gizi merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan bayi dengan celah bibir dan/atau langit-langit untuk mencegah terjadinya gagal tumbuh ⁴¹ .

Penelitian *“A Systematic Review of Feeding Interventions for Infants with Cleft Palate”* juga mendukung bahwa monitoring asupan makan dan intervensi nutrisi yang tepat dapat meningkatkan status gizi pada anak dengan gangguan makan akibat kelainan palatum. Tidak ditemukan perbedaan yang bermakna antara hasil implementasi penelitian ini dengan penelitian terdahulu karena seluruhnya menunjukkan bahwa monitoring nutrisi dan kolaborasi interprofesional merupakan strategi utama dalam mencegah defisit nutrisi pada anak dengan kondisi medis kompleks ⁴² .

Peneliti berasumsi bahwa keberhasilan implementasi keperawatan Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan sangat dipengaruhi oleh ketepatan dalam melakukan pengkajian dan pemantauan status nutrisi secara berkelanjutan. Tindakan seperti identifikasi status nutrisi, monitoring asupan makanan, dan pemeriksaan berat badan secara berkala dianggap penting karena dapat memberikan gambaran objektif mengenai perubahan kondisi nutrisi anak dari waktu ke waktu. Pada anak dengan bronkopneumonia disertai palatoschizis, kondisi infeksi menyebabkan peningkatan kebutuhan energi, sedangkan kelainan anatomis pada palatum menyebabkan gangguan dalam proses mengisap dan menelan, sehingga risiko terjadinya defisit nutrisi semakin tinggi apabila tidak dilakukan pemantauan secara intensif.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada diagnosis keperawatan **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** didapatkan evaluasi masalah keperawatan dengan kriteria hasil yaitu batuk An. A sudah mulai berkurang dan sekret sudah dapat keluar pada hari rawatan ke-3. Pada hari rawatan ke-5 An. A sudah tidak mengalami batuk lagi. Masalah bersihan jalan napas tidak efektif dinyatakan teratasi, intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi nebulizer apabila sesak napas dan batuk berdahak muncul kembali untuk membantu mengencerkan sekret dan melegakan jalan napas.

Hal ini sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yang dikemukakan sebelumnya bahwa hasil evaluasi pada diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif ditandai dengan berkurangnya batuk berdahak, sekret dapat keluar, bunyi napas tambahan seperti ronkhi dan wheezing

menghilang, frekuensi napas membaik, serta pasien tampak lebih nyaman dan tidak gelisah ²¹ .

Hasil penelitian *“Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer untuk Mengatasi Bersihan Jalan Napas pada Pasien Bronkopneumonia”* menyatakan bahwa setelah dilakukan terapi nebulizer secara rutin, pasien mengalami penurunan batuk berdahak, sekret lebih mudah keluar, dan bunyi ronkhi berkurang ³⁴ .

Asumsi peneliti, hasil evaluasi pada pasien yang menunjukkan sekret dapat keluar, batuk berkurang, bunyi napas tambahan berkurang, dan pasien tidak mengalami sesak napas telah sesuai dengan tujuan utama manajemen jalan napas dan terapi nebulizer. Pada pasien bronkopneumonia terjadi peradangan pada bronkiolus dan alveoli yang menyebabkan peningkatan produksi sekret serta penyumbatan jalan napas. Maka timbul batuk, bunyi napas tambahan, dan sesak napas akibat terganggunya jalan napas. Tindakan manajemen jalan napas dan pemberian terapi nebulizer membantu mengencerkan serta mempermudah pengeluaran sekret yang menumpuk di saluran pernapasan. Dengan berkurangnya sekret, jalan napas menjadi lebih terbuka sehingga aliran udara ke paru-paru membaik, bunyi napas tambahan berkurang, dan pasien tidak lagi mengalami sesak napas. Berdasarkan kriteria hasil evaluasi pasien, maka masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dinyatakan teratasi.

Diagnosis keperawatan **Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas** didapatkan evaluasi keperawatan dengan kriteria hasil yaitu pada hari rawatan ke-4 sesak napas An. A sudah mulai berkurang,

tarikan dinding dada semakin membaik, serta kondisi anak tampak lebih tenang dan tidak rewel seperti sebelumnya. Pada hari rawatan ke-5 hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan RR: 28x/menit dan HR: 102x/menit. Masalah pola napas tidak efektif dinyatakan teratasi dan intervensi dihentikan.

Hal ini juga didukung oleh Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) bahwa hasil evaluasi pada diagnosis pola napas tidak efektif ditandai dengan frekuensi napas kembali normal, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pasien tampak tenang, dan tidak mengalami sesak napas ²¹ .

Hasil penelitian *“Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer untuk Mengatasi Bersihan Jalan Napas pada Pasien Bronkopneumonia”* menyatakan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan berupa posisi semi fowler, terapi oksigen, dan pemantauan respirasi, pasien bronkopneumonia mengalami penurunan sesak napas, frekuensi napas membaik, dan retraksi dinding dada berkurang ³⁴ .

Asumsi peneliti, hasil evaluasi pasien sesuai dengan kriteria Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yang menunjukkan frekuensi napas membaik, tidak terdapat retraksi dinding dada, pasien tampak lebih tenang, dan sesak napas berkurang. Terapi oksigen melalui nasal kanul bertujuan untuk meningkatkan jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru sehingga kebutuhan oksigen jaringan tetap terpenuhi. Maka kerja paru menjadi lebih ringan, dibuktikan dengan frekuensi napas membaik, tidak terdapat retraksi dinding dada, pasien tampak lebih tenang, dan sesak napas berkurang, intervensi dilanjutkan.

Diagnosis keperawatan **Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)** didapatkan evaluasi dengan kriteria hasil yaitu pada hari perawatan ke-2 suhu tubuh An. A 38,7°C. Pada hari perawatan ke-3 kondisi anak tampak lebih baik dan sudah dapat bermain dengan suhu tubuh 37,6°C. Pada hari perawatan ke-4 suhu tubuh semakin membaik menjadi 36,7°C dan pada hari perawatan ke-5 suhu tubuh mencapai 36,5°C. Masalah hipertermia dinyatakan teratasi, intervensi dilanjutkan dengan menganjurkan keluarga untuk tetap mengobservasi kondisi anak dan memberikan obat paracetamol apabila anak kembali mengalami demam.

Hal ini sesuai dengan teori Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) bahwa hasil evaluasi pada diagnosis hipertermia ditandai dengan suhu tubuh kembali normal, anak tampak segar, tidak rewel, dan dapat beraktivitas seperti biasa ²¹.

Hasil penelitian *“Asuhan Keperawatan Pemberian Water Tepid Sponge pada Anak Bronkopneumonia dengan Hipertermia di Ruang RSUD Dr. Soedirman Kebumen”* menyatakan bahwa pemberian antipiretik dan pemantauan suhu tubuh secara berkala efektif membantu menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami hipertermia akibat infeksi ⁴⁰.

Asumsi peneliti, hasil evaluasi pasien menunjukkan suhu tubuh pasien normal, anak tampak lebih nyaman dan tidak rewel, serta sudah dapat bermain seperti biasa. Dengan pemberian antipiretik dan dilakukannya kompres hangat membantu meningkatkan pelepasan panas melalui kulit sehingga suhu tubuh anak berangsur menurun. Sehingga masalah hipertermia dinyatakan teratasi dan intervensi dihentikan.

Pada diagnosis keperawatan terakhir yaitu **Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** tidak menunjukkan perubahan signifikan. Berat badan anak tidak bertambah tetapi untuk masalah anak susah makan sudah teratasi, anak sudah mulai nafsu untuk makan dan tidak susah untuk memberikan anak makan. IMT anak masih pada nilai 14,22 kg/m². Masalah Defisit Nutrisi dinyatakan tidak teratasi. Intervensi dilanjutkan dengan mengedukasi keluarga untuk pemberian makan anak yang menarik dan memenuhi nutrisi anak.

Hal ini sejalan dengan konsep dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yang menyatakan bahwa keberhasilan status nutrisi ditandai dengan peningkatan berat badan, peningkatan asupan nutrisi, serta perbaikan status antropometri secara bertahap. Pada anak dengan bronkopneumonia disertai palatoschizis, perbaikan nafsu makan dapat terjadi lebih cepat dibandingkan peningkatan berat badan karena tubuh masih dalam proses pemulihan dari infeksi serta adaptasi terhadap asupan nutrisi yang belum optimal²¹.

Hasil penelitian *“Initial Nutritional Assessment of Infants with Cleft Lip and/or Palate: Interventions and Return to Birth Weight”* juga menyatakan bahwa perbaikan pola makan pada bayi dengan celah palatum dapat terjadi lebih cepat dibandingkan perbaikan status pertumbuhan, sehingga monitoring jangka panjang tetap diperlukan untuk melihat perubahan status nutrisi secara bermakna. Dengan demikian, hasil evaluasi ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat perbaikan pada nafsu makan, status nutrisi belum mengalami peningkatan yang signifikan⁴¹.

Asumsi peneliti bahwa keberhasilan pemenuhan kebutuhan nutrisi tidak hanya bergantung pada intervensi yang diberikan selama perawatan di rumah sakit, tetapi juga dipengaruhi oleh keterlibatan keluarga dalam melanjutkan perawatan di rumah. Edukasi mengenai pemberian makanan yang menarik, tinggi kalori dan protein, sesuai usia anak, serta teknik pemberian makan yang tepat pada anak dengan palatoschizis perlu diterapkan secara konsisten. Dengan dukungan keluarga, pemantauan berat badan secara berkala, serta kontrol rutin ke fasilitas kesehatan, diharapkan status nutrisi anak akan membaik secara bertahap dan masalah defisit nutrisi dapat teratasi pada evaluasi selanjutnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terkait Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Hasil pengkajian yang didapatkan menunjukkan tanda dan gejala yang dialami oleh An. A yaitu batuk berdahak, sesak nafas, terdapat tarikan dinding nafas saat bernafas, demam, dan peningkatan frekuensi pernapasan.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus An. A yaitu Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif, Pola Napas Tidak Efektif, dan Hipertermia.
3. Intervensi yang direncanakan peneliti baik intervensi yang direncanakan secara mandiri maupun kolaborasi seperti Manajemen Jalan Napas, Terapi Nebulizer, Pemantauan Respirasi, dan Manajemen Hipertermia.
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah dilaksanakan selama lima hari dimulai dari tanggal 5 Maret 2026 – 9 Maret 2026. Rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan.
5. Hasil evaluasi pada An. A selama lima hari dalam bentuk SOAP pada hari rawatan terakhir An. A tidak batuk lagi, sudah tidak terdengar suara ronkhi, anak tidak sesak napas lagi, anak sudah tidak demam dengan T: 36,5°C, RR: 28x/menit, HR: 102x/menit. Pada diagnosis Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan teratasi pada hari ke-5, Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya jalan napas teratasi pada hari rawatan ke-5, dan Hipertermia

berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) teratasi pada hari rawatan ke-5.

B. Saran

1. Bagi perawat ruang anak

Peneliti merekomendasikan kepada perawat ruang anak untuk dapat mengoptimalkan pelaksanaan terapi nebulizer sesuai prosedur operasional standar sebagai salah satu intervensi untuk membantu mengurangi sekret, melegakan jalan napas, dan meningkatkan ventilasi paru pada anak dengan bronkopneumonia. Dan memberikan edukasi kesehatan kepada orang tua atau keluarga mengenai cara perawatan anak selama sakit, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, upaya menjaga kebersihan jalan napas, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan, serta pentingnya imunisasi lengkap untuk mencegah terjadinya infeksi saluran pernapasan berulang.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi dalam proses pembelajaran keperawatan anak, khususnya mengenai asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia. Selain itu, institusi pendidikan diharapkan dapat meningkatkan mutu pendidikan sehingga mampu menghasilkan lulusan perawat yang profesional, terampil, dan bermutu dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sesuai kode etik keperawatan.

3. Bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya

Diharapkan mahasiswa dan peneliti selanjutnya dapat melakukan asuhan keperawatan secara promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan edukatif dalam pelayanan kesehatan pada anak dengan bronkopneumonia. Hasil

penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi bahan acuan, referensi, dan perbandingan bagi penelitian selanjutnya terkait penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia, khususnya dalam penatalaksanaan bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, dan hipertermia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Chohan S, Octaria YC. Efektivitas Suplementasi Zinc Terhadap Pasien Anak dengan Pneumonia. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RSDr Soetomo*. 2024;10(2):346. doi:10.29241/jmk.v10i2.1945
2. United Nations Children’s Fund. Pneumonia [Internet]. 2025. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/>
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Pneumonia Remains a Leading Cause of Child Mortality [Internet]. 2025. Available from: https://www.chestnet.org/newsroom/press-releases/2025/11/pneumonia-remains-a-leading-cause-of-child-mortality?utm_source=chatgpt.com
4. Kesehatan K. Profil Kesehatan Profil Kesehatan. Buku. 2024. 14 p.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei Kesehatan Indonesia (SKI). 2023.
6. Nia Watri Wahyuni, Makful MR. Analisis Spasial Kasus Pneumonia di Provinsi Sumatera Barat (Daratan) Tahun 2022. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*. 2024;7(4):985–90. doi:10.56338/mppki.v7i4.4783
7. Dinas Kesehatan Kota Padang. Profil Kesehatan Kota Padang. Padang; 2025.
8. Monita O, Yani FF, Lestari Y. Profil Pasien Pneumonia Komunitas di Bagian Anak RSUP DR. M. Djamil Padang Sumatera Barat. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2015;4(1):218–26. doi:10.25077/jka.v4i1.225
9. WHO. Immunization Coverage Fact Sheet [Internet]. 2025. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage?utm_source=chatgpt.com
10. Wardani AC, Kalsum U, Andraimi R. Asuhan keperawatan bronchopneumonia gangguan pemenuhan oksigen pada anak. *Formosa Journal of Science and Technology*. 2023;2(5):1215–30.
11. Iqbal M, Oktaviyana C, Ajali D. the Effects of Family Smoking Habits on. Vol. 12. 2024;12(2):79–85.
12. Sutriana VN, Sitaresmi MN, Wahab A. Risk factors for childhood pneumonia: a case-control study in a high prevalence area in Indonesia. *Clin Exp Pediatr*. 2021;64(11):588–95. doi:10.3345/CEP.2020.00339

13. Matubongs VY, Wulaningsih I. Studi Kasus : Penanganan Bronkopneumonia Pada Anak. Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2025;9(2):4376–84. doi:10.31004/prepotif.v9i2.46983
14. World Health Organization. Guideline on Management of Pneumonia and Diarrhoea in Children up to 10 Years of Age. 2024. 5–15 p.
15. Samuel A. Bronkopneumonia On Pedriatic Patient. J Agromed Unila. 2017;1:186–7.
16. Ns. Sri Melfa Damanik MK, Ns. Erita Sitorus MK. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak Disusun. Universitas Kristen Indonesia. 2019. 202 p.
17. Arufina, Wiguna M. Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak dengan Bronkopneumonia dengan Fokus Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di RSUD Kabupaten Magelang. Jurnal Kesehatan Pena Medika. 2020;8(2):66–72.
18. Abdjul, R. L. and Pasien HSAKP. Study Kasus. Indonesian Journal of Health Development. 2020;2:102–7.
19. Astuti W.T, Marhamah. E DiniyahN. Penerapan terapi inhalasi nebulizer untuk mengatasi bersihan jalan napas pada pasien bronkopneumonia. Jurnal Keperawatan Karya Bhakti. 2019;5:7–13.
20. PPNI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. DPP PPNI; 2017.
21. PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. DPP PPNI; 2022.
22. PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. DPP PPNI; 2018.
23. Hadinata, D. and Abdillah AJ. Metodologi Keperawatan. Bandung: Widina Bhakti Persada; 2022.
24. Prof. Dr. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Penerbit Alfabeta Bandung; 2013.
25. Hockenberry MJ. Wong’s Nursing Care of Infants and Children. Elsevier. 2019. 310 p.
26. Aviaduta A, Cahyaningrum ED, Triana NY. Pemberian Terapi Nebulizer Untuk Meningkatkan Bersihan Jalan Napas pada Anak dengan Bronkopneumonia. Vol. 5. 2024;5(September):9652–62.

27. Greatia A, Erlita A, Patade D. Hubungan Status Imunisasi Dasar Dengan Kejadian Bronkopneumonia Pada Pasien Anak Di Ruang Perawatan Anak RSUD Madani Provinsi Sulawesi Tengah. Vol. 4. 2026;4(3):20587–95.
28. dr. Soetjiningsih. Sp.AK. Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: EGC; 2018.
29. Aziz F, PH L, Suwoso RH, Febrianto T, Kushindarto D. Hubungan Status Gizi dan Status Imunisasi terhadap Kejadian Bronkopneumonia pada Anak. Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences. 2020;1(1):37–48.
30. Nursalam. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Salemba Medika; 2020.
31. Laliyanto, Nurjazuli, Suhartono. Faktor-faktor Lingkungan Rumah yang Berhubungan dengan Kejadian pada Balita: sebuah kajian sistematis. Sanitasi: Jurnal Kesehatan Lingkungan [Internet]. 2022;15(2):89–96. Available from: <http://journalsanitasi.keslingjogja.net/index.php/sanitasi/article/view/27/51>
32. Kurniawati W, Wulandari RA. Analisis Faktor Lingkungan Rumah dan Karakteristik Balita Terhadap Pneumonia pada Balita di Papua Pegunungan: Data SKI 2023. Jurnal Ners. 2025;9(4):6106–14. doi:10.31004/jn.v9i4.50365
33. Matubongs VY, Wulaningsih I. Studi Kasus : Penanganan Bronkopneumonia Pada Anak. Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2025;9(2):4376–84. doi:10.31004/prepotif.v9i2.46983
34. Aviaduta A, Cahyaningrum ED, Triana NY. Pemberian Terapi Nebulizer Untuk Meningkatkan Bersihan Jalan Napas pada Anak dengan Bronkopneumonia. Vol. 5. 2024;5(September):9652–62.
35. Sanusi EI, Musdalifah E. Sesak Napas Akibat Bronkopneumonia Kedua Lapang Paru : Laporan Kasus Bilateral : Case Report. 2025;38–42.
36. sari kartika W. Asuhan Keperawatan Anak (2nd ed., Vol. 1). CV. Trans Info Media; 2019.
37. Astuti, W. T., Marhamah, E., & Diniyah N. Penerepan Terapi Inhalasi Nebulizer Untuk Mengatasi Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien Bronkopnemonia. Jurnal Keperawatan Volume: Akademi Keperawatan Karya Bhakti Nusantara Magelang. Jurnal Keperawatan. 2019;5(2):7–13.
38. Hasan Z, Andayani SA, Dewi NEC. Penerapan Teknik Batuk Efektif dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien Anak dengan Bronkopneumonia di Ruang Picu RSUD Sidoarjo. TRILOGI: Jurnal

- Ilmu Teknologi, Kesehatan, dan Humaniora. 2024;5(1):183–91. doi:10.33650/trilogi.v5i1.8345
39. Muayanah, Astutiningrum D. Asuhan Keperawatan pada Anak Bronkopneumonia dengan Hipertermia di RS PKU Muhammadiyah Gombong. Nursing St. 2022;56.
 40. Sukendar T, Iswati N. Asuhan Keperawatan Pemberian Water Tepid Sponge pada Anak Bronkopneumonia dengan Hipertermia di Ruang RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Nursing St. 2021;56.
 41. Kaye A, Thaete K, Snell A, Chesser C, Goldak C, Huff H. Initial Nutritional Assessment of Infants With Cleft Lip and/or Palate: Interventions and Return to Birth Weight. Cleft Palate Craniofac J. 2017 Mar;54(2):127–36. doi:10.1597/15-163 PubMed PMID: 26882024.
 42. Penny C, McGuire C, Bezuhly M. A Systematic Review of Feeding Interventions for Infants with Cleft Palate. Cleft Palate Craniofac J. 2022 Dec;59(12):1527–36. doi:10.1177/10556656211051216 PubMed PMID: 34714161.

LAMPIRAN

cek turnitin.pdf

ORIGINALITY REPORT

25%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet	163 words — 2%
2	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet	148 words — 2%
3	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet	146 words — 2%
4	library.poltekkes-surabaya.ac.id Internet	138 words — 1%
5	www.scribd.com Internet	86 words — 1%
6	mdpi-res.com Internet	82 words — 1%
7	repository.unja.ac.id Internet	79 words — 1%
8	repository.unimugo.ac.id Internet	70 words — 1%
9	data.tanjabarkab.go.id Internet	57 words — 1%
10	Anastassia Greatia, Agnes Erlita Distriani Patade, Mutmaina. "Hubungan Status Imunisasi Dasar	55 words — 1%