

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.R USIA TODDLER
(2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN :
BRONKOPNEUMONIA DI RUANG ASTER
RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

EKY BAYU SAPUTRA

KHGA22057



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.R USIA
TODDLER (2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAPASAN : BRONKOPNEUMONIA DI
RUANG ASTER RSUD DR. SLAMET GARUT**

PENYUSUN : EKY BAYU SAPUTRA

NIM : KHGA22057

Garut, 28 Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Iin Patimah', written in a cursive style.

Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.R USIA TODDLER (2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN : BRONKOPNEUMONIA DI RUANG ASTER RSUD DR. SLAMET GARUT

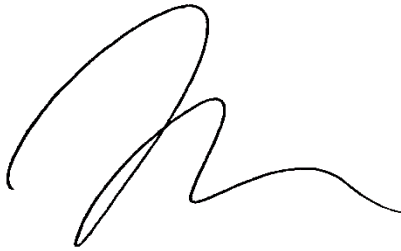
PENYUSUN : EKY BAYU SAPUTRA

NIM : KHGA22057

Garut, 28 Juli 2025

Menyetujui,

Penguji 1



Andri Nugraha, S.Kep., Ners., M.Kep

Penguji 2



Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ners., M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R USIA TODDLER (2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN : BRONKOPNEUMONIA DI RUANG ASTER RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2025

IV BAB + 113 Halaman + 16 Tabel + 5 Gambar

Latar belakang dilakukannya penulis karya tulis ilmiah ini bahwa Prevalensi *bronkopneumonia* pada anak usia balita pada tahun 2019 di Indonesia terjadi sebanyak 53% dari total semua kasus. *Bronkopneumonia* adalah peradangan di bronkiolus dan jaringan paru – paru sekitarnya, yang biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, dan jamur. Bronkopneumonia pada anak dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti infeksi saluran pernapasan atas seperti infeksi darah, abses paru-paru efusi pluera, gagal napas empierna, gangguan jantung, gagal ginjal dan pneumothorax. Secara klinis bronkopneumonia ditandai dengan demam, batuk produktif, sesak napas. Tujuan dari penulisan karya tulisan ini adalah memperoleh pengalaman yang lebih nyata secara langsung dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan An.R usia toddler (2tahun) dengan gangguan sistem pernapasan secara komprehensif meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan dari kasus tersebut yaitu bersihkan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, dan ansietas. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini ditunjukan pada masalah kesehatan anak dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi dari proses keperawatan yang dilakukan terhadap An.R menunjukan perkembangan dengan semua masalah keperawatan teratasi. Adapun kesimpulan dalam karya tulis ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya, banyak peran keluarga yang mendukung, tersedianya alat – alat serta bimbingan dari pembimbing akademik dan adanya setiap tahap implementasi asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan sistem pernapasan.

Kata Kunci : Anak, Asuhan Keperawatan, Bronkopneumonia

Daftar Pustaka : 26 Buah (2013 – 2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, shalawat serta salam terlimpah curahkan kepada Nabi Muhammad SAW, karena atas segala rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada An. R Usia Toddler (2 Tahun) Dengan Gangguan Sistem Pernapasan : Bronkopneumonia Di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut “. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Tidak terlepas dari semua segala kelebihan dan kekurangan yang ada saya harap semoga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat bermanfaat dan menjadi pedoman ilmu pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa – mahasiswi di kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan dan bantuan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, diantaranya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA. Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep. Selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep. Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan banyak bimbingan, arahan, masukan, serta motivasi selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan segala ilmu, waktu, dan perhatian yang telah diberikan sangat berarti bagi penulis.

5. Bapak Andri Nugraha, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku penguji 1 Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku penguji 2 Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh Staff Dosen dan Karyawan Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu, pengetahuan, keterampilan dan masukan yang bermanfaat serta motivasi ke penulis saat mengikuti pendidikan.
8. Kepada kedua orang tua saya tercinta yang selalu memberikan doa, dukungan, kasih sayang, serta semangat yang tiada henti, tanpa restu, pengorbanan, dan cinta tulus dari Papa dan Mamah, Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan terselesaikan dengan baik, segala doa dan motivasi yang telah diberikan menjadi kekuatan tersendiri bagi penulis dalam menghadapi setiap proses pembelajaran hingga penyusunan karya tulis ini, semoga hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi bentuk kecil dari rasa bakti dan kebanggaan untuk Papah dan Mamah.
9. Kepada teman – teman terbaikku yang selalu memberikan semangat, menemani hari – hariku, dan selalu ada disaat suka maupun duka selama menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
10. Kepada teman – teman di prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas 3A, 3B, 3C yang telah memberikan bantuan, kerja

sama, dukungan, dorongan semangat serta kebersamaan selama masa studi.

11. Kepada Shelomita Ananda Ramdani saya ingin menyampaikan terima kasih yang tulus yang telah memberikan dukungan moril, semangat, dan doa selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, kehadiran, perhatian, dan pengertian yang diberikan menjadi motivasi tersendiri bagi penulis untuk terus berjuang menyelesaikan tugas ini hingga tuntas, semoga segala kebaikan yang telah diberikan menjadi kebaikan pula di masa depan.

12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi perbaikan di masa mendatang. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan menjadi tambahan wawasan dalam bidang yang dikaji.

Garut, 28 Juli 2025

Eky Bayu Saputra

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

ABSTRAK

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Metode Telaah.....	7
D. Sitematika Penulisan	9
BAB II	10
TINJAUAN TEORITIS.....	10
A. Konsep Dasar Bronkopneumonia.....	10
1. Definisi Bronkopneumonia	10
2. Etiologi.....	10
3. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan	11
4. Klasifikasi	17
5. Patofisiologi	17
6. Manifestasi Klinis	19
7. Pemeriksaan Penunjang	20
8. Penatalaksanaan	21
9. Komplikasi	22
10. Pencegahan.....	24
11. Pathway	25

B. Konsep Dasar Pertumbuhan Dan Perkembangan Pada Anak Usia Toddler 1-3.....	26
1. Pertumbuhan	26
2. Perkembangan	28
3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan	30
4. Dampak Hospitalisasi	31
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	33
1. Pengkajian	33
2. Analisa Data	40
3. Diagnosa Keperawatan.....	43
4. Intervensi Keperawatan.....	45
5. Implementasi	54
6. Evaluasi	54
BAB III.....	56
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	56
A. Tinjauan Kasus	56
1. Pengkajian	56
2. Analisa Data	68
3. Diagnosa Keperawatan.....	69
4. Perencanaan Keperawatan	72
5. Catatan Perkembangan.....	77
B. Pembahasan	81
1. Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan	81
2. Pengkajian	81
3. Diagnosa Keperawatan.....	83
4. Perencanaan Keperawatan	85
5. Implementasi Keperawatan.....	87
6. Evaluasi Keperawatan.....	87

BAB IV	89
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	89
A. Kesimpulan	89
B. Rekomendasi	90
DAFTAR PUSTAKA	91

DAFTAR TABEL

1. 1	Daftar 10 Besar Penyakit Terbanyak Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Slamet Garut	3
1. 2	Ciri – Ciri Pertumbuhan Anak Usia Toddler	28
1. 3	Tahap Perkembangan Anak	30
1. 4	Jadwal Imunisasi Anak	36
1. 5	Analisa Data	40
2. 1	Intervensi Keperawatan Dan Rasional	45
2. 2	Identitas Saudara Kandung	58
2. 3	Riwayat Imunisasi	59
2. 4	Pola Aktivitas Sehari – Hari	63
2. 5	Hasil Laboratorium	64
3. 1	Therapy Obat	64
3. 2	Analisa Data	68
3. 3	Perencanaan Keperawatan	72
3. 4	Catatan Perkembangan	77

DAFTAR GAMBAR

2. 1	Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan	12
2. 2	Nasal Cavity	12
2. 3	Pathway	25
2. 4	Genogram.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan Acara Penyulusan (SAP)

Lampiran 2. Lampiran Materi Fisioterapi Dada Pada Anak

Lampiran 3. Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bronkopneumonia adalah salah satu bentuk pneumonia yang paling umum dijumpai, terutama dikalangan anak-anak dan orang lanjut usia. Penyakit ini ditandai dengan peradangan di bronkiolus dan jaringan paru – paru sekitarnya, yang biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, dan jamur. Bronkopneumonia sering kali berkembang sebagai komplikasi infeksi saluran pernapasan atas yang tidak ditangani dengan baik. Secara klinis bronkopneumonia ditandai dengan demam, batuk produktif, sesak napas, dan pada beberapa kasus disertai penurunan kesadaran terutama pada pasien usia lanjut. Diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan fisik, radiografi dada, dan pemeriksaan laboratorium yang mendukung adanya infeksi. Pengobatan bronkopneumonia harus dilakukan dengan cepat dan tepat karena dapat menimbulkan komplikasi serius seperti efusi pleura, abses paru, bahkan gagal napas. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap kejadian bronkopneumonia antara lain usia ekstrem (bayi dan lansia), status imunitas rendah, gizi buruk, penyakit penyerta kronis, serta lingkungan tempat tinggal yang padat dan tidak higienis (WHO, 2022).

Bronkopneumonia membunuh 740.000 anak di bawah usia 5 tahun pada tahun 2019, terhitung 14% dari semua kematian anak dibawah 5 tahun,tetapi 22% dari semua kematian pada anak berusia 1 sampai 5 tahun. Menurut World Health Organization menyatakan bronkopneumonia merupakan penyebab penyakit tertinggi pada balita melebihi penyakit lainnya seperti campak dan malaria. Kasus bronkopneumonia banyak terjadi di negara – negara berkembang seperti Asia

Tenggara sebesar 39% dan Afrika sebesar 30%. Bronkopneumonia dapat membunuh 740.180 anak dibawah usia 5 tahun pada tahun 2019, dan terhitung 14% dari semua kematian anak dibawah 5 tahun, tetapi 22% dari semua kematian pada anak berusia 1 sampai 5 tahun. WHO menyebutkan indonesia menduduki peringkat ke 8 dunia dari 15 negara yang memiliki angka kematian balita dan anak yang diakibatkan oleh bronkopneumonia. Bronkopneumonia juga ialah penyebab kematian balita terbesar di indonesia. Pada tahun 2018 dapat diperkirakan sekitar 19.000 anak meninggal akibat bronkopneumonia. Estimasi global menunjukkan bahwa satu jam ada 70 anak di indonesia yang tertular pneumonia. Bronkopneumonia menyumbang sekitar 16% dari 5,5 juta kematian balita, menewaskan sekitar 850.000 anak pada 2016, dan data statistik tersebut dapat diartikan sekitar 2.400 anak balita per hari meninggal dunia, atau diperkirakan 2 anak balita meninggal setiap menit. Dalam hal tersebut menyebabkan bronkopneumonia menjadi penyebab kematian utama bagi anak usia dibawah 5 tahun (Titin, 2024).

Berdasarkan informasi terbaru yang diterima, total kasus bronkopneumonia pada anak di seluruh dunia mencapai 740.180 kasus. Di Indonesia, dan berdasarkan sistem prevalensi jumlah kasus bronkopneumonia pada anak usia balita antara tahun 2017 hingga 2019 meningkat dari 51,2% menjadi 53%. Tahun 2020, ada sebanyak 73.836 (32,2%) kasus pneumonia yang terdeteksi pada anak di Provinsi Jawa Barat (Nurandani, 2023).

Sedangkan di Kabupaten Garut sendiri tepatnya di RSUD Dr. Slamet Garut khusus nya di ruang rawat inap anak jumlah kasus penderita *Bronkopneumonia* selalu meningkat setiap tahunnya, pada tahun 2025 jumlah penderita

Bronkopneumonia mencapai 120 jiwa dan setiap bulan hampir anak – anak dan balita yang terkena *Bronkopneumonia*.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik dari periode Januari – Mei 2025 di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Slamet Garut, yaitu sebagai berikut :

Tabel 1.1
Daftar 10 Besar Penyakit Terbanyak Di Ruangan Ranap Inap Anak Di RSUD Dr. Slamet Garut Periode Bulan Januari – Mei 2025

No	Jenis Penyakit	Frekuensi	Presentase
1.	Bronkopneumonia	120	22.0%
2.	Dengue Hemorrhagic Fever	28	5.15%
3.	Gastroenteritis	28	5.15%
4.	Dengue Fever	22	4.04%
5.	Typhoid Fever	17	3.13%
6.	Epilepsy	14	2.57%
7.	Asma	16	2.94%
8.	Anemia	11	2.02%
9.	Thalassaemia	11	2.02%
10.	Meningitis	5	0.92%
Jumlah		272	50.00%

Sumber : Rekam Medik RSUD DR. SLAMET Garut. Tahun 2025

Dari tabel 1.1 diatas data diatas menunjukan bahwa penderita *Bronkopneumonia* dari hasil catatan rekam medik di RSUD Dr. Slamet Garut pada tahun 2025 menduduki urutan ke 1 yaitu sebanyak 120 penderita dengan presentase 22.30%.

Bronkopneumonia jika tidak ditangani dengan baik akan memunculkan berbagai macam komplikasi seperti : efusi pleura, abses paru – paru, infeksi darah, empiema, gangguan jantung, gagal ginjal, pneumotoraks, gagal napas akut sampai menimbulkan kematian. Oleh karena itu, penanganan bronkopneumonia yang komprehensif sangat penting. Salah satu penanganan yang komprehensif adalah dengan pendekatan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah proses

sistematis dan terencana yang dilakukan oleh perawat kepada pasien yang mengalami bronkopneumonia, dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien, mengatasi masalah pernapasan, mencegah komplikasi, mempercepat penyembuhan, serta meningkatkan kesembuhan pasien. Asuhan keperawatan pada pasien bronkopneumonia mencakup lima tahap proses keperawatan, yaitu, Pengkajian keperawatan yang mengumpulkan data secara objektif dan subjektif, seperti suhu tubuh, pola napas, penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas, saturasi oksigen, serta keluhan utama pasien. Diagnosa keperawatan menentukan masalah keperawatan yang muncul, seperti, Pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, hipertermia, hipovolemia, gangguan rasa nyaman dan ansietas, perencanaan keperawatan menyusun rencana tindakan berdasarkan prioritas, dengan tujuan dan kriteria hasil yang terukur dan realistis, misalnya menstabilkan pola napas dalam 24 jam. Implementasi keperawatan melaksanakan intervensi yang sesuai dengan rencana, seperti memantau tanda-tanda vital dan status pernapasan, memberikan oksigen sesuai indikasi, mengatur posisi semi-Fowler, memberikan edukasi tentang teknik batuk efektif dan minum cairan yang cukup dan terakhir evaluasi keperawatan menilai efektivitas tindakan yang telah dilakukan dan menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai, serta menyesuaikan rencana bila diperlukan. Asuhan ini dilakukan secara holistik dan kolaboratif, serta disesuaikan dengan usia pasien, tingkat keparahan penyakit, dan kondisi umum pasien. (Raja et al., 2023).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bronkopneumonia pada anak mencakup aspek promosi, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi. Peran perawat promotif yaitu dimana perawat memberikan pelayanan kesehatan

yang bersifat promosi kesehatan atau edukasi kesehatan untuk membantu keluarga atau orang tua pasien dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan anaknya. Pada kasus Bronkopneumonia pada anak, peran perawat promotif sangatlah penting, dalam hal ini menyatakan bahwa edukasi kesehatan efektif dalam meningkatkan pengetahuan orang tua balita tentang pneumonia pada anak. Peran perawat dalam pencegahan yang harus dilakukan yaitu dengan serangkaian kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit bronkopneumonia yaitu dimana perawat harus melakukan serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk merawat dan mengobati dalam proses penyembuhan penyakit.

Dalam hal ini, perawat berperan untuk mengoptimalkan kesehatan anak dengan memperhatikan tumbuh kembang anggota keluarga. Perawat memastikan adanya dukungan yang memadai bagi keluarga dan membantu menjaga mekanisme coping yang efektif. Hal ini meliputi pemberian edukasi tentang cara menjaga kesehatan fisik dan mental, serta pemberian dukungan emosional bagi keluarga. Perawat juga memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga dalam pembentukan kedisiplinan bagi anak. Dengan menerapkan prinsip tersebut, perawat dapat membantu anak dan keluarga membentuk kebiasaan disiplin yang positif, yang akan memberikan manfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan mereka dalam jangka panjang (Nurandani, 2023).

Dari data tabel 2.1 diatas menunjukan bahwa penderita *Bronkopneumonia* dari catatan rekam medik RSUD Dr. Slamet Garut pada tahun 2025 menduduki urutan ke satu yaitu sebanyak 120 penderita dengan presentase 22.30%, di ruang rawat inap RSUD Dr. Slamet Garut kasus ini diangkat karena jika tidak diberi asuhan keperawatan akan mengalami komplikasi sehingga diperlukan asuhan keperawatan

yang komprehensif. Melihat hal diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus *bronkopneumonia* ini dalam Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R USIA TODDLER (2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN : BRONKOPNEUMONIA DI RUANG ASTER RSUD DR. SLAMET GARUT** “.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan dapat memperoleh pengalaman secara nyata dan mampu dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada An.R dengan masalah *Bronkopneumonia* serta mampus melaksanakan Asuhan Keperawatan langsung dan Komprehensif meliputi aspe biologis, psikologis, social, dan spritual dengan pendekatan proses keperawatan sesuai tumbuh kembang anak.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian secara Komprehensif yang meliputi pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah pada kasus An.R Usia Toodler (2 Tahun) dengan gangguan Sistem Pernafasan : *Bronkopneumonia* di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan Diagnosis Keperawatan yang tepat berdasarkan pengkajian yang ditentukan pada kasus An.R Usia Toodler (2 Tahun) dengan gangguan Sistem Pernafasan : *Bronkopneumonia* di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut.

- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan Asuhan Keperawatan yang tepat yang terhadap masalah yang timbul pada kasus An. R Usia Toodler (2 Tahun) dengan gangguan Sistem Pernafasan : *Bronkopneumonia* di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang terampil yang telah ditetapkan pada kasus An.R Usia Toodler (2 Tahun) dengan gangguan Sistem Pernafasan : *Bronkopneumonia* di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang tepat yang telah direncanakan pada kasus An.R Usia Toddler (2 Tahun) dengan gangguan Sistem Pernafasan : *Bronkopneumonia* di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan proses keperawatan pada An.R Usia Toodler (2 Tahun) dengan gangguan Sistem Pernafasan : *Bronkopneumonia* di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah penulis menggunakan metode deskriptif dengan teknik studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan, sedangkan teknik pengumpulan data adalah :

a. Wawancara

Menanyakan atau tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien yang disebut dengan anamnesa yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien serta untuk menjalin hubungan dengan pasien dan keluarga.

b. Observasi

Penulis mengamati keadaan anak dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu dengan melaksanakan pemeriksaan langsung kepada An.R dengan menggunakan metode head to to dengan teknik pemeriksaan secara inpeksi, palpatis, perkusi, auskultasi untuk mendapatkan data objektif tentang keadaan fisik An.R dan pemeriksaan terfokus.

c. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan dengan metode per sistem dan dengan tehnik inpeksi, palpasi, perkusi, auskultasi sehingga didapatkan data yang objektif tentang data kesehatan klien.

d. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku atau refrensi yang berguna untuk memperoleh dasar – dasar teori yang berhubungan dengan *Bronkopneumonia* serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian Asuhan Keperawatan.

e. Studi Kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecah masalah.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis membagi dalam 4 BAB yang terdiri dari :

a. Bab I : Pendahuluan

Berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode dan tehnik penulisan secara sistematika penulisan.

b. Bab II : Tinjauan Teoritis

Berisi tentang konsep dasar yang terdiri dari pengertian *bronkopneumonia*, etiologi *bronkopneumonia*, anatomi fisiologi *bronkopneumonia*, klasifikasi *bronkopneumonia*, patofisiologi *bronkopneumonia*, manifestasi klinis *bronkopneumonia*, pemeriksaan penunjang *bronkopneumonia*, penatalaksanaan *bronkopneumonia*, komplikasi *bronkopneumonia*, pencegahan *bronkopneumonia*, patway *bronkopneumonia*, pengkajian.

c. Bab III : Tinjauan Kasus Dan Pembahasan

Tinjauan kasus meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan secara berkesinambungan dan komprehensif, serta pembahasan mengenai kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan dalam memberikan asuhan keperawatan.

d. Bab IV : Kesimpulan Dan Rekomendasi

Dari seluruh kegiatan asuhan keperawatan pelaksanaan studi kasus dari rekomendasi untuk pelaksanaan keperawatan berikutnya yang mendatang menjadi lebih baik.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Definisi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia adalah infeksi yang menyebabkan peradangan pada kantung udara (alveoli). Kantung udara tersebut dapat terisi cairan atau nanah sehingga menimbulkan gejala seperti batuk, demam, menggigil, dan kesulitan bernafas (Somantri & Iman, 2019).

Bronkopneumonia merupakan peradangan paru, biasanya dimulai di bronkiolus terminalis. Bronkiolus terminalis menjadi tersumbat dengan eksudat mukopurulen membentuk bercak-bercak konsolidasi di lobules yang bersebelahan. Penyakit ini seringkali bersifat sekunder, mengikuti infeksi dari saluran nafas atas, demam pada infeksi spesifik dan penyakit yang melemahkan system pertahanan tubuh. Pada bayi dan orang-orang yang lemah, pneumonia dapat muncul sebagai infeksi primer (Sarina & Widiastuti, 2023).

Bronkopneumonia pada anak disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, atau jamur yang menginfeksi saluran pernapasan bagian bawah, yaitu bronkiolus dan alveoli, beberapa jenis bakteri yang paling umum menyebabkan bronkopneumonia pada anak adalah streptococcus pneumoniae, haemophilus, influenzae, dan bronkopneumonia meliputi virus influenza, dan virus respiratori (Titin, 2024).

2. Etiologi

Hasi studi pada anak dengan kasus bronkopneumonia disebabkan oleh baktgeri. Hal ini sejalan menurut bronkopneumonia disebabkan oleh pneumococcus, bakteri inidapat ditemukan pada bagian paru kanan maupun kiri

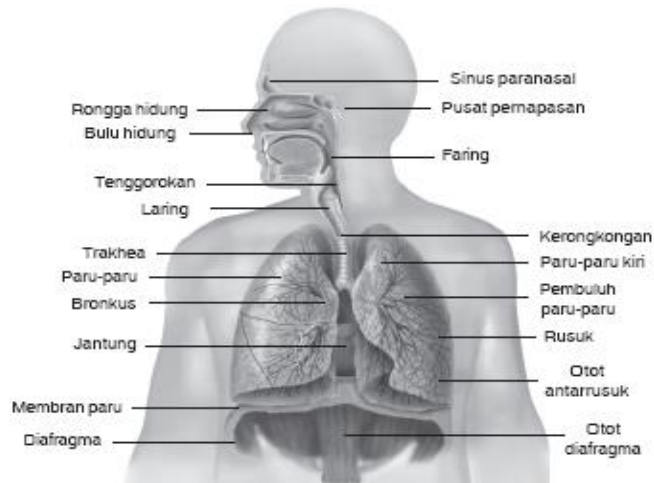
ditandai dengan bercak - bercak pada hasil radiologi foto thorax. Virus adalah penyebab utama pneumonia pada bayi yang lebih tua dan balita antara 30 hari dan 2 tahun. Pada anak – anak berusia 2 sampai 5 tahun, virus pernapasan juga yang paling umum. Meningkatnya kasus yang berhubungan dengan *S. Pneumoniae* dan *H. Influenzae* tipe B diamati pada kelompok usia ini. *Pneumonia mikoplasma* sering terjadi pada anak – anak dengan rentang usia 5 hingga 13 tahun (Makdalena et al., 2021).

Terjadinya *Bronkopneumonia* pada anak disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, atau jamur yang menginfeksi saluran pernapasan bagian bawah, yaitu bronkiolus dan alveoli. Beberapa jenis bakteri yang paling umum menyebabkan bronkopneumonia pada anak adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, dan *Staphylococcus aureus*. Sedangkan virus yang dapat menyebabkan bronkopneumonia meliputi virus influenza, virus respiratori sincitial, dan adenovirus (Titin, 2024).

3. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan

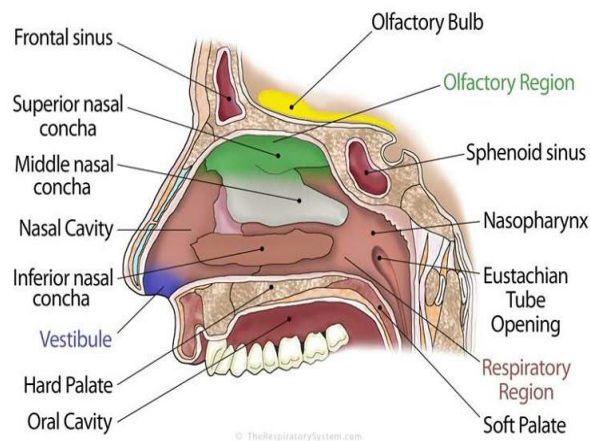
a. Anatomi Pernapasan

Menurut (Gerard J. Tortora, 2020) sistem pernapasan manusia sebagai berperan penting dalam proses pertukaran gas, yaitu mengambil oksigen (O₂) dari udara dan mengeluarkan karbon dioksida (CO₂) dari tubuh. Berikut adalah penjelasan anatomi sistem pernapasan yang terdiri dari beberapa bagian utama :



Gambar 2.1
Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan
 Sumber : (Rofa, 2016)

Nasal Cavity



Gambar 2.2
Nasal Cavity
 Sumber : (Journal Of Drug Delivery & Therapeutics, 2020)

1. Saluran Pernapasan Atas

a. Hidung dan Rongga Hidung

Fungsinya untuk menyaring, melembabkan, dan menghangatkan udara yang masuk ke tubuh. Terdapat rambut-rambut halus (silia) dan lendir yang menangkap partikel debu serta kotoran.

b. Faring (Tenggorokan)

Fungsinya untuk merupakan jalan alur udara dari hidung menuju laring. Juga berperan sebagai persimpangan antara saluran makanan (esofagus) dan saluran udara.

c. Laring (Kotak Suara)

Laring suatu sistem yang Mengandung pita suara untuk menghasilkan suara.

d. Epiglottis

Merupakan sistem yang mencegah makanan masuk ke saluran napas saat menelan.

2. Saluran Pernapasan Bawah

a. Trakea (Batang Tenggorok)

Fungsi: Pipa utama yang membawa udara dari laring menuju paru – paru dindingnya terdiri dari cincin tulang rawan agar tetap terbuka.

b. Bronkus

Fungsinya sebagai trakea bercabang menjadi dua bronkus utama (kanan dan kiri) yang menuju paru-paru. Bronkus membawa udara masuk ke masing-masing paru – paru.

c. Bronkiolus

Fungsinya untuk sebagai cabang-cabang kecil dari bronkus yang menyebar di dalam paru – paru. Mengarahkan udara ke alveolus.

d. Alveolus

Sebagai kantung – kantung udara kecil tempat terjadinya pertukaran gas O_2 dan CO_2 antara udara dan darah. Dindingnya sangat tipis dan dikelilingi pembuluh darah kapiler.

3. Paru-paru

a. Struktur Paru-paru

Paru-paru kanan terdiri atas 3 lobus. Paru-paru kiri terdiri atas 2 lobus (karena ada ruang untuk jantung).

b. Pleura

Paru-paru dilapisi oleh pleura, yaitu lapisan pelindung ganda yang melindungi paru-paru dan memudahkan pergerakannya saat bernapas.

b. Fisiologi Pernapasan

Menurut (Manurung et al., 2013) karbon dioksida selama proses pernapasan melalui paru – paru atau pernafasan eksterna, oksigen dihisap melalui hidung dan mulut ketika bernapas, oksigen masuk melalui trakea dan saluran bronkial menuju alveoli, dimana oksigen dapat berinteraksi dengan darah di dalam kapiler yang ada di paru – paru. Hanya satu lapis membran, yaitu membran alveolikapiler, yang memisahkan oksigen dari darah. Oksigen melewati membrane tersebut dan di ikat oleh hemoglobin dalam sel darah merah dan dibawa ke jantung.

Dari jantung dipompa di dalam arteri ke semua bagian tubuh. Darah meninggalkan paru – paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat ini hemoglobin memiliki kejenuhan oksigen sebesar 95% jenuh

oksigen. Di dalam paru-paru, karbon dioksida, salah satu hasil sisa metabolisme, menembus membran alveoli – kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui saluran bronkial dan trakea, karbon dioksida dikeluarkan dari tubuh melalui hidung dan mulut.

Ada 4 proses yang berhubungan dengan pernapasan paru – paru atau pernafasan eksterna :

1. Ventilasi paru – paru yaitu gerakan pernafasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara dari luar.
2. Arus darah melalui paru – paru
3. Distribusi aliran udara dan darah sedemikian mirip sehingga dalam jumlah yang tepat dapat mencapai semua bagian tubuh
4. Difusi gas yang melewati membran pemisah alveoli dan kapiler.

Karbon dioksida lebih mudah berdifusi dibandingkan oksigen.

Semua proses ini terkoordinasi sehingga darah yang keluar dari paru-paru mendapatkan jumlah CO₂ dan O₂ yang setara. Ketika aktivitas fisik meningkat darah yang masuk ke paru – paru akan meningkat karena terlalu banyak membawa karbon dioksida dan lebih sedikit karbon dioksida jumlah karbondioksida itu tidak dapat dikeluarkan, oleh karena itu maka konsentrasinya dalam darah arteri bertambah. Hal ini dapat merangsang pusat pernapasan dalam otak untuk memperbesar kecepatan dan kedalaman pernafasan. Penambahan ventilasi ini mengeluarkan CO₂ dan mengambil lebih banyak O₂. Pernapasan jaringan atau pernapasan interna. Darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengalir ke seluruh tubuh dan akhirnya mencapai kapiler, di mana aliran

darah menjadi sangat lambat. Sel – sel jaringan mengambil oksigen dari hemoglobin untuk memproses oksigen, dan sebagai gantinya darah menerima, yaitu karbon dioksida.

Perubahan-perubahan berikut terjadi pada komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernafasan eksterna dan pernafasan interna atau pernafasan jaringan.

Udara (atmosfer) yang di hirup :

- a. Nitrogen. 79 %
- b. Oksigen 20 %
- c. Karbon dioksida 0-0,4 %

Udara yang masuk alveoli mempunyai suhu dan kelembapan atmosfer udara yang diembuskan :

- a. Nitrogen. 79 %
- b. Oksigen 16 %
- c. Karbon dioksida 4-0,4 %

Daya muat udara oleh paru-paru. Besar daya muat udara oleh paru-paru ialah 4.500 ml sampai 5000 ml atau $4\frac{1}{2}$ sampai 5 liter udara. Hanya sebagian kecil dari kapasitas ini, kira – kira $\frac{1}{10}$ nya atau 500 ml adalah udara pasang surut (tidal air), yaitu udara yang di hirup masuk dan diembuskan selama pernapasan normal dengan tenang. Volume udara yang dapat diambil masuk dan keluar dari paru – paru pada penarikan napas paling kuat disebut kapasitas vital paru-paru. Diukurnya dengan alat spirometer pada seorang laki – laki normal 4 – 5 liter dan pada seorang perempuan 3 – 4 liter. Kapasitas itu berkurang pada penyakit

paru-paru, penyakit jantung (yang menimbulkan kongesti paru-paru) dan kelemahan otot pernafasan.

4. Klasifikasi

Menurut (Intan, 2020) bronkopneumonia merupakan penyakit jenis pneumonia lobular yang dapat terjadi pada ujung bronkiolus, yang dapat tersumbat oleh eksudat mukopurulen sehingga membentuk bercak konsolidasi pada lobus yang ada di dekatnya.

Klasifikasi bronkopneumonia dibagi menjadi 4 bagian, yaitu :

- a. Bronkopneumonia sangat berat : bila terjadi sianosis sentral dan anak tidak dapat minum, sebaiknya segera dirujuk ke rumah sakit dan diberikan antibiotik atau pengobatan yang tepat.
- b. Bronkopneumonia berat : bila terlihat retraksi dada tanpa sianosis dan masih dapat minum.
- c. Bronkopneumonia : bila terlihat retraksi dada tanpa sianosis dan anak masih dapat minum, serta terjadi napas cepat lebih dari >60 x/menit pada anak usia 2 bulan-1 tahun.
- d. Bukan bronkopneumonia : anak hanya mengalami batuk tanpa gejala apa pun dan tidak perlu dirawat di rumah sakit.

5. Patofisiologi

Menurut (Intan, 2020) bronkopneumonia merupakan infeksi sekunder yang disebabkan oleh virus yang masuk ke dalam saluran pernapasan sehingga dapat terjadi peradangan pada bronkus dan alveolus serta jaringan di sekitarnya. Peradangan ini ditandai dengan terkumpulnya sputum atau sekret, yang dapat menimbulkan demam, batuk produktif, suara ronkhi dan mual. Kuman penyebab

bronkopneumonia masuk ke dalam jaringan paru – paru melalui saluran pernapasan atas ke bronkiolus, kemudian kuman masuk ke dalam alveolus – alveolus lainnya melalui poros khon, sehingga terjadi peradangan pada dinding bronkus atau bronkiolus dan alveolus sekitarnya. Kemudian proses radang ini selalu dimulai pada hilus paru yang menyebar secara progresif ke perifer sampai seluruh lobus.

Bronkopneumonia dapat terjadi akibat inhalasi mikroba yang ada di udara aspirasi organisme dan nasofarinks atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru – paru melalui saluran napas masuk ke bronkioli dan alveoli, menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan intersisial. Kuman pneumokokus dapat meluas melalui poros khon dari alveoli ke seluruh segmen atau lobus, eritrosit mengalami perembesan dan beberapa leukosit dan kapiler paru – paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Paru tidak menjadi terisi udara lagi, kenyal dan berwarna merah. Pada tingkat lebih lanjut, aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumokokus di dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu – abu dan dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu – abu dan tampak berwarna abu – abu kekuningan. Secara perlahan lahan sel darah yang mati dan eksudat fibrin di buang dari *alveoli*. Terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali normal kembali tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas. Akan tetapi proses konsolidasi tidak dapat berlangsung dengan baik maka setelah edema dan terdapatnya eksudat

pada alveolus maka membran dan alveolus akan mengalami kerusakan yang dapat mengakibatkan gangguan proses difusi osmosis oksigen pada alveolus.

Perubahan tersebut akan berdampak pada penurunan jumlah oksigen yang dibawa oleh darah. Penurunan itu yang secara klinis penderita mengalami pucat sampai sianosis. Terdapatnya cairan purulent pada alveolus juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan pada paru, selain dapat berakibat penurunan kemampuan mengambil oksigen dari luar juga mengakibatkan berkurangnya kapasitas paru. Penderita akan berusaha melawan tingginya tekanan tersebut menggunakan otot – otot bantu pernapasan (otot intercosta) yang dapat menimbulkan peningkatan retraksi dinding dada.

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Makdalena et al., 2021) pada anak dengan bronkopneumonia biasanya mengalami beberapa gejala yaitu :

- a. Infeksi saluran napas
- b. Batuk tetapi sulit mengeluarkan sputum
- c. Bunyi napas tambahan ronchi dan wheezing
- d. Pernapasan cepat dang dangkal disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut
- e. Nafsu makan menurun
- f. Hidung tersumbat
- g. Demam 39°C – 40°C
- h. Gelisah karena ada nyeri dada seperti ditusuk tusuk
- i. Nangis dan rewel
- j. Diare

- k. Mual muntah
- l. Distres pernapasan yang ditandai dengan dispnea, napas cepat dan dangkal, disertai cuping hidung, dan sianosis di sekitar hidung dan mulut.

Anak dengan bronkopneumonia menunjukkan beberapa gejala klinis seperti batuk hebat, demam, napas cepat hingga sesak napas, dan masalah oksigenasi seperti bibir dan kuku kebiruan, yang menandakan kekurangan O₂ dalam darah atau jaringan, suara napas tambahan.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Makarim, 2025) untuk mendiagnosis bronkopneumonia, dokter akan melakukan pemeriksaan fisik dan meninjau riwayat medis pasien. Gejala umum bronkopneumonia adalah masalah pernapasan, seperti ronchi. Namun harus tahu bahwa bronkopneumonia dapat menyebabkan gejala yang mirip dengan pilek atau flu, yang terkadang dapat mempersulit diagnosis.

Berikut ini beberapa jenis tes yang perlu dilakukan :

- a. Rontgen dada atau CT scan

Tes pencitraan ini memungkinkan dokter untuk melihat ke dalam paru-paru Anda dan memeriksa tanda-tanda infeksi.

- b. Tes darah

Ini dapat membantu dalam mengenali indikasi infeksi, seperti jumlah sel darah putih yang tidak normal.

- c. Bronkoskopi

Ini melibatkan memasukkan tabung tipis dengan lampu dan kamera melalui mulut pasien, ke tenggorokan, dan ke paru-paru. Ini memberi kesempatan pada dokter untuk melihat ke dalam paru – paru.

d. Kultur sputum

Yaitu pemeriksaan laboratorium yang berguna untuk mendeteksi infeksi dari lendir yang keluar melalui batuk.

e. Oksimetri nadi

Tes yang digunakan dokter untuk mengukur jumlah oksigen yang mengalir melalui aliran darah.

f. Tes analisis gas darah

Dokter menggunakan tes ini untuk menentukan kadar oksigen dalam darah pasien.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Prinarbaningrum, 2025) penanganan bronkopneumonia yang tepat akan memperbesar peluang kesembuhan penderitanya. Cara mengatasinya adalah sebagai berikut :

a. Terapi Cairan (infus)

Anak yang terserang penyakit bronkopneumonia dan sering kehilangan nafsu makan dan minum. Untuk mencegah penurunan kesehatan lebih lanjut, dokter akan memberikan infus. Apabila anak mulai membaik, disarankan orang tua harus memberikan air putih hangat dan makanan yang tinggi nutrisi.

b. Pemberian Obat

Tipe obat yang di resepkan oleh dokter kepada klien tergantung dari penyebab bronkopneumonia yang dialami. Apabila disebabkan oleh bakteri, biasanya akan diresepkan antibiotik. Sementara jika bronkopneumonia akibat infeksi jamur, biasanya dokter akan memberikan obat antijamur yang

harus diminum pasien sesuai petunjuk. Obat lain yang harus diberikan atau diminum pada anak penderita bronkopneumonia adalah penurun panas dan suplemen untuk penambah daya tahan tubuh agar tingkat penyembuhannya berlangsung lebih cepat.

c. Terapi Oksigen

Jika ada salah satu ada gejala yang muncul pada anak – anak yang terkena bronkopneumonia adalah sesak napas, perawat akan merekomendasikan terapi oksigen. Dalam mempercepat proses penyembuhan bronkopneumonia, orang tua harus menjauhkan anak dari asap rokok, serta menjaga kebersihan lingkungan, terutama dari debu dan polusi.

9. Komplikasi

Menurut (Prinarbaningrum, 2025) dalam penanganan bronkopneumonia yang cepat dapat menurunkan risiko timbulnya komplikasi. Namun apabila masalah kesehatan ini tidak ditangani dengan segera dan cepat, biasanya dapat timbul komplikasi seperti :

a. Infeksi Darah

Bakteri yang masuk ke dalam tubuh dapat menyebabkan bronkopneumonia masuk ke dalam aliran darah dan menyerang organ tubuh lain, maka ada kemungkinan terjadi kerusakan pada organ tersebut.

b. Abses Paru – Paru

Paru – paru adalah organ vital dalam tubuh. Apabila terdiagnosis, pasien akan diberikan beberapa jenis obat, termasuk antibiotik untuk mengurangi gejala. Jika kondisinya makin parah dan serius, maka dokter mungkin akan melakukan prosedur bedah.

c. Efusi Pleura

Dalam artian medis istilah efusi pleura merujuk pada keadaan di mana cairan mengisi di area sekitar paru - paru dan rongga dada. Dalam mengeluarkan cairan tersebut, diperlukan penggunaan kateter atau jarum (thoracentesis).

d. Gagal Napas

Bronkopneumonia yang semakin parah biasanya menyebabkan gagal napas. Paru – paru anak tidak mendapatkan cukup udara karena penyumbatan dan peradangan pada saluran pernapasan.

g. Empiema

Kumpulan darah di ruang pleura yaitu antara ruang paru – paru dan dinding dada.

h. Gangguan Jantung

Dapat menurunkan oksigen ke jantung, meningkatkan stres pada jantung, dan bahkan memicu gagal jantung.

i. Gagal Ginjal

Kondisi ini terjadi karena peradangan dan stres pada tubuh akibat pneumonia yang parah dapat mengaruh fungsi ginjal dan menyebabkan cedera ginjal akut yang menyebabkan gagal ginjal.

j. Pneumotorax

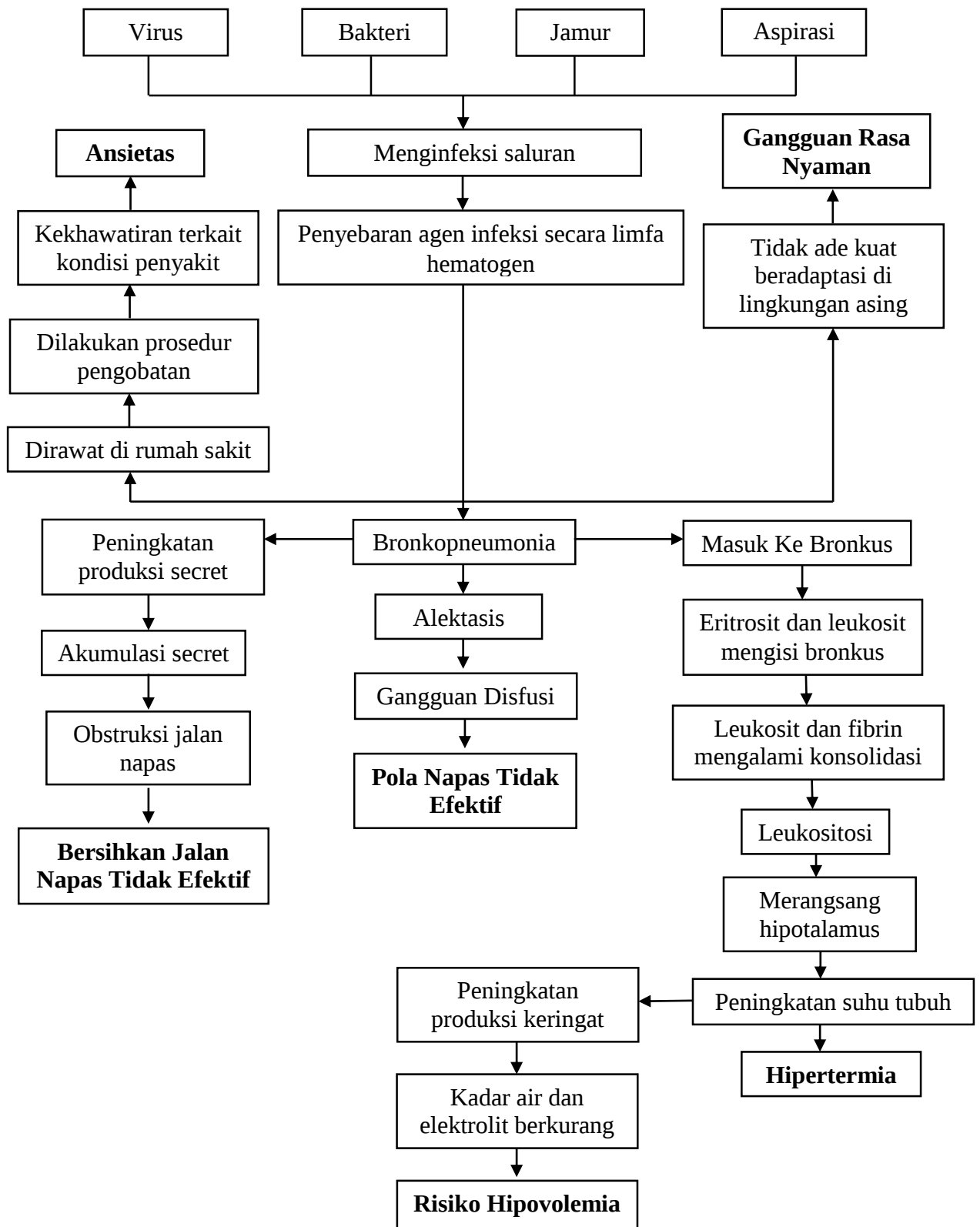
Dapat menyebabkan robekan pada dinding paru yang kemudian memicu masuknya udara ke rongga pleura.

10. Pencegahan

Menurut (Makarim, 2025) bronkopneumonia pada anak terkadang membuat orang tua mungkin tampak cemas, tetapi penyakit ini dapat dicegah. Berikut ini sejumlah langkah – langkah sederhana yang dapat diambil untuk menghindari anak yang terkena bronkopneumonia :

- a. Mengajarkan anak mencuci tangan setiap saat, terutama sesudah bermain, sebelum makan dan setelah buang air kecil atau besar.
- b. usahakan anak jauh dari paparan polusi yang ada di lingkungan sekitar, seperti debu dan asap rokok.
- c. Jauhkan bayi atau anak dari penderita bronkopneumonia.
- d. Pastikan imunisasi anak lengkap untuk melindunginya dari bakteri dan virus yang dapat menyebabkan infeksi bronkopneumonia.

11. Pathway



Gambar 2.3

(Nurarif & Kusuma, 2016 ; Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017)

B. Konsep Dasar Pertumbuhan Dan Perkembangan Pada Anak Usia Toddler

(1-3 Tahun)

1. Pertumbuhan

Menurut (Kemenkes, 2023) pertumbuhan pada anak usia toddler adalah proses peningkatan ukuran tubuh secara fisik yang meliputi penambahan berat badan, tinggi badan, dan ukuran organ tubuh lainnya, sebagai hasil dari perkembangan dan multiplikasi sel, yang dapat diukur secara kuantitatif. Pertumbuhan pada periode toddler ditandai dengan perlambatan laju pertumbuhan dibanding masa bayi, namun tetap signifikan, karena anak mulai aktif bergerak, mengeksplorasi lingkungan, dan mengalami perkembangan fisik yang pesat.

1. Karakteristik Pertumbuhan pada Toddler

a. Berat Badan:

1. Rata-rata bertambah sekitar 2–3 kg per tahun
2. Berat badan di usia 2 tahun kira – kira 4x berat badan lahir

b. Tinggi Badan:

1. Bertambah sekitar 6–8 cm per tahun
2. Dari usia 2 tahun anak memiliki tinggi sekitar 50% dari tinggi dewasa

c. Lingkar Kepala:

1. Pertumbuhan otak melambat, tetapi masih meningkat
2. Lingkar kepala bertambah sekitar 1 cm per tahun

d. Komposisi Tubuh:

1. Lemak tubuh mulai berkurang
2. Otot mulai berkembang karena peningkatan aktivitas motorik

e. Proporsi Tubuh:

1. Perubahan bentuk tubuh dari bayi ke proporsi anak kecil
2. Kaki mulai memanjang, kepala tidak lagi tampak terlalu besar dibanding tubuh

2. Proses Biologis

a. Pertumbuhan melibatkan proses anabolik, seperti:

1. Pembelahan dan pembesaran sel (hiperplasia dan hipertrofi)
2. Peningkatan massa jaringan tubuh, terutama otot dan tulang

b. Hormon pertumbuhan (GH) dari kelenjar hipofisis memiliki peran penting dalam fase ini.

3. Alat Ukur Pertumbuhan

- a. KMS (Kartu Menuju Sehat) atau grafik pertumbuhan WHO
- b. Berat badan menurut usia (BB/U)
- c. Tinggi badan menurut usia (TB/U)
- d. Lingkar kepala menurut usia (LK/U)

4. Gangguan Pertumbuhan

- a. Gagal tumbuh (failure to thrive) akibat kurang gizi, infeksi kronis, atau masalah psikososial.
- b. Pemantauan penting untuk mencegah stunting dan masalah tumbuh kembang jangka panjang.

Tabel 1.2
Ciri-Ciri Pertumbuhan Anak Pada Usia Toddler

No	Komponen Fisik	Perkiraan (1-3 Tahun)
1.	Berat Badan	Bertambah sekitar 2-3 kg/tahun
2.	Tinggi Badan	Bertambah sekitar 6-8 cm/tahun
3.	Lingkar Kepala	Bertambah sekitar 1 cm/tahun, menandakan pertumbuhan otak
4.	Proporsi Tubuh	Kaki mulai memanjang, tubuh lebih tegap, perut mulai mengecil
5.	Komposisi Tubuh	Lemak tubuh menurun, otot mulai berkembang

Sumber (Natasha Prasma et al., 2022)

2. Perkembangan

Menurut (Kemenkes, 2023) perkembangan suatu proses yang terjadi secara bertahap, yang menggambarkan kematangan dan diferensiasi fungsi fisik, motorik, kognitif, bahasa, sosial, dan emosional anak, yang berlangsung secara berurutan, terarah, dan berkelanjutan, sesuai usia dan stimulasi yang diterima. Pada usia toddler (balita awal, 1–3 tahun), anak mengalami lonjakan perkembangan karena mulai lebih aktif secara fisik, belajar berbicara, menunjukkan emosi yang lebih kompleks, dan mulai mandiri.

1. Motorik kasar adalah kemampuan anak untuk menggerakkan otot-otot besar tubuh seperti otot lengan, kaki, dan punggung, yang berfungsi untuk melakukan aktivitas seperti berjalan, berlari, melompat, dan menjaga keseimbangan.
 - a. Kemampuan menggerakkan otot-otot besar
 - 1) Mulai berjalan sendiri pada usia 12–15 bulan
 - 2) Dapat berlari, menaiki tangga, dan menendang bola di usia 2 tahun
 - 3) Dapat melompat dan menjaga keseimbangan di usia 3 tahun

2. Motorik halus adalah kemampuan anak untuk menggunakan otot-otot kecil, khususnya pada tangan dan jari, untuk melakukan aktivitas yang memerlukan ketelitian, koordinasi, dan konsentrasi.
 - a. Kemampuan menggunakan otot kecil (jari, tangan):
 - 1) Menggunakan sendok, menggambar garis, membalik halaman buku
 - 2) Menyusun balok, memasukkan benda ke dalam lubang
3. Kemampuan bahasa adalah kemampuan anak dalam memahami (reseptif) dan mengungkapkan (ekspresif) pikiran atau perasaannya melalui kata-kata, gerakan, atau simbol.
 - a. Kemampuan memahami dan menggunakan kata-kata:
 - 1) Kosakata berkembang dari 10–50 kata di usia 18 bulan
 - 2) Menjadi 200–300 kata di usia 3 tahun
 - 3) Dapat membentuk kalimat sederhana dan menjawab pertanyaan dasar
4. Kognitif adalah kemampuan mental anak dalam berpikir, belajar, memecahkan masalah, mengingat, dan memahami informasi, serta menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari.
 - a. Kemampuan berpikir dan menyelesaikan masalah:
 - 1) Mengenal objek dan gambar
 - 2) Meniru perilaku orang dewasa
 - 3) Bermain simbolik/pura-pura (pretend play)
 - 4) Mengenal sebab-akibat secara sederhana

Tabel 1.3
Tahap Perkembangan Anak

No	Aspek	Pengertian Singkat	Contoh Perilaku Pada Anak
1.	Motorik Kasar	Gerakan otot besar	Berjalan dan melompat
2.	Motorik Halus	Gerakan otot kecil	Menyusun balok dan menggambar
3.	Bahasa	Kemampuan komunikasi	Mengucapkan kata dan menyusun kalimat
4.	Kognitif	Proses berpikir dan belajar	Bermain pura – pura dan mengenal warna
5.	Sosial	Interaksi dengan orang lain	Bermain bersama dan meniru teman
6.	Emosional	Mengelola perasaan	Menangis, marah, menunjukkan empati

Sumber (Kemenkes, 2023)

3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia Toddler (1-3 Tahun)

Menurut (Fadli, 2025) perkembangan tumbuh kembang setiap anak pada umumnya berbeda-beda. Ada anak yang berat badannya cepat naik dan ada pula yang sudah bisa bicara terlebih dahulu. Hal ini tidak lepas dari faktor-faktor yang memengaruhi tumbuh kembang anak. Contohnya, anak yang dapat berbicara lebih awal mungkin karena sering diajak bicara oleh orang tuanya, sementara anak yang cepat bertambah berat badan kemungkinan dipengaruhi oleh faktor genetik. Di sinilah tumbuh kembang anak usia dini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berbeda.

Berikut ini adalah tujuh faktor dasar yang memengaruhi tumbuh kembang anak :

a. Genetika (Keturunan)

Faktor yang diwariskan dari orang tua yang memengaruhi ciri fisik, kecerdasan, bakat, dan risiko penyakit tertentu.

b. Lingkungan

Lingkungan sosial dan fisik memengaruhi kesehatan, kepribadian, dan kemampuan sosial anak. Paparan zat berbahaya dapat menghambat pertumbuhan.

c. Jenis Kelamin

Perbedaan hormon antara anak laki-laki dan perempuan memengaruhi laju dan pola pertumbuhan.

d. Hormon

Hormon pertumbuhan dan tiroid berperan penting dalam pertumbuhan fisik dan perkembangan otak anak.

e. Aktivitas Fisik

Gerakan aktif membantu mengembangkan otot, tulang, dan sistem kekebalan tubuh. Bermain juga merangsang perkembangan motorik.

f. Faktor Sosial Ekonomi

Mempengaruhi akses terhadap gizi, layanan kesehatan, pendidikan, dan pola asuh yang baik.

g. Gizi

Diet seimbang, terutama dalam 3 tahun pertama, penting untuk perkembangan otak, fisik, dan kognitif anak.

4. Dampak Hospitalisasi Pada Anak Usia Toddler (1-3 Tahun)

Menurut (Yuli Utami, 2014) hospitalisasi merupakan suatu proses dimana karena alasan tertentu atau keadaan darurat seorang anak harus tinggal di rumah

sakit, menjalani terapi pengobatan hingga kembali ke rumah. Proses ini merupakan salah satu bentuk stres bagi anak selama di rawat di rumah sakit.

Beberapa faktor yang dapat menimbulkan stres ketika seorang anak menjalani hospitalisasi antara lain :

a. Faktor lingkungan rumah sakit

Rumah sakit merupakan lingkungan asing bagi anak, dengan wajah-wajah baru, suara dan bau yang tidak familiar, sehingga dapat menimbulkan rasa takut dan cemas baik pada anak maupun orang tua.

b. Faktor perpisahan dengan orang-orang yang sangat penting

Perpisahan dari rumah dan lingkungan yang biasa, benda-benda yang jarang dilihat dan yang digunakan sehari-hari, serta rutinitas yang biasa dilakukan termasuk juga memisahkan dengan anggota keluarga.

c. Faktor kurangnya informasi

Yang diperoleh oleh anak maupun orang tuanya ketika akan menjalani hospitalisasi. Hal ini dimungkinkan mengingat proses hospitalisasi merupakan suatu hal yang tidak umum dialami oleh setiap orang. Proses menjalani hospitalisasi juga rumit dengan berbagai prosedur yang dilakukan.

d. Faktor hilangnya kebebasan dan kemandirian

Aturan atau rutinitas rumah sakit, tindakan medis seperti tirah baring, pemasangan infus dan sebagainya sangat mengganggu kebebasan dan kemandirian anak yang sedang dalam tahap perkembangan. Pengalaman anak dengan pelayanan kesehatan memengaruhi tingkat kecemasannya

semakin sering anak berkunjung ke rumah sakit, biasanya kecemasannya akan semakin berkurang, dan sebaliknya.

e. Faktor perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit

Terutama dengan perawat mengingat anak masih memiliki keterbatasan dalam perkembangan kognitif, bahasa dan komunikasi terbatas. Perawat juga merasakan hal yang sama ketika berkomunikasi, berinteraksi dengan pasien anak merupakan suatu tantangan, dan memerlukan kepekaan yang tinggi serta lebih kompleks dibandingkan dengan pasien dewasa. Selain itu, berkomunikasi dengan anak juga sangat dipengaruhi oleh usia anak, kemampuan kognitif.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Proses keperawatan berfungsi sebagai panduan sistematis untuk perawatan yang berpusat pada klien dengan 5 langkah berurutan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pengkajian terdapat tahap awal dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengumpulan data harus lengkap baik subjektif atau objektif (Kesehatan & Jktm, 2024).

a. Biodata

1. Biodata klien meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, agama, suku, bangsa, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, No RM.
2. Biodata orang tua meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pada saat dikaji biasanya penderita bronkopneumonia mengeluh sesak napas dan batuk berdahak.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada penderita bronkopneumonia biasanya merasakan sulit bernapas, dan disertai dengan batuk berdahak, terlihat otot bantu pernapasan, adanya suara napas tambahan, penderita biasanya juga lemah dan tidak nafsu makan, kadang disertai diare.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengenai penyakit bronkopneumonia anak yang sering menderita saluran pernapasan bagian atas memiliki riwayat penyakit campak atau infeksi saluran pernapasan yang menular serta faktor pemicu bronkopneumonia misalnya terpapar asap rokok, debu atau polusi dalam jangka panjang.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yaitu ada tidaknya keluarga yang mempunyai penyakit yang diturunkan atau penyakit yang sama dengan klien yang pernah diderita (baik berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh klien.

c. Kehamilan Dan Persalinan

1. Prenatal

Dalam pengkajian prenatal kita dapat menanyakan kepada klien tentang kehamilan anak berapa, berat badan ibu saat hamil, keluhan yang

dirasakan pada saat kehamilan, imunisasi tetanus toxoid, yang dapat selama kehamilan, siapa dan dimana tempat pemeriksaan kehamilan.

2. Intranatal

Pada pengkajian intranatal kita dapat menanyakan umur kehamilan pasien saat melahirkan, jenis persalinan, penolong saat persalinan adakah kelainan atau komplikasi saat melahirkan.

3. Posnatal

Kondisi bayi, berapa berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas, nilai APGAR score saat dilahirkan, saat dilahirkan anak langsung menangis atau tidak dan bagaimana kondisi saat lahir.

d. Genogram

Pada pengkajian genogram mempelajari diagram silsilah keluarga yang menampilkan hubungan antar anggota keluarga dan dinamika di dalam nya.

e. Pola Aktivitas Sehari – Hari

1. Pola Nutrisi

Mengkaji jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi anak, frekuensi makan dan porsi makan, dan nafsu makan anak.

2. Pola Eliminasi

Pada penderita bronkopneumonia kemampuan klien untuk mengeluarkan secret dari saluran pernapasan, produksi, warna, aroma sputum, BAK dan BAB.

3. Personal Hygiene

Mengkaji kebiasaan mandi, menggosok gigi, mengganti pakaian, keramas dan gunting kuku.

4. Istirahat Dan Tidur

Mengkaji kelemahan, lesu, kualitas saat tidur, lama tidur, penurunan aktivitas, dan banyaknya berbaring.

f. Riwayat Nutrisi

Pada anak bronkopneumonia nutrisi yang kurang atau asupan makanan kurang di dalam tubuh tidak terpenuhi tubuh anak menjadi rentan terhadap penyakit.

g. Riwayat Imunisasi

Imunisasi yang harus lengkap pada anak usia 0-24 bulan atau usia toddler.

Tabel 1.4
Jadwal Pemberian Imunisasi Anak

Usia	Imunisasi Yang Diberikan
0 Bulan	Hepatitis B0
1 Bulan	BCG, Polio 1
2 Bulan	DPT-HB-HIB 1, Polio 2
3 Bulan	DPT-HB-HIB 2, Polio 3
4 Bulan	DPT-HB-HIB 3, Polio 4
9 Bulan	Campak
18 Bulan	DPT-HB-Hib
24 Bulan	Campak

Sumber : (Imuni, 2025)

h. Reaksi Hospitalisasi Dan Spritual

1. Hospitalisasi

Mengkaji keadaan krisis pada anak sakit dan pada saat dirawat

2. Spritual

Mengkaji pendekatan perawatan yang mengakui dan menghargai kebutuhan spritual anak dan keluarganya.

i. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Sakit ringan, sedang, atau berat
2. Kesadaran : Compos Mentis, Apatitis, Delirium,
Somnolen, Sopor dan Coma
3. Tanda – tanda vital : Berapa respirasi, Tekanan darah,
Nadi, SPO2, dan Suhu

4. Kepala

Pada kepala mengkaji apakah bentuknya simetris atau tidak, apakah ada benjolan dan lesi tidak, warna rambut dan ketebalan rambut.

5. Mata

Kaji bentuk kepala apakah simetris atau tidak, fungsi penglihatan baik atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, reaksi pupil baik atau tidak, sklera mata anikterik atau ikterik.

6. Hidung

Kaji bentuk hidung simetris atau tidak, fungsi hidung baik atau tidak, apakah ada lesi sekret sinunitis pada rongga hidung, pernapasan cuping hidung.

7. Telinga

Kaji bentuk dan simetris telinga, kebersihan telinga, tanda infeksi (kemerahan, nyeri tekan, cairan), (pendengaran respon terhadap suara).

8. Mulut

Kaji kebersihan mulut dan gigi, kondisi gusi, lidah, dan mukosa mulut, bau mulut, tonsil dan kesulitan bicara atau menelan.

9. Leher

Kaji bentuk dan pergerakan leher, pembesaran kelenjar getah bening ada atau tidak, pembesaran kelenjar tiroid ada atau tidak, nadi karotis, letak trakea.

10. Dada

Kaji bentuk dada simetris atau tidak, pola dan frekuensi pernapasan, retraksi dinding dada, ada tidak nyeri tekan, suara napas tambahan (ronchi, wheezing).

11. Abdomen

Kaji bentuk dada dan pergerakan dinding perut, ada tidak nyeri tekan, frekuensi bising usus (auskultasi), dan tanda – tanda peristaltik.

12. Integumen

Kaji warna kulit, kelembaban suhu, turgor kulit, apakah ada luka, memar, ruam, atau bintik, kebersihan dan integritas kulit.

13. Genetalia

Kaji kebersihan area genetalia, apakah ada tanda infeksi, luka, ruam, kelainan.

14. Ekstremitas

Kaji kesimetrisan ekstremitas atas dan bawah, kekuatan otot, pergerakan dan nyeri sendi, warna dan suhu kulit dan ada atau tidak pembengkakan (edema).

j. Data Penunjang

1. Tes Darah

Untuk melihat leukositosis (peningkatan sel darah putih) menunjukkan adanya infeksi bakteri dan apabila neutrofil meningkat mengarah pada infeksi bakteri akut.

2. Hasil Laboratorium

Untuk melihat hasil dari kondisi klien pada saat sesudah diambil darah.

3. Rontgen

Untuk membantu membedakan bronkopneumonia dari jenis pneumonia lain atau penyakit paru lainnya (misalnya asma, TB, bronkiolitis). Menunjukkan infiltrat patchy (bercak-bercak kabut) di beberapa area paru (biasanya berkeping dan menyebar, khas bronkopneumonia). Menilai luasnya infeksi (satu atau lebih lobus paru). Menentukan lokasi spesifik (kanan, kiri, atau kedua paru) apakah ada efusi pleura (cairan di rongga paru), atelektasis (paru sebagian mengempis), Abses paru, menilai respons terhadap pengobatan jika gejala tidak membaik, dan melihat apakah terdapat perburukan atau resolusi infeksi.

4. Kultur Sputum

Mengidentifikasi jenis bakteri penyebab, seperti *Streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenzae*, atau *staphylococcus aureus*. Menentukan sensitivitas antibiotik (antibiogram).

k. Therapy Obat

1. Pemberian terapi cairan dan elektrolit

2. Pemberian obat antibiotik

3. Pemberian obat antipiretik
4. Pemberian obat simptomatik
5. Terapi tambahan seperti oksigen dan nebulizer

2. Analisa Data

Tabel 1.5

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif : (Tidak Tersedia) Data Objektif : a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Mengi, wheezing dan rochi kering e. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)	Virus, bakteri, jamur, aspirasi ↓ Menginfeksi saluran pernapasan ↓ Bronkopneumonia ↓ Penyebaran agen infeksi secara limfa hematogen ↓ Peningkatan produksi secret ↓ Akumulasi secret ↓ Obstruksi jalan napas ↓ Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)
2.	Data Subjektif : a. Dispnea Data Objektif : a. Penggunaan otot bantu pernapasan b. Fase ekspirasi memanjang c. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes)	Virus, bakteri, jamur, aspirasi ↓ Menginfeksi saluran pernapasan ↓ Penyebaran agen infeksi secara limfa hematogen ↓ Bronkopneumonia ↓ Atelektasis ↓ Gangguan disfungsi	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

		↓ Pola Napas Tidak Efektif	
3.	Data Subjektif : a. Merasa bingung b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi c. Sulit berkonsentrasi Data Objektif : a. Tampak gelisah b. Tampak tegang c. Sulit tidur	Dirawat di rumah sakit ↓ Dilakukan prosedur pengobatan ↓ Kekhawatiran terkait kondisi penyakit ↓ Ansietas	Ansietas (D.0080)
4.	Data Subjektif : a. Mengeluh tidak nyaman Data Objektif : a. Gelisah	Virus, bakteri, jamur, aspirasi ↓ Menginfeksi saluran pernapasan ↓ Penyebaran agen infeksi ↓ secara limfa hematogen ↓ Tidak ade kuat beradaptasi di lingkungan asing ↓ Gangguan Rasa Nyaman	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)
5.	Data Subjektif : (Tidak Tersedia) Data Objektif : a. Suhu tubuh diatas normal	Virus, bakteri, jamur, aspirasi ↓ Menginfeksi saluran pernapasan ↓ Penyebaran agen infeksi secara limfa hematogen ↓ Bronkopneumonia ↓ Masuk ke bronkus ↓	Hipertermia (D.0130)

		Eritrosit dan leukosit mengisi bronkus ↓ Leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi ↓ Leukositus ↓ Merangsang hipotalamus ↓ Peningkatan suhu tubuh ↓ Hipertermia	
6.	Data Subjektif : a. Tidak cukup minum / kurang asupan cairan b. Merasa lemas, pusing saat berdiri, atau haus berlebihan c. Demam tinggi atau muntah mencret Data Objektif : a. Demam b. Takipnea c. Asupan cairan kurang dari kebutuhan d. Mukosa mulut kering e. Turgor kulit menurun f. Produksi urine menurun atau marna urine pekat g. Penurunan berat badan h. Tekanan darah menurun (hipotensi) i. Jika mulai terjadi dehidrasi	Virus, bakteri, jamur, aspirasi ↓ Menginfeksi saluran pernapasan ↓ Penyebaran agen infeksi secara limfa hematogen ↓ Bronkopneumonia ↓ Masuk ke bronkus ↓ Eritrosit dan leukosit mengisi bronkus ↓ Leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi ↓ Leukositus ↓ Merangsang hipotalamus ↓ Peningkatan suhu tubuh ↓	Risiko Hipovolemia (D.0034)

		Peningkatan produksi keringat ↓ Kadar air dan elektrolit berkurang ↓ Risiko Hipovolemia	
--	--	--	--

3. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

- a. Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas ditandai dengan :

Data Subjektif :

(Tidak Tersedia)

Data Objektif :

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

- b. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (kelemahan otot napas) ditandai dengan :

Data Subjektif :

1. Dispnea

Data Objektif :

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

- c. Ansietas b.d krisis situasional ditandai dengan :

Data Subjektif :

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Data Objektif :

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

- d. Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit ditandai dengan :

Data Subjektif :

1. Mengeluh tidak nyaman

Data Objektif :

1. Gelisah

- e. Hipertermia b.d proses penyakit ditandai dengan :

Data Subjektif :

(Tidak Tersedia)

Data Objektif :

1. Suhu tubuh diatas nilai normal

- f. Risiko hipovolemia b.d kehilangan cairan yang tidak seimbang ditandai dengan :

Data Subjektif :

1. Tidak cukup minum / kurang asupan cairan
2. Merasa lemas, pusing saat berdiri, atau haus berlebihan

3. Demam tinggi atau muntah/mencret

Data Objektif :

1. Demam
2. Takipnea
3. Asupan cairan kurang dari kebutuhan
4. Mukosa mulut kering
5. Turgor kulit menurun
6. Produksi urine menurun atau warna urine pekat
7. Penurunan berat badan
8. Tekanan darah menurun (hipotensi) jika mulai terjadi dehidrasi

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

No	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasioanal
1.	(SLKI L.01001) Bersihkan Jalan Napas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam maka diharapkan bersihkan jalan napas meningkat dengan. Kriteria Hasil : 1. Batuk efektif (Meningkat) 2. Produksi sputum (Menurun) 3. Mengi (Menurun) 4. Wheezing (Menurun) 5. Mekonium (pada neonatus) (Menurun) 6. Dispnea (Menurun) 7. Ortopnea (Menurun)	(SIKI 1.01011) Manajemen Jalan Napas Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt dan chint lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)	Observasi : 1. Untuk mengetahui apakah ada gangguan pada pola napas 2. Untuk mengetahui apakah terdapat bunyi napas tambahan 3. Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum Terapeutik : 1. Agar kepatenan jalan napas tetap terjaga 2. Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami 3. Untuk mengencerkan secret 4. Untuk membantu mengeluarkan lendir

	8. Sulit Bicara (Menurun) 9. Sianosis (Menurun) 10. Gelisah (Menurun) 11. Frekuensi napas (Membaik) 12. Pola napas (Membaik)	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 forseps 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak terkontraindikasi 2. Anjurkan teknik batuk efektif Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian nebulizer	dari saluran pernapasan sehingga mempermudah dan mengurangi sesak napas 5. Untuk menghindari hipoksia 6. Untuk membersihkan jalan napas 7. Agar jalan napas terbuka 8. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen Edukasi : 1. Agar kebutuhan cairan terpenuhi 2. Untuk membantu mengeluarkan dahak dan lendir pada jalan napas Kolaborasi : 1. Untuk meningkatkan fungsi paru – paru 2. Membantu melancarkan pernapasan pada seseorang yang mengalami kesulitan bernapas
2.	(SLKI L.01004) Pola Napas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan. Kriteria Hasil : 1. Ventilasi Semu (Meningkat)	(SIKI 1.01014) Pemantauan Respirasi Observasi : 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hipoventilasi,	Observasi : 1. Untuk mengetahui frekuensi pernapasan sudah normal atau belum 2. Untuk mengetahui sejauh mana penurunan bunyi napas indikasi akutasi, ronchi, indikasi akumulasi sekret atau

	2. Kapasitas Vital (Meningkat) 3. Diameter thoraxs anterior-posteilor (Meningkat) 4. Tekanan exspirasi (Meningkat) 5. Tekanan inspirasi (Meningkat) 6. Dispnea (Menurun) 7. Penggunaan otot bantu napas (Menurun) 8. Pemanjangan fase ekspirasi (Menurun) 9. Ortopnea (Menurun) 10. Pernapasan pursed-tip (Menurun) 11. Pernapasan cuping hidung (Menurun) 12. Frekuensi napas (Membaik) 13. Kedalaman napas (Membaik) 14. Eksursi dada (Membaik)	kusmaul, 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 O₂ 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray Terapeutik : 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian oksigen, <i>jika perlu</i>	ketidakmampuan membersihkan jalan napas 3. Untuk mengetahui sejauh mana batuk efektif dapat membantu mengeluarkan dahak bila ada 4. Untuk mengetahui sejauh mana klien memahami produksi sputum 5. Untuk menunjang proses sumbatan jalan napas 6. Untuk mengetahui kesimetrisan pergerakan dada 7. Untuk mengetahui ronkhi dan wheezing menyertai obstruksi jalan napas atau kegagalan pernapasan 8. Untuk mengetahui penurunan status oksigen mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia 9. Untuk menunjang penyembuhan 10. Untuk mengetahui Hasil normal menunjukkan struktur yang normal dan tidak ada penanda penyakit seperti massa atau pembengkakan Terapeutik : 1. Untuk memberikan rasa nyaman kepada klien 2. Untuk memantau perkembangan klien Edukasi : 1. Untuk mengetahui prosedur pemantaun yang akan diberikan
--	---	--	--

			2. Untuk memberitahu klien sejauh mana hasil pemantuan Kolaborasi : 1. Meningkatkan dan mempertahankan kadar oksigen dalam darah (SPO2)
3.	(SIKI L.09093) Tingkat Ansietas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan. Kriteria Hasil : 1. Verbalisasi kebingungan (Menurun) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (Menurun) 3. Perilaku gelisah (Menurun) 4. Perilaku tegang (Menurun) 5. Keluhan pusing (Menurun) 6. Anoreksia (Menurun) 7. Palpitasi (Menurun) 8. Frekuensi pernapasan (Menurun) 9. Frekuensi nadi (Menurun) 10. Tekanan darah (Menurun) 11. Diaforesis (Menurun) 12. Tremor (Menurun) 13. Pucat (Menurun) 14. Konsentrasi (Membaik) 15. Pola tidur (Membaik)	(SIKI 1.09314) Reduksi Ansietas Observasi : 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda – tanda ansietas (verbalisasi dan nonverbal) Terapeutik : 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh ketenangan 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	Observasi : 1. Untuk mengetahui tingkatan perubahan ansietas 2. Agar dapat membandingkan keputusan klien awa dsaat ini 3. Untuk dapat memperhatikan kondisi klien Terapeutik : 1. Agar klien dapat merasakan kenyamanan 2. Untuk mengurangi rasa cemas 3. Untuk mengantisipasi kenyamanan kondisi klien 4. Agar klien merasakan diperhatikan 5. Untuk menumbuhkan saling percaya 6. Memberikan support agar klien tidak merasakan bingung 7. Memberikan penjelasan kepada klien Edukasi : 1. Agar klien memahami prosedur untuk mengurangi ansietas 2. Agar klien memahami tentang ansietas 3. Untuk memotivasi klien agar keluarga

	16. Perasaan keberdayaan (Membaik) 17. Kontak mata (Membaik) 18. Pola berkemih (Membaik) 19. Orientasi (Membaik)	7. Diskusikan Edukasi : 1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, <i>jika perlu</i>	selalu dekat dengan klien 4. Agar rasa cemas yang dirasakan bisa teratsi 5. Untuk mengurangi rasa ansietas 6. Untuk mengalihkan fokus pikiran dari sumber ketegangan ke hal yang lain yang lebih menyenangkan 7. Agar diri tetap tenang dan relaks 8. Untuk mengurangi kecemasan, stres, dan ketegangan otot Kolaborasi : 1. Untuk mengobati gangguan kecemasan
4.	(SLKI L.09064) Status Kenyamanan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam maka diharapkan status kenyamanan meningkat dengan. Kriteria Hasil : 1. Kesejahteraan fisik (Meningkat) 2. Kesejahteraan psikologis (Meningkat)	(SIKI 1.08245) Perawatan Kenyamanan Observasi : 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi ,	Observasi : 1. Mengidentifikasi gejala membantu menentukan tingkat ketidaknyamanan dan prioritas tindakan untuk meningkatkan kenyamanan pasien. 2. Mengetahui pemahaman pasien memudahkan pemberian edukasi,

3. Dukungan sosial dari keluarga (Meningkat) 4. Dukungan sosial dari teman (Meningkat) 5. Perawatan sesuai keyakinan budaya (Meningkat) 6. Perawatan sesuai kebutuhan 7. Kebebasan melakukan ibadah (Meningkat) 8. Rileks (Meningkat) 9. Keluhan tidak nyaman (Menurun) 10. Gelisah (Menurun) 11. Kebisingan (Menurun) 12. Keluhan sulit tidur (Menurun) 13. Keluhan kedinginan (Menurun) 14. Keluhan kepanasan (Menurun) 15. Gatal (Menurun) 16. Mual (Menurun) 17. Lelah (Menurun) 18. Merintih (Menurun) 19. Menangis (Menurun) 20. Iritabilitas (Menurun) 21. Menyalahkan diri sendiri (Menurun) 22. Konfusi (Menurun) 23. Konsumsi alkohol (Menurun) 24. Penggunaan zat (Menurun)	situasi dan perasaan Terapeutik : 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pemijatan 5. Berikan terapi akupresur 6. Berikan terapi hipnosis 7. Dukung keluarga dan pengasuh terlihat dalam terapi/pengobatan 8. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan Edukasi : 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan latihan pernapasan 4. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, <i>jika perlu</i>	mengurangi cemas, dan meningkatkan partisipasi dalam perawatan. Terapaeutik : 1. Membantu mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi. 2. Membantu meredakan nyeri, bengkak, atau ketegangan otot. 3. Mengurangi stres dan meningkatkan rasa aman. 4. Meningkatkan sirkulasi dan meredakan ketegangan otot. 5. Untuk mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan ketenangan 6. Membantu mengelola nyeri dan kecemasan melalui sugesti positif. 7. Meningkatkan dukungan emosional dan kepatuhan pasien. 8. Memberikan kontrol pada pasien dan meningkatkan kerja sama dalam perawatan. Edukasi : 1. Membantu pasien memahami kondisinya dan membuat keputusan yang tepat. 2. Mengurangi stres dan meningkatkan kenyamanan. 3. Membantu mengontrol nyeri dan menenangkan tubuh. 4. Mengalihkan fokus dari rasa tidak
---	---	--

	25. Percobaan bunuh diri (Menurun) 26. Memori masa lalu (Membaik) 27. Suhu ruangan (Membaik) 28. Pola eliminasi (Membaik) 29. Postur tubuh (Membaik) 30. Kewaspadaan (Membaik) 31. Pola hidup (Membaik) 32. Pola tidur (Membaik)		nyaman dan menciptakan ketenangan mental. Kolaborasi : 1. Membantu mengurangi gejala seperti nyeri, gatal, dan reaksi alergi secara efektif melalui pengobatan yang sesuai dengan indikasi medis
5.	(SLKI L.14134) Termoregulasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam maka diharapkan termoregulasi membaik dengan. Kriteria Hasil : 1. Menggigil (Menurun) 2. Kulit merah (Menurun) 3. Kejang akrosianosis (Menurun) 4. Konsumsi oksigen (Menurun) 5. Piloereksasi (Menurun) 6. Vasokonstriksi perifer (Menurun) 7. Kutis memorata (Menurun) 8. Pucat (Menurun) 9. Takikardi (Menurun) 10. Takipnea (Menurun) 11. Bradikardi (Menurun) 12. Dasar kuku sianotik (Menurun)	(SIKI 1.15506) Manajemen Hipertermia Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 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 obat 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami	Observasi : 1. Untuk mengetahui terjadinya hipertermia 2. Untuk mengetahui kenaikan ataupun penurunan suhu tubuh 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit 4. Untuk mengetahui volume urine yang keluar 5. Untuk mengetahui adanya komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 1. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien 2. Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh 3. Untuk menurunkan suhu tubuh klien 4. Agar kebutuhan cairan klien tetap terjaga 5. Untuk menurunkan kehilangan panas melalui evaporasi 6. Agar suhu permukaan tubuh

	13. Hipoksia (Menurun) 14. Suhu tubuh (Membaik) 15. Suhu kulit (Membaik) 16. Kadar glukosa darah (Membaik) 17. Pengisian kapiler (Membaik) 18. Ventilasi (Membaik) 19. Tekanan darah (Membaik)	hiperhidrasi (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, <i>jika perlu</i> Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>	tetap hangat maupun dingin 7. Untuk menghindari terjadinya komplikasi 8. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen Edukasi : 1. Untuk menghindari komplikasi seperti pendarahan atau perfusi Kolaborasi : 1. Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih
6.	(SLKI L.03028) Status Cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam maka diharapkan status cairan membaik dengan. Kriteria Hasil : 1. Kekuatan nadi (Meningkat) 2. Turgor kulit (Meningkat) 3. Output cairan (Meningkat) 4. Pengisian vena (Meningkat) 5. Ortopnea (Menurun) 6. Dispnea (Menurun) 7. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) (Menurun) 8. Edema anasarka (Menurun)	(SIKI 1.03116) Manajemen Hipovolemia Observasi : 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hemaktorit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1. Hitung kebutuhan cairan	Observasi : 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul pada hipovolemia 2. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang ataupun seimbang Terapeutik : 1. Agar kebutuhan cairan tercukup atau terpenuhi 2. Agar cairan darah ke otak pada klien dengan hipotensi atau syok serta mencegah embosi udara 3. Agar kebutuhan cairan klien terpenuhi Edukasi : 1. Menjaga tubuh agar tetap terhidrasi dan mencegah dehidrasi

9. Edema perifer (Menurun) 10. Berat badan (Menurun) 11. Distensi vena jugularis (Menurun) 12. Suara napas tambahan (Menurun) 13. Kongesti paru (Menurun) 14. Perasaan lemah (Menurun) 15. Keluhan haus (Menurun) 16. Konsentrasi urine (Menurun) 17. Frekuensi nadi (Membaik) 18. Tekanan darah (Membaik) 19. Tekanan nadi (Membaik) 20. Membran mukosa (Membaik) 21. Jugular venous pressure (JVP) (Membaik) 22. Kadar Hb (Membaik) 23. Kadar Ht (Membaik) 24. Central venous pressure (Membaik) 25. Refluks hepatojugular (Membaik) 26. Berat badan (Membaik) 27. Hepatomegali (Membaik) 28. Oliguria (Membaik) 29. Intake cairan (Membaik) 30. Status mental (Membaik) 31. Suhu tubuh (Membaik)	2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi : 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCL dan RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2.5% dan NaCL 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmenate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah	2. Untuk mencegah terjadinya hipotensi postural atau pusing akibat perubahan tekanan darah yang tiba – tiba Kolaborasi : 1. Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang 2. Untuk mengembalikan cairan ke dalam sel dan jaringan tubuh 3. Untuk menggantikan plasma darah yang hilang akibat pendarahan 4. Untuk menyalurkan darah kepada klien yang membutuhkan
---	---	---

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk mendukung klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang mereka hadapi menuju kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan hasil yang diharapkan. Besar kecilnya intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien berkaitan dengan dukungan dan penanganan serta tindakan perbaikan kondisi dan edukasi kepada klien, keluarga atau tindakan pencegahan masalah kesehatan yang timbul di kemudian hari. Proses implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien dan faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi. Implementasi keperawatan merupakan kegiatan mengkoordinasikan kegiatan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lainnya untuk memantau dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Jadi, implementasi keperawatan merupakan kategori dari serangkaian perilaku perawat yang melakukan koordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lainnya untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan memantau dan mencatat respon pasien untuk mengevaluasi keberhasilan tindakan keperawatan sesuai kriteria yang ditetapkan (Safitri, 2019).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan dan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya telah tercapai. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan respons klien terhadap intervensi keperawatan yang telah

dilakukan. Evaluasi keperawatan dapat dinilai dari efektivitas tindakan, penyampaian kondisi klien sesudah perawatan, dan memberikan dasar untuk merencanakan sesuai kebutuhan pasien (Bustan & P, 2023).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

1) Identitas Klien

Nama	: An.R
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 21 – 10 – 2022
Usia	: 2 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: -
Alamat	: Dayeuh Handap
Tanggal masuk	: 22 – 04 – 2025
Tanggal pengkajian	: 23 – 04 – 2025
No. RM	: 01414429
Diagnosa medis	: BHP (Bronkopneumonia)

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny.P
Usia	: 32 Tahun
Jeis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga

Hubungan dengan klien : Orang Tua

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya mengeluh sesak napas

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 23 April 2025 pukul 07.00 WIB ibu klien mengatakan anaknya mengeluh sesak napas disertai batuk berdahak, ibu klien mengatakan sesak anaknya sudah dirasakan sejak 2 hari yang lalu, sesak dirasakan pada saat malam hari, dan batuk berdahak semakin berat jika cuaca dingin, keluhan semakin bertambah yaitu batuk disertai dahak berwarna keputihan dengan ada suara tambahan ronchi disertai rasa tidak nyaman di saat tidur, sesak napas klien berkurang saat sudah dilakukan nebulisasi, klien tampak lemas dan menangis.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu klien mengatakan bahwa anaknya sudah mengalami sesak napas sejak lahir dan anaknya juga sudah 5 kali kontrol ke rumah sakit RSUD Dr. Slamet Garut ke poli anak dan ibu klien mengatakan bahwa anaknya baru pertama kali dirawat di rumah sakit dengan keluhan sesak napas.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan bahwa klien terkena sesak napas dari ibu nya yang mempunyai riwayat penyakit asma dan ibu klien mengatakan bahwa penyakit asma yang dialaminya ada dari orang tuanya yaitu dari ayahnya dan tidak ada penyakit lainnya seperti hipertensi, DM dan TBC.

c. Identitas Saudara Kandung

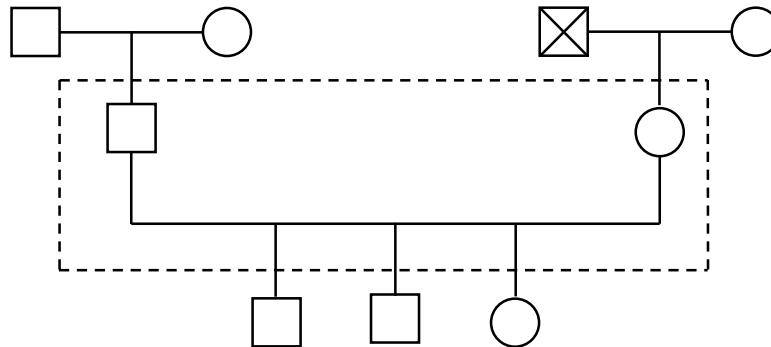
Tabel 2.2

No	Nama	Usia	Dukungan Dengan Klien	Status Kesehatan
1.	An.R	10 Tahun	Kakak Kandung	Sehat
2.	An.R	4 Tahun	Kakak Kandung	Sehat
3.	An.R	2 Tahun	Kakak Kandung	Sakit (Dirawat)

d. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan

- 1) Ibu klien mengatakan bahwa anaknya An.R merupakan anak ke 3 dari 3 bersaudara dan belum pernah keguguran P3A0 dan ibu klien mengatakan saat mengandung 9 bulan selalu memeriksa kandungan nya ke pelayanan kesehatan seperti RSUD Garut, Puskesmas, dan bidan. Pada saat kehamilan ibu klien mengatakan tidak ada keluhan selama hamil adanya kenaikan berat badan saat hamil yaitu 5 Kg dan mendapatkan imunisasi TT (tetanus toksoid) sebanyak 3 kal. Golongan darah ibu Klien B+ ayah klien O+.
- 2) Intranatal
Menurut penuturan ibu klien, klien dilahirkan di RSUD Dr. Slamet Garut secara induksi dengan penolong persalinan dokter.
- 3) Post natal
Ibu klien mengatakan pada saat dilahirkan anaknya langsung meringis dengan BB 33.8 gram dan PB 49 cm, ibu klien juga mengatakan anaknya setelah lahir mengalami penyakit kuning selama 2 minggu di perinatologi, dan klien ada batuk, demam serta diare.

e. **Genogram**



Gambar 2.4
Genogram

Keterangan :

□ : Laki - Laki

⊗ : Meninggal

○ : Perempuan

— : Garis Perkawinan

| : Garis Keturunan

--- : Garis Serumah

f. **Riwayat Imunisasi**

Tabel 2.3

No	Jenis Imunisasi	Usia Saat Imunisasi	Keterangan
1.	HB 0	2 Hari setelah lahir	√
2.	BCG – Polio 1	1	√
3.	DPT 1 – Polio 2	2	√
4.	DPT 2 – Polio 3	3	√
5.	DPT 3 – Polio 4	4	√
6.	Campak	9	√
7.	DPT – HB – Hib	18	√
8.	Campak	24 Bulan	Belum

Menurut penuturan ibu klien pada saat ditanya An. R belum imunisasi campak.

g. Riwayat Tumbuh Kembang

1) Pertumbuhan Fisik Lahir

- a. Berat badan : 11.6 kg
- b. Tinggi badan : 84 cm
- c. Lingkar dada : 49 cm
- d. Lingkar kepala : 44 cm
- e. Lingkar lengan atas : 15 cm
- f. Lingkar perut : 47 cm

2) Perkembangan Tiap Tahap

- a. Berguling : 3 Bulan
- b. Duduk : 6 Bulan
- c. Merangkap : 7 Bulan
- d. Berdiri : 0 Tahun
- e. Berjalan : 1 Tahun
- f. Senyum kepada orang lain pertama kali : 3 Bulan
- g. Bicara pertama kali : 1 Tahun
- h. Berpakaian tanpa bantuan : Masih dibantu

3) Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

a. Personal Sosial

Menurut penuturan ibu kline An.R klien sudah dapat bermain bersama kakak dan temannya, sering mengombrol dengan ayah dan ibunya.

b. Motorik Halus

Menurut penuturan ibu klien An.R sudah dapat mengambil pakaian, membereskan mainan, memegang alat makan, alat tulis dan mencoret coretnya.

c. Motorik Kasar

Menurut penuturan ibu klien An.R sudah bisa berjalan dengan lancar, berlari tanpa bantuan orang tua, bergerak dan bermain secara aktif.

d. Bahasa

Klien sudah mampu meniru kata – kata, berbicara memanggil mamah, papah, dan mau makan.

h. Riwayat Nutrisi

Menurut penuturan ibu klien An.R diberi makan nasi untuk usia saat ini An.R sudah berhenti diberi ASI Eksklusif sejak umur 2 Tahun sekarang diberikan susu formula, An.R pertama kali disusui setelah dilahirkan dan cara pemberian asi nya terjadwal maupun pada saat An.R menangis.

i. Dampak Hospitalisasi Dan Spritual

1. Reaksi Terhadap Perpisahan

a) Tahap Protes

Menurut ibu klien pada hari ke 1 di IGD klien An.R menangis jika ditinggal oleh ibunya.

b) Tahap Putus Asa

Menurut penuturan ibu klien bahwa anaknya masih menunjukkan minat untuk bermain.

c) Tahap Peningkaran

Menurut penuturan ibu klien sangat cemas dan khawatir karena anaknya dirawat.

2. Reaksi Anak Terhadap Diri Dan Ancaman

Klien kadang menangis apabila dihampiri atau diberikan obat IV maupun diberikan Nebulizer.

3. Aspek Psikologis

Ibu klien mengatakan anaknya sesak napas, batuk berdahak, lemas tidak mau makan dan ingin pulang.

4. Aspek Sosial Dan Spritual

Menurut ibu klien An.R suka bermain dengan teman – temannya klien membalas komunikasi dan klien sudah mengenal bacaan dan doa – doa makan.

5. Keluarga Klien

Ketika dilakukan pengkajian keluarga klien kooperatif terbukti pada saat diminta data perkembangan anaknya, dan keluarga klien selalu menjawab apa yang ditanyakan tentang anaknya.

j. Pola Aktivitas Sehari – Hari

Tabel 2.4

No	Pola Aktivitas	Sebelum Dirawat	Saat Dirawat
1.	Pola Nutrisi a) Makan Jenis Frekuensi Jenis porsi Keluhan Cara b) Minum Jenis Frekuensi Keluhan Cara	Nasi – bubur 3x / hari 1 porsi Tidak ada Mandiri/dibantu Air putih 5 gelas / hari Tidak ada Mandiri	Bubur 1x sehari 1/2 porsi Klien susah makan Dibantu Air putih 4 gelas / hari Batuk saat minum Dibantu
2.	Pola Eliminasi a) BAB Frekuensi Warna Konsistensi Keluhan b) BAK Frekuensi Warna Bau Keluhan	2x / hari Khas feses Lembek Tidak ada 4 – 6x / hari Kuning Khas urine Tidak ada	1x / hari Khas feses Lembek Tidak ada 2 – 3x / hari Kuning Khas urine Tidak ada
3.	Pola Istirahat Tidur a) Tidur siang Kuantitas Kualitas Keluhan b) Tidur malam Kuantitas Kualitas Keluhan	1 – 2 jam Nyenyak Tidak ada 9 jam Nyenyak Tidak ada	1 jam Tidak nyenyak Sesak napas dan batuk 6 jam Nyenyak Sesak napas dan batuk
4.	Personal Hygiene a) Mandi Frekuensi Cara b) Menggosok gigi Frekuensi Cara c) Mengganti baju Frekuensi Cara	2x / hari Dibantu 2x / hari Mandiri 2x / hari Dibantu	1x / hari Dibantu 1x / hari Dibantu 2x / hari Dibantu

	d) Keramas Frekuensi Cara	2x / hari Mandiri	Belum Mandiri
--	---------------------------------	----------------------	------------------

k. Data Penunjang

Nama : An.R

Tanggal : 23 – 04 – 2025

No. RM : 01414429

Tabel 2.5
Hasil Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
Hematologi dengan DIF			
Hemoglobin	10.5	g / dl	11.5 – 13.5
Jumlah leukosit	7.810	/ mm ³	5000 – 14.500
Jumlah eritrosit	4.45	Juta / mm ³	3.95 – 5.26
Hematokrit	31	%	34 – 40
Jumlah trombosit	197.000	/ mm ³	150.000 – 440.00
MCV	70	fL	75 – 87
MCH	24	pg / Cell	24 – 30
MCHC	33	g / dl	31 – 37
Hitung Jenis			
Basofil	0	%	0 – 1
Eosinofil	1	%	1 – 6
Batang	1	%	3 – 5
Neutrofil	52	%	50 – 70
Limfosit	37	%	30 – 45
Monosit	9	%	2 – 10
Glukosa Darah Sewaktu	82	mg / dl	<140

l. Therapy Obat

Tabel 3.1

No	Jenis	Dosis	Jalur Pemberian	Kegunaan
1.	Infusan D5 ¼ NS	500 ml (42 tetes/menit)	IV	Untuk sumber kalori dimana penggantian cairan dan kalori yang dibutuhkan.
2.	Cefotaxim	3 x 500 Injeksi	IV	Untuk mengobati organisme gram positif, gram negatif, dan anaerobix berbagai infeksi bakteri.

3.	Pulmicort respules 0.25	1 x 1 mg	Inhalasi	Untuk mengobati penyakit saluran pernapasan.
4.	Paracetamol INF	3 x 1200 cc	IV	Untuk mengatasi demam atau nyeri pada pasien yang tidak bisa minum obat atau paracetamol rektal.
5.	Combivent	2.5 mg	Inhalasi	Untuk meredakan dan mencegah munculnya gejala sesak napas atau mengi akibat saluran penyempitan saluran pernapasan.
6.	Dexamethasone	3 x 2.5 mg Injeksi	IV	Untuk meredakan peradangan dan reaksi alergi.
7.	Abroxol TAB	30 Mg	Oral	Untuk mengencerkan dahak.
8.	Tramcinolone TAB	4 Mg	Oral	Untuk menekan kerja sistem tubuh dan mencegah pelepasan senyawa yang dapat menyebabkan peradangan.
9.	Salbutamol sulfat	2 mg	Oral	Untuk meredakan gejala asma dan gangguan sistem pernapasan lainnya seperti batuk sesak napas mengi hingga sesak dada.

m. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum : Klien tampak lemah
Kesadaran : Compos Mentis GCS (E4M6V5)
- 2) Tanda - Tanda Vital
TD : -
Nadi : 105 x / menit
Respirasi : 28 x / menit
Spo2 : 92 %
Suhu : 36.7 °C

3) Pemeriksaan Head To To

a. Kepala

Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, kebersihan rambut bersih, tidak ada benjolan dan tidak ada lesi di kepala.

b. Mata

Letak kedua mata simetris antara kiri dan kanan, penglihatan jelas terbukti bahwa klien memanggil ibunya sambil menunjuk, sklera mata anikserik, tidak terdapat kotoran, reaksi pupil dilatasi saat cahaya terang kontraksi pada saat cahaya redup.

c. Hidung

Bentuk hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada luka, terdapat pernapasan cuping hidung (+), pola napas irreguler (+), tidak terdapat secret pada lubang hidung, terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm, tidak ada nyeri tekan dan benjolan.

d. Telinga

Posisi kedua telinga simetris antara kiri dan kanan, pendengaran baik, tidak ada kotoran di dalam telinga dan tidak ada nyeri tekan.

e. Mulut

Bentuk bibir simetris, tidak ada luka, tidak ada sumbing, bibir lembab, tidak ada sianosis, jumlah gigi 8, pergerakan lidah baik, tidak ada nyeri tekasn, lesi, dan benjolan.

f. Leher

Bentuk leher tegak lurus, terlihat bersih, tidak ada lesi, leher dapat digerakan ke berbagai arah, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid,

tidak ada peningkatan Jugularis Venous Pressure (JVP) dan tidak ada nyeri tekan.

g. Dada

Bentuk dada simetris kiri dan kanan, frekuensi napas 28 x / menit, ada retraksi dinding dada, dan tampak penggunaan otot bantu pernapasan tambahan, suara napas *ronchi*, tidak ada lesi benjolan yang mencurigakan pada bagian dada, tidak ada nyeri tekan, suara jantung s1 dan s2 (lup-dup), dan irama jantung reguler.

h. Abdomen

Warna abdomen putih, perut datar, mengikuti gerak saat bernapas, tidak terdapat bekas operasi, bising usus terdengar kuat frekuensi 19 x / menit, tidak terdapat masa ataupun tumor, dan tidak ada nyeri tekan.

i. Integumen

Kulit berwarna putih, tidak ada luka, turgor kulit elastis.

j. Genetalia

Tidak terpasang kateter, tidak ada kelainan pada alat kelamin.

k. Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Simetris tidak ada edema, rentang gerak terbatas, terpasang infus D5 ¼ NS 42 tetes / menit pada tangan kiri, keadaan kuku bersih, tidak ada lesi, tidak ada sianosis, turgor kulit kembali <2 detik.

Kekuatan otot :

5	5
---	---

2) Ekstremitas Bawah

Bentuk kedua kaki simetris, tidak ada luka operasi, kuku bersih, tidak ada sianosis, turgor kulit baik <2 detik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

Kekuatan otot :

5	5
---	---

2. Analisa Data

Tabel 3.2

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : a) Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak b) Ibu klien mengatakan anaknya sesak napas DO : a) Klien tampak sesak b) Terdengar suara napas tambahan <i>ronchi</i> c) Respirasi 28 x / menit d) Klien tampak batuk e) Terdapat sputum berwarna putih (-) f) Klien tampak gelisah dan rewel	Virus, bakteri, jamur, aspirasi ↓ Menginfeksi saluran pernapasan ↓ Bronkopneumonia ↓ Penyebaran agen infeksi secara limfa hematogen ↓ Peningkatan produksi secret ↓ Akumulasi secret ↓ Obstruksi jalan napas ↓ Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif

2.	DS : a) Ibu klien mengatakan anaknya sesak napas sejak 2 hari lalu b) Ibu klien mengatakan sesak napas dirasakan pada malam hari DO : a) Terdapat pernapasan cuping hidung (+) b) Pola napas irreguler c) Tampak penggunaan otot-otot bantu pernapasan d) Tampak ada retraksi dinding dada e) Respirasi 28 x / menit f) Nadi 105 x / menit g) SPO2 92 x / menit	Virus, bakteri, jamur, aspirasi ↓ Menginfeksi saluran pernapasan ↓ Penyebaran agen infeksi secara limfa hematogen ↓ Bronkopneumonia ↓ Atelektasis ↓ Gangguan disfungsi ↓ Pola Napas Tidak Efektif	Pola Napas Tidak Efektif
3.	DS : a) Ibu klien mengatakan khawatir dengan keadaan anaknya yang dirawat DO : a) Ibu klien tampak gelisah b) Wajah ibu klien tampak cemas	Dirawat di rumah sakit ↓ Dilakukan prosedur pengobatan ↓ Kekhawatiran terkait kondisi penyakit ↓ Ansietas	Ansietas

3. Diagnosa Keperawatan Yang Muncul Berdasarkan Dengan Prioritas Masalah

- a. Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas ditandai dengan :

DS :

- 1) Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak
- 2) Ibu klien mengatakan anaknya sesak

DO :

- 1) Klien tampak sesak
- 2) Terdengar suara napas tambahan *ronchi*
- 3) Respirasi 28 x / menit
- 4) Klien tampak batuk
- 5) Terdapat sputum berwarna putih (-)
- 6) Klien tampak gelisah dan rewel

b. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (kelemahan otot napas)

ditandai dengan :

DS :

- 1) Ibu klien mengatakan anaknya sesak napas sejak 2 hari lalu
- 2) Ibu klien mengatakan sesak napas dirasakan pada malam hari

DO :

- 1) Terdapat pernapasan cuping hidung (+)
- 2) Pola napas irreguler
- 3) Tampak penggunaan otot – otot bantu pernapasan
- 4) Tampak ada retraksi dinding dada
- 5) Respirasi 28 x / menit
- 6) Nadi 105 x / menit
- 7) SPO2 92 x / menit

c. Ansietas b.d krisis situasional ditandai dengan :

DS :

- 1) Ibu klien mengatakan khawatir dengan keadaan anaknya yang dirawat

DO :

- 1) Ibu klien tampak gelisah
- 2) Wajah ibu klien tampak cemas

4. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.3

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
1)	Bersihkan jalan napas b.d hipersekresi jalan napas (D.0001)	Bersihkan Jalan Napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan bersihkan jalan napas meningkat dengan. Kriteria Hasil : 1) Produksi sputum (Menurun) 2) Ronchi (Menurun) 3) Dispnea (Menurun) 4) Frekuensi napas (Membaik) 5) Pola napas (Membaik) 6) Gelisah (Menurun)	Manajemen Jalan Napas (1.01011) Observasi : 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 1) Posisikan semi fowler atau fowler 2) Berikan minum hangat	Observasi : 1) Untuk mengetahui apakah ada gangguan pada pola napas 2) Untuk mengetahui apakah terdapat bunyi napas tambahan 3) Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum Terapeutik : 1) Agar pasien tidak terlalu merasakan	Tanggal : 23-04-2025 Pukul : 10.10 Observasi : 1) Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas 2) Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3) Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma Terapeutik : 1) Memposisikan semi fowler atau fowler 2) Memberikan minum hangat 3) Memberikan terapi O2	Tanggal : 23-04-2025 Pukul : 13.45 S : - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak batuk berdahak - Ibu klien mengatakan anak nya sudah tidak sesak napas O : - Tampak tidak batuk (-) - Tampak tidak ada sputum (-) - Tampak tidak ada suara napas tambahan <i>ronchi</i> (-) - Sesak napas (-) - RR 25 x / menit - Pola napas reguler - Klien tampak terlihat ceria dan bermain

			3) Berikan terapi O2 Edukasi : 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml / hari jika tidak terkontraindikasi 2) Lakukan fisioterapi dada pada klien Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 3) Kolaborasi pemberian nebulizer	sesak yang dialami 2) Untuk mengencerkan secret 3) Meningkatkan dan mempertahankan kadar oksigen dalam darah (SPO2) Edukasi : 1) Agar kebutuhan cairan terpenuhi 2) Untuk membantu mengeluarkan lendir dari saluran pernapasan, sehingga mempermudah pernapasan dan mengurangi sesak napas Kolaborasi : 1) Untuk meningkatkan fungsi paru - paru 3) Membantu melancarkan pernapasan pada seseorang yang	Edukasi : 1) Meganjurkan asupan cairan 2000 ml / hari jika tidak terkontraindikasi 2) Lakukan fisoterapu dada pada klien Kolaborasi : 1) Mengkolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu (diberikan obat dexamathasone 3 x 2.5 mg) 3) Mengkolaborasi pemberian nebulizer (nebulizer combivent + pulmicort 1 amp / jam)	A : - Bersihkan jalan napas tidak efektif teratasi P : - Intervensi dihentikan
--	--	--	---	---	--	--

				mengalami kesulitan bernapas		
2)	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (kelemahan otot napas) (D.0005)	Pola Napas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pola napas meningkat dengan. Kriteria Hasil : 1) Dispnea (Menurun) 2) Frekuensi napas (Membaik) 3) Penggunaan otot bantu napas (Menurun) 4) Pernapasan cuping hidung (Menurun)	Pemantauan Respirasi (1.01014) Observasi : 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2) Monitor pola napas 3) Monitor adanya sumbatan jalan napas 4) Monitor saturasi O₂ Terapeutik : 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi : 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian	Observasi : 1) Untuk mengetahui frekuensi pernapasan sudah normal atau belum 2) Untuk mengetahui sejauh mana penurunan bunyi napas indikasi akletasi, ronkhi, indikasi akumulasi secret atau ketidakmampuan membersihkan jalan 3) Untuk menunjang proses sumbatan jalan napas 4) Untuk mengetahui penurunan status oksigen mengalami	Tanggal : 23-04-2025 Pukul : 10.10 Observasi : 1) Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2) Memonitor pola napas 3) Memonitor adanya sumbatan jalan napas 4) Memonitor saturasi O₂ Terapeutik : 1) Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi : 1) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Kolaborasi : 1) Mengkolaborasi pemberian oksigen, jika perlu (diberikan)	Tanggal : 23-04-2025 Pukul : 13.15 S : - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak sesak napas O : - Dispnea (-) - Pola napas klien reguler - RR 25 x / menit - Tampak tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan (-) - Tidak terdapat pernapasan cuping hidung (-) - Tidak ada retraksi dinding dada (-) - SPO₂ 98 % - Nadi 115 x / menit A : - Pola napas tidak efektif teratasi P : - Lanjutkan intervensi

			oksigen, jika perlu kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia Terapeutik : 1) Untuk memberikan rasa nyaman kepada klien Edukasi : 1) Untuk mengetahui prosedur pemantauan yang akan diberikan Kolaborasi : 1) Meningkatkan dan mempertahankan kadar oksigen dalam darah (SPO2)	oksigen nasal kanul 2 lpm)	
3)	Ansietas b.d krisis situasional (D.0080)	Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama	Reduksi Ansietas (1.09314) Observasi : 1) Identifikasi saat tingkat ansietas	Observasi : 1) Untuk mengetahui	Tanggal : 23-04-2025 Pukul : 11.00 Observasi : 1) Mengidentifikasi saat tingkat ansietas S : - Ibu klien mengatakan sudah tidak khawatir

		3 x 8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan. Kriteria Hasil : 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (Menurun) 2) Prilaku gelisah (Menurun)	berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbalisasi dan nonverbal) Terapeutik : 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi : 1) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	tingkatan perubahan ansietas 2) Untuk dapat memperhatikan kondisi klien Terapeutik : 1) Agar klien dapat merasakan kenyamanan 2) Untuk mengurangi rasa cemas 3) Agar klien merasakan diperhatikan Edukasi : 1) Untuk memotivasi klien agar keluarga selalu dekat dengan klien	berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2) Memonitor tanda-tanda ansietas (verbalisasi dan nonverbal) Terapeutik : 1) Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Mentemani pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi : 1) Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	karena kondisi anaknya sudah membaik O : - Tampak terlihat wajah ibu klien tidak khawatir (-) - Tampak tidak gelisah (-) - Terlihat senang A : - Ansietas teratasi P : - Intervensi dihentikan
--	--	---	--	--	--	---

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.4

Hari Ke – 1			
Hari – Tanggal - Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
Rabu 23 – 04 – 2025 09.00	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	S : - Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak - Ibu klien mengatakan anaknya sesak napas O : - Klien tampak sesak (+) - Terdengar suara napas tambahan <i>ronchi</i> (+) - RR 28 x / menit - Klien tampak batuk (+) - Terdapat sputum berwarna putih (+) - Klien tampak gelisah dan rewel A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	Eky
Rabu 23 – 04 – 2025 10.00	Pola Napas Tidak Efektif	S : - Ibu klien mengatakan anaknya sesak napas sejak 2 hari lalu - Ibu klien mengatakan sesak napas dirasakan pada malam hari O : - Terdapat pernapasan cuping hidung (+) - Tampak penggunaan otot – otot bantu pernapasan - Terdapat retraksi dinding dada (+) - RR 28 x / menit - SPO2 92 % - Nadi 105 x / menit A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	Eky
Rabu 23 – 04 – 2025 12.00	Ansietas	S : - Ibu klien mengatakan khawatir dengan keadaan anaknya O : - Ibu klien tampak gelisah - Wajah ibu klien tampak cemas	Eky

		A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	
Hari Ke – 2			
Kamis 24 – 04 – 2025 09.00	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	S : - Ibu klien mengatakan anaknya masih batuk tetapi mengeluarkan dahak - Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak napas O : - Klien tampak masih batuk (+) - Klien tampak sesak napas (+) - Pola napas irreguler - Terdengar suara <i>ronchi</i> (+) - RR 28 x / menit - Terdapat sputum putih bening (+) - Klien tampak tidak gelisah (-) - Diberikan nebulizer combivent + pulmicort 1 amp / jam - Diberikan obat dexamathasone 3 x 2.5 mg IV A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	Eky
Kamis 24 – 04 – 2025 10.15	Pola Napas Tidak Efektif	S : - Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak napas O : - Pola napas irreguler - Terdapat pernapasan cuping hidung (+) - Retraksi dinding dada (+) - Terdapat suara napas <i>ronchi</i> (+) - RR 27 x / menit - SPO2 96 % - Nadi 110 x / menit - Tampak terpasang O2 nasal kanul 2 lpm A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	Eky
Kamis 24 – 04 – 2025 11.35	Ansietas	S : - Ibu klien mengatakan masih khawatir melihat kondisi kesehatan anaknya	Eky

		O : - Tampak terlihat cemas - Tampak gelisah A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	
Hari Ke - 3			
Jum'at 25 – 04 – 2025 08.45	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	S : - Ibu klien mengatakan anaknya masih batuk tetapi tidak sering - Ibu klien mengatakan sesak anaknya sudah mulai berkurang O : - Tampak masih batuk - Sputum (-) - Tidak ada suara napas tambahan <i>ronchi</i> (-) - Sesak mulai berkurang - RR 26 x / menit - SPO2 98 % - Pola napas reguler - Tampak tidak gelisah - Diberikan nebulizer combivent + pulmicort 1 amp / jam - Diberikan obat dexamethasone 3 x 2.5 mg IV - Diberikan cefotaxim 3 x 500 mg IV A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	Eky
Jum'at 25 – 04 – 2025 09.15	Pola Napas Tidak Efektif	S : Ibu klien mengatakan sesak napas anaknya sedikit berkurang setelah diberikan oksigen O : - Pola napas reguler - Tidak terdapat pernapasan cuping hidung (-) - Tidak terdapat suara napas <i>ronchi</i> (-) - Tampak tidak ada retraksi dinding dada (-) - RR 26 x / menit - SPO2 98 % - Nadi 110 x / menit	Eky

		- Tampak terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	
Jum'at 25 – 04 – 2025 10.00	Ansietas	S : - Ibu klien mengatakan sudah tidak khawatir karena anaknya mulai membaik O : - Tampak wajah ibu klien senang - Masih sedikit cemas - Tampak tidak gelisah A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	Eky
Hari Ke - 4			
Sabtu 26 – 04 – 2025 08.00	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	S : - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak batuk berdahak - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak sesak napas O : - Tampak tidak batuk (-) - Tampak tidak ada sputum (-) - Tampak tidak ada suara napas tambahan <i>ronchi</i> (-) - Sesak napas (-) - RR 25 x / menit - Pola napas reguler - Klien tampak terlihat ceria dan bermain A : - Masalah teratasi P : - Hentikan intervensi (Pasien Pulang)	Eky
Sabtu 26 – 04 – 2025 08.25	Pola Napas Tidak Efektif	S : - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak sesak napas O : - Dispnea (-) - Pola napas klien reguler - RR 25 x / menit - Tampak tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan (-)	Eky

		- Tidak terdapat pernapasan cuping hidung (-) - Tidak ada retraksi dinding dada (-) - SPO2 98 % - Nadi 115 x / menit A : - Masalah teratasi P : - Hentikan intervensi (Pasien Pulang)	
Sabtu 26 – 04 – 2025 09.00	Ansietas	S : - Ibu klien mengatakan sudah tidak khawatir karena kondisi anaknya sudah membaik O : - Tampak terlihat wajah ibu klien tidak khawatir (-) - Tampak tidak gelisah (-) - Terlihat senang A : - Masalah teratasi P : - Hentikan intervensi (Pasien Pulang)	Eky

B. Pembahasan

1. Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

Pada pembahasan ini membandingkan antara teori dengan kasus pada An.R dengan diagnosa Bronkopneumonia di ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut. Berikut akan diuraikan pelaksanaan keperawatan pada An.R dengan diagnosa Bronkopneumonia sesuai fase dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan / intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan, yang mencakup pengumpulan informasi, pemeriksaan informasi, pengaturan informasi, pengumpulan informasi, dan pencatatan informasi dari pasien. Menemukan kekuatan pasien memberi tahu perawat tentang potensi, pola perilaku, dan

keterampilan yang bisa dimanfaatkan klien selama proses perawatan dan pemulihan. Pengkajian juga membuka peluang untuk membangun hubungan terapeutik yang baik dengan pasien. Dalam pengkajian, terdapat dua jenis data yang dikenal, yaitu data objektif dan data subjektif (Kurniawati, 2017).

Sesuai teori yang telah dijabarkan oleh (Kurniawati, 2017), penulis telah melakukan pengkajian pada An.R 23 April 2025 didapatkan An.R dengan keluhan sesak napas disertai batuk berdahak, klien sudah mengeluhkan sesak yang sudah dirasakan sejak 2 hari yang lalu, sesak dirasakan pada saat malam hari, dan batuk berdahak semakin berat jika cuaca dingin, keluhan semakin bertambah yaitu batuk disertai secret keputihan dengan ada suara tambahan ronchi disertai rasa tidak nyaman di saat tidur, sesak napas klien berkurang saat sudah dilakukan nebulisasi, klien tampak lemas dan menangis, klien sudah mengalami sesak napas sejak lahir dan anaknya juga sudah 5 kali kontrol ke rumah sakit ke poli anak dan baru pertama kali dirawat di rumah sakit dengan keluhan sesak napas. Bahwa bronkopneumonia sering terjadi pada bayi, balita dan anak-anak. Adapun reaksi peradangan pada penyakit bronkopneumonia salah satunya dapat menimbulkan sekret yang menumpuk di bronkus, maka aliran bronkus akan sempit dan pasien mengalami sesak napas dengan masalah keperawatan Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif. Masalah Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif ini jika terjadi dan tidak ditangani secara cepat maka akan menimbulkan masalah yang lebih berat seperti abses paru – paru atau gagal napas sampai menimbulkan kematian (Raja et al., 2023).

Berdasarkan hasil pengkajian pemeriksaan tanda – tanda vital pada An.R yaitu nadi 105 x / menit, respirasi 28 x / menit, suhu 36,7 °C, SPO2 92 %.

Kemudian pada pemeriksaan fisikk didapatkan pernapasan cuping hidung, suara napas tambahan (ronchi), tampak penggunaan otot bantu pernapasan. Penderita bronkopneumonia biasanya mengalami pernapasan dangkal, pernapasan cuping hidung. Dalam hal ini penderita bronkopneumonia biasanya mengalami pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung serta adanya bunyi ronchi. Selain itu kadang – kadang disertai muntah, diare, batuk kering berkesinambungan ke batuk produktif (Makarim, 2025)

Berdasarkan analisa penulis terdapat kesamaan serta kesenjangan teori dan kasus lapangan. Pada kasus An.R sama halnya dengan teori yaitu keluhan awal dengan sesak napas, demam, batuk, nafsu makan menurun dan terdapat suara napas tambahan (ronchi). Pada riwayat penyakit keluarga Ibu An. R mempunyai riwayat penyakit asma dan penyakit asma yang dialaminya ada dari orang tuanya yaitu dari ayahnya. Bahwa faktor penyebab timbulnya bronkopneumonia yaitu usia dan genetik (Nareza, 2024).

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang dilakukan oleh perawat terhadap respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual (nyata) maupun potensial (kemungkinan terjadi). Diagnosa ini menjadi dasar bagi perawat untuk merencanakan dan memberikan tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mempertahankan kesehatan, mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan (Ummah, 2019).

Diagnosa yang ditemukan pada kasus An.R dengan bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

a) Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Napas

Bersihkan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (PPNI,2017). Berdasarkan analisa kasus pada An.R, penulis menegakan diagnosa keperawatan Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif karena pada saat pengkajian ibu ppasien mengatakan bahwa An. Rmengalami sesak napas, disertai batuk berdahak, sesak sudah dirasakan sejak 2 hari, terdapat sekret, frekuensi napas 28 x / menit dan SPO2 92 %. Sehingga masalah keperawatan ini menjadi prioritas pertama dalam penanganan karena berhubungan dengan hipersekresi jalan napas yang kemungkinan besar bisa berakibat kegagalan dalam bernapas bahkan sampai kematian.

b) Pola Napas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Napas (kelemahan otot napas)

Pola napas tidak efektif adalah inspirasi atau ekspresi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (PPNI, 2017). Berdasarkan analisa kasus pada An.R mengalami sesak napas saat malam hari, penulis menegakan diagnosa keperawatan Pola Napas Tidak Efektif karena pada saat pengkajian ibu klien mengatakan bahwa An.R mengalami sesak napas apabila di malam hari, terdapat pernapasan cuping hidung, pernapasan dangkal, adanya otot – otot bantu pernapasan dan adanya suara (ronchi).

c) **Ansietas b.d Krisis Situsional**

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017). Berdasarkan analisa kasus An.R maka penulis menegaskan diagnosa keperawatan ansietas karena pada saat dilakukan pengkajian bahwa ibu klien terlihat khawatir dan cemas saat anak nya dirawat dan ditempatkan di ruangan ranap khusus anak.

4. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan merupakan langkah awal dalam menyelesaikan permasalahan yang berkaitan dengan keputusan mengenai apa yang akan dilakukan, cara pelaksanaannya, waktu pelaksanaan, serta siapa yang bertanggung jawab atas semua tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan sebagai dokumen tertulis merinci masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, langkah-langkah keperawatan yang akan diambil, serta progres pasien secara rinci. Intervensi keperawatan juga merupakan elemen dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan yang berfungsi sebagai panduan bagi tindakan keperawatan dalam upaya membantu, meringankan, menyelesaikan permasalahan, atau memenuhi kebutuhan pasien (Ummah, 2019).

Oleh karena itu penulis memutuskan perencanaan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang sudah ditetapkan sebagai berikut :

a) Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif

Manajemen Jalan Napas (1.01011)

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas)
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 4) Posisikan semi fowler atau fowler
- 5) Berikan minum hangat
- 6) Berikan terapi O₂
- 7) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- 8) Anjurkan asupan cairan 2000 ml / hari jika tidak terkontraindikasi
- 9) Anjurkan fisioterapi dada
- 10) Kolaborasi pemberian pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
- 11) Kolaborasi pemberian nebulizer

b) Pola Napas Tidak Efektif

Pemantauan Respirasi (1.01014)

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Monitor pola napas
- 3) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 4) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 5) Monitor saturasi O₂
- 6) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- 7) Dokumentasi hasil pemantauan

- 8) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 9) Kolaborasi pemberian oksigen, jika perlu
- c) Ansietas

Reduksi Ansietas (1.09314)

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- 2) Monitor tanda – tanda ansietas (verbalisasi dan nonverbal)
- 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 4) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 7) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

5. Implementasi Keperawatan

Pada saat melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, penulis tidak mengalami kesulitan karena keluarga pasien sangat kooperatif saat menjalani masa perawatan dan sebagai sumber informasi masalah pasien. Hanya saja pasien terkadang menangis ketika diberikan tindakan. Maka dari itu perencanaan yang sudah dirumuskan penulis berjalan sesuai dengan yang sudah dijadwalkan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses tahap terakhir pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi

dilakukan untuk mengetahui efektivitas tindakan keperawatan dan sebagai dasar untuk mengkaji ulang atau merevisi rencana asuhan jika diperlukan.

Evaluasi diagnosa pertama yaitu bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas didapatkan hasil produksi sputum menurun, ronchi menurun, dispnea menurun, pola napas membaik, gelisah menurun, frekuensi napas membaik yang awalnya 28 x / menit menjadi 25 x / menit didapatkan hasil tujuan tercapai masalah teratasi.

Evaluasi diagnosa kedua yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot napas) didapatkan hasil dispnea menurun, frekuensi napas membaik awalnya 28 x / menit menjadi 25 x / menit, saturasi oksigen membaik yang awalnya 92 % menjadi 98 %, penggunaan otot bantu napas menurun yang awalnya memakai oksigen menjadi tidak memakai oksigen, cuping hidung menurun terlihat napas lebih teratur dan klien tampak nyaman, takikardi yang awalnya 105 x / menit menjadi 115 x / menit, pola napas membaik didapatkan hasil tujuan tercapai masalah teratasi.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional didapatkan hasil verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun yang awalnya khawatir terhadap anaknya dirawat menjadi tidak khawatir, perilaku gelisah menurun yang awalnya gelisah terhadap kondisi anaknya yang sakit menjadi sedikit senang dan bahagia didapatkan hasil tujuan tercapai masalah teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah memberikan asuhan keperawatan selama 4 hari dari tanggal 23 April 2025 sampai dengan 26 April 2025 dapat ditarik kesimpulan bahwa secara penulis dapat melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada An.R Usia Toddler (2 Tahun) Dengan Gangguan Sistem Pernapasan : Bronkopneumonia Di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut. Penulis mampu :

1. Melakukan pengkajian pada An.R dengan bronkopneumonia, selama pengkajian An. R kelaun sangat terbuka dan kooperatif sehingga penulis berhasil menemukan masalah yang muncul pada klien.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada An.R dengan Bronkopneumonia antara lain : Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif, Pola Napas Tidak Efektif, dan Ansietas.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada An.R dengan bronkopneumonia dengan berfokus pada kemungkinan penyebab yang muncul pada An.R untuk mengatasi masalah.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada An.R dengan berfokus pada masalah keperawatan yang muncul dan masalah yang timbul dapat teratasi dengan adanya kerja sama antara petugas kesehatan dengan klien dan keluarga.
5. Mengevaluasi setiap tindakan yang diberikan dengan berdasarkan pada perkembangan kondisi klien terlihat adanya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan bentuk studi kasus.

B. Rekomendasi

1. Kepala Keluarga

Keluarga diharapkan mampu memperhatikan pemasukan cairan dan pengeluaran cairan klien, dan membantu dalam mempertahankan aktivitas klien

2. Kepada Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan dan pendidikan kesehatan secara intensif kepada keluarga An.R, memperhatikan pola napas dan jalan napas sesuai dengan kebutuhan klien dan membantu mempertahankan aktivitas.

3. Kepada Pihak Rumah Sakit

Pasien bronkopneumonia harus segera dirawat inap, sebab ada gangguan dalam pola napas dan berhan jalan napas, dari inhalasi mikroba yang ada di udara, aspirasi organisme atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh.

DAFTAR PUSTAKA

- Bustan, M., & P, D. P. (2023). Studi Deskriptif Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Jiwa Oleh Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Keperawatan1*, 6(3), 1–8.
- Fadli, dr. R. (2025). *Perkembangan Anak*. Halodoc.
<https://www.halodoc.com/kesehatan/perkembangan-anak>
- Gerard J. Tortora, B. H. D. (2020). *Principles of Anatomy and Physiology, 16th Edition*. Wiley. <https://www.wiley.com/en-us/Principles+of+Anatomy+and+Physiology%2C+16th+Edition-p-9781119662686>
- Imuni. (2025). *Jadwal Vaksinasi Anak IDAI*. Imuni.Id. <https://imuni.id/artikel-jadwal-vaksinasi-anak-idai/>
- Intan. (2020). Konsep Dasar Bronkopneumonia. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 7(4), 9–22.
- Kemenkes. (2023). *Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)*. Kemenkes.
<https://ayosehat.kemkes.go.id/buku-kia-kesehatan-ibu-dan-anak>
- Kesehatan, J., & Jktm, M. (2024). *MENGANALISIS KESINAMBUNGAN PENGKAJIAN DIUNIT X Jurnal Kesehatan dan Teknologi Medis (JKTM)*. 06(03), 84–90.
- Kurniawati, putri. (2017). Proses Keperawatan. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).
- Makarim, dr. F. R. (2025). *Bronkopneumonia*. Halodoc.
<https://www.halodoc.com/kesehatan/bronkopneumonia>
- Makdalena, M. O., Sari, W., Abdurrasyid, & Astutia, I. A. (2021). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Pneumonia. *Jurnal Mandala Pharmacon Indonesia*, 1(02), 83–93.

- Manurung, S., Suratun, Krisanty, P., & Ekarina, Ni. P. (2013). *Gangguan Sistem Pernafasan*. 105.
- Nareza, M. T. (2024). *Bronkopneumonia*. Alodokter.
<https://www.alodokter.com/bronkopneumonia>.
- Natasha Prasma, E., Siringoringo, L., Hunun Widiastuti, S., & Butarbutar, S. (2022). Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Toddler di Paud Santa Maria Monica Bekasi Timur. *Jurnal Keperawatan Cikini*, 2(2), 26–32.
<https://doi.org/10.55644/jkc.v2i2.78>
- Nurandani, A. (2023). 41-66_Paper+5_Nurandani. 1(2), 41–66.
- Prinarbaningrum, dr. A. (2025). *Penanganan Terbaik Bronkopneumonia pada Anak, Orang Tua Harus Tahu*. Primaya Hospital.
<https://primayahospital.com/anak/bronkopneumonia-pada-anak/>
- Tim Pokja DPP PPNI SDKI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (1 st ed). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja DPP PPNI SIKI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (1 st ed). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja DPP PPNI SLKI (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia (1st ed. Jakarya : DPP PPNI.
- Raja, H. L., Sinuraya, E., & Rofida, A. (2023). Broncopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(1), 33–47.
<https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i1.8567>
- Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*.
- Sarina, D. D., & Widiastuti, S. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Clapping dan Postural Drainage dengan Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif dengan Diagnosa Bronchopneumonia. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6(3), 1101–1109.

<https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i3.8793>

Somantri, & Iman. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Subjek Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. 4.

Titin. (2024). Hubungan Status Gizi Dan Status Imunisasi Terhadap Kejadian Bronkopneumonia Pada Anak. *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(1), 1–8.

<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/IJNHS>.

Ummah, M. S. (2019) In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 1). http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI

WHO. (2022). *Pneumonia In Children*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>

Yuli Utami. (2014). DAMPAK HOSPITALISASI TERHADAP PERKEMBANGAN ANAK ISSN 2337-6686 ISSN-L 2338-3321 Yuli. *Jurnal Ilmiah Widya*, 2(2), 9–20.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

FISIOTERAPI DADA PADA ANAK

A. Pengantar

Pokok Bahasan : Fisioterapi Dada Pada Anak

Sub Pokok Bahasan : Pengenalan Tentang Fisioterapi Dada Anak

Hari / Tanggal : 26 April 2025

Waktu : 20 Menit

Sasaran : Keluarga Ny. P

Pemateri : Eky Bayu Saputra

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, sasaran diharapkan mampu mengetahui dan mampu menerapkan kosep tentang fisioterapi dada pada anak dalam keluarga tersebut.

2. Tujuan Khusus

- a. Keluarga memahami pengertian dan pentingnya fisioterapi dada pada anak
- b. Keluarga mengetahui dan mampu menjelaskan tujuan fisioterapi dada pada anak
- c. Keluarga mengetahui cara melakukan fisoterapi dada pada anak

C. Metode

Metode penyuluhan yang dilakukan adalah

1. Ceramah

2. Tanya jawab

D. Media

Media yang digunakan dalam penyuluhan adalah

1. Leaflet
2. Browser

E. Pokok Materi Penyuluhan

1. Pengertian fisioterapi dada pada anak
2. Tujuan fisioterapi dada pada anak
3. Cara melakukan fisioterapi dada pada anak

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Penyuluhan	Respon Peserta
1.	Pembukaan (5 menit)	1. Memberi salam 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan dan manfaat materi yang disampaikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan
2.	Penyajian (10 menit)	Menjelaskan materi penyuluhan secara sistematis 1. Pengertian fisioterapi dada pada anak 2. Tujuan fisioterapi dada pada anak 3. Cara melakukan fisioterapi dada pada anak	Menyimak, mendengarkan dengan baik dan dapat mengajukan pertanyaan
3.	Penutup (5 menit)	1. Menyimpulkan materi yang sudah disampaikan 2. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	Mendengarkan dan menjawab salam

G. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural

Sasaran bersedia untuk dilaksanakan penyuluhan sesuai waktu yang telah direncanakan

2. Evaluasi Proses

- a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- b. Peserta mengikuti jalannya penyuluhan
- c. Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta dapat menjelaskan tentang pengertian fisioterapi dada pada anak
- b. Peserta dapat menyebutkan tujuan fisioterapi dada pada anak
- c. Peserta dapat menyebutkan cara melakukan fisioterapi dada pada anak

Lampiran 2

Lampiran Materi

A. Pengertian Fisioterapi Dada Pada Anak

Fisioterapi dada adalah tindakan dengan melakukan teknik clapping (menepuk) dan teknik fibrasi (menggentarkan). Waktu yang terbaik untuk melakukan fisioterapi dada yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sebelum tidur dimalam hari.

B. Tujuan Fisioterapi Dada Pada Anak

1. Untuk mencegah terkumpulnya dahak
2. Mempercepat pengeluaran dahak sehingga tidak terjadi atelectasis
3. Memudahkan pengeluaran dahak

C. Cara Melakukan Fisioterapi Dada Pada Anak

1. Beritahukan keluarga pasien tentang prosedur yang akan dilakukan
2. Persiapkan alat seperti
 - Bantal 2 atau 3 buah
 - Tisuue basah
 - Air hangat
 - Pot sputum

D. Prosedur Kerja

1. Anjurkan menggunakan pakaian yang tipis dan longgar
2. Observasi pernapasan dan keadaan umum pada anak
3. Fisioterapi dada dilakukan satu sampai setengah jam sebelum makan atau minimal satu jam setelah makan untuk mencegah muntah
4. Auskultasi paru untuk menentukan lokasi sumbatan

5. Dengarkan kembali suara paru anak untuk menentukan posisi postural drainage
6. Baringkan anak dalam posisi postural drainage sesuai lokasi sumbatan yang ditemukan
7. Lakukan sesuai kondisi dan toleransi anak
8. Berikan alas berupa kain atau handuk tipis pada dada anak
9. Dengan menggunakan telapak tangan yang membentuk seperti sangkup tepuk – tepukan (perkusi) pada satu lobus selama 2-3 menit
10. Tengkurapkan anak tetapi daerah punggung dengan alas dan lakukan penepukan kembali pada lobus kanan dan kiri, baik bagian atas maupun bagian bawah
11. Berikan alas berupa kain atau handuk tipis pada dada anak
12. Dengan menggunakan telapak tangan yang membentuk seperti sangkup tepuk- tepukan (perkusi) pada lobus selama 2-3 menit
13. Tengkurapkan anak tutupi daerah punggung dengan alas dan lakukan kembali pada lobus kanan dan kiri baik bagian atas maupun bagian bawah

Fisioterapi Dada Pada Anak



Disusun Oleh :
Eky Bayu Saputra
KHGA22057

STIKes Karsa Husada Garut
Program Studi DIII Keperawatan

Apa Itu Fisioterapi Dada ?



Fisioterapi dada adalah tindakan dengan melakukan teknik clapping (menepuk) dan teknik fibrasi (menggetarkan). Waktu yang terbaik untuk melakukan fisioterapi dada yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sebelum tidur di malam hari.

Tujuan

1. Untuk mencegah terkumpulnya dahak
2. Mempercepat pengeluaran dahak sehingga tidak terjadi atelectasis
3. Memudahkan pengeluaran dahak

Cara Melakukan

Persiapan Pasien :

- Beritahukan keluarga pasien tentang prosedur yang akan dilakukan

Persiapan Alat :

- Bantal 2 atau 3 buah
- Tissue wajah
- Air hangat
- Pot Sputum



PROSEDUR KERJA

- Anjurkan pasien menggunakan pakaian yang tipis dan longgar
- Observasi pernapasan dan keadaan umum anak

- Fisioterapi dada dilakukan satu sampai setengah jam sebelum makan atau minimal satu jam setelah makan untuk mencegah muntah
- Auskultasi paru untuk menentukan lokasi sumbatan
- Dengarkan kembali suara paru anak untuk menentukan posisi postural drainage



- Baringkan anak dalam posisi postural drainage sesuai lokasi sumbatan yang ditemukan
- Lakukan sesuai kondisi dan toleransi anak
- Berikan alas berupa kain atau handuk tipis pada dada anak
- Dengan menggunakan telapak tangan yang membentuk seperti sungkup tepuk- tepukan (perkusi) pada satu lobus selama 2-3 menit

- Tengkurapkan anak tetapi daerah punggung dengan alas dan lakukan penepukan kembali pada lobus kanan dan kiri, baik bagian atas maupun bagian bawah
- Berikan alas berupa kain atau handuk tipis pada dada anak
- Dengan menggunakan telapak tangan yang membentuk seperti sungkup tepuk- tepukan (perkusi) pada satu lobus selama 2-3 menit
- Tengkurapkan anak tutupi daerah punggung dengan alas dan lakukan kembali pada lobus kanan dan kiri baik bagian atas maupun bagian bawah

Lampiran 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Eky Bayu Saputra

NIM : KHGA22057

Prodi : D3 Keperawatan

Tempat, Tanggal Lahir : Jambi, 17 Oktober 1999

Alamat : Kp. Tarogong Kolot Rt.005 Rw.002 Kel.Desa
Tarogong Kecamatan Tarogong Kidul

Email : ekybayusaputra17@gmail.com

Instagram : kybayyy_

Pendidikan : SDN Pakuwon IV 2007 – 2012
SMPN 2 Tarogong Kidul 2012 – 2015
SMKN 2 Garut 2015 – 2018
STIKes Karsa Husada Garut 2022 - Sekarang