

Lampiran 1

INFORM CONSENT

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Kalina Adelia.
Usia : 32 th
Alamat : Kp. Tunggitis RT 03 / RW 06.

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Chest Clapping Terhadap Pengeluaran Sputum Pada Anak Dengan Bronkopneumonia yang akan dilakukan oleh **Dhea Amanda Sulistyani** mahasiswi Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Jakarta.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban kuesioner ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya secara sukarela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Jakarta, Juli 2022

Yang Menyatakan



(..... Kalina Adelia)

Nama Jelas

Lampiran 1

INFORM CONSENT

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

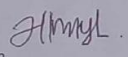
Nama : Siti Arsyah
Usia : 25 thn.
Alamat : Kp. Sawah Rt 01/03.

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Chest Clapping Terhadap Pengeluaran Sputum Pada Anak Dengan Bronkopneumonia yang akan dilakukan oleh **Dhea Amanda Sulistyani** mahasiswi Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Jakarta.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban kuesioner ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya secara sukarela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Jakarta, Juli 2022

Yang Menyatakan


(.....Siti Arsyah.....)

Nama Jelas

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI

Nama / Umur : By. Z / 1 Tahun 5 Bulan

No	Tanggal/ Hari	Jenis Pengukuran	Sebelum Dilakukan Chest Clapping	Sesudah Dilakukan Chest Clapping
1.	Sabtu, 02 Juli 2022	1) Ronklu 2) frekuensi napas	⊕ 50 x /menit	⊕ 50 x /menit
2.	Minggu, 03 Juli 2022	1) suara napas (ronklu) 2) frekuensi napas	⊕ 47 x /menit	⊕ 47 x /menit
3.	Senin, 04 Juli 2022	1) suara napas (ronklu) 2) frekuensi napas	⊕ 48 x /menit	⊕ 46 x /menit
4.	Selasa, 05 Juli 2022	1) suara napas (ronklu) 2) frekuensi napas	⊕ 44 x /menit	⊖ 40 x /menit
5.	Rabu, 06 Juli 2022	1) suara napas (ronklu) 2) frekuensi napas	⊖ 40 x /menit	⊖ 40 x /menit
6.	Kamis, 07 Juli 2022	1) suara napas (ronklu) 2) frekuensi napas	⊖ 40 x /menit	⊖ 39 x /menit
7.	Jumat, 08 Juli 2022	1) suara napas (ronklu) 2) frekuensi napas	⊖ 38 x /menit	⊖ 38 (x) /menit

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI

Nama / Umur : By. A / 2 Tahun

No	Tanggal/ Hari	Jenis Pengukuran	Sebelum Dilakukan Chest Clapping	Sesudah Dilakukan Chest Clapping
1.	Selasa, 05 Juli 2022	1) Suara napas (Rontek) 2) frekuensi napas	⊕ 52 x /menit	⊕ 52 x /menit
2.	Rabu, 06 Juli 2022	1) Suara napas (Rontek) 2) frekuensi napas	⊕ 51 x /menit	⊕ 50 x /menit
3.	Kamis, 07 Juli 2022	1) Suara napas (Rontek) 2) frekuensi napas	⊕ 51 x /menit	⊕ 49 x /menit
4.	Jumat, 08 Juli 2022	1) Suara napas (Rontek) 2) frekuensi napas	⊕ 47 x /menit	⊕ 45 x /menit
5.	Sabtu, 09 Juli 2022	1) Suara napas (Rontek) 2) frekuensi napas	⊖ 43 x /menit	⊖ 40 x /menit
6.	Minggu, 10 Juli 2022	1) Suara napas (Rontek) 2) frekuensi napas	⊖ 42 x /menit	⊖ 40 x /menit
7.	Senin, 11 Juli 2022.	1) Suara napas (Rontek) 2) frekuensi napas	⊖ 39 x /menit	⊖ 39 x /menit

Lampiran 3



Fakultas Keperawatan
Bhakti Kencana
University

Jl. Soekarno Hatta No 754 Bandung
☎ 022 7830 760, 022 7830 768
✉ bku.ac.id contact@bku.ac.id

12.03.00/FRM-03/CAB.

CATATAN BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Dhea Amanda Sulistyani
NIM : 191FK08003
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Chest Clapping Terhadap Pengeluaran Sputum Pada Anak Dengan Bronkopneumonia
Nama Pembimbing : Yuli Astuti SKM.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Jumat, 11 Maret 2023	Perbaikan beberapa judul yang disarankan agar memaparkan lebih komprehensif dalam melakukan penelitian yang akan dilakukan selanjutnya.	
2.	Sabtu, 26 Maret 2023	Tambahan prevalensi angka kejadian di wilayah yang akan diteliti, angka kejadian dari komposisi. Peran perawatan terhadap penderita bp dan sumber jurnal.	
3.	Kamis, 27 April 2023	Tambahan data intran di tempat penelitian, sumber jurnal dan hasil penelitian dengan talun yang terbaru.	
4.	Jumat, 08 April 2023	Perbaikan dalam penulisan dan sumber jurnal.	
5.	Sabtu, 16 April 2023	Perbaikan referensi, tambahkan konsep tentang bagaimana proses chest clapping terhadap sputum membantu membantu member- stakan jalan nafas secara lebih efektif. Intervensi yang terkait dengan judul	

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB. 

CATATAN BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Dhea Amanda Sulistyani
NIM : 191FK08003
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Chest Clapping Terhadap
Pengeluaran Sputum Pada Anak Dengan Bronkopneumonia
Nama Pembimbing : Yuli Astuti SKM.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
6.	Kamis, 19 Mei 2020	Perbaikan DO menurut hasil uji, perbaikan instrument pada pe- ngumpulan sputa, menambahkan hasil responen pada after perawatan.	

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB

CATATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dhea Amanda Sulistyani
NIM : 191FK08003
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Chest Clapping Terhadap
Pengeluaran Sputum Pada Anak Dengan Bronkopneumonia
Nama Pembimbing : Yuli Astuti SKM.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Kamis, 14 Juli 2022	Periksa Asuhan keperawatan menggunakan tabel, menggunakan metode narasi dan track body menggunakan tanda baca (-).	
2.	Rabu, 20 Juli 2022	Perbaiki tabel pada Implementasi, tambahkan monitoring, evaluasi, responsitas, terapi obat pada DO, diagnosis keperawatan, asuhan menggunakan singkatan.	
		Pada bab 2 tambahkan sumber pada teori, evaluasi menggunakan hasil dan observasi, keterbatasan (jika ada masalah dan solusi).	
3.	Jumat, 22 Juli 2022	Intervensi berfokus kepada diagnosis yang sesuai dengan judul penelitian, untuk paraf pada tabel menggunakan scan foto.	
		Pada bab 2. Perbaikan diagnosis dan intervensi pada bab 2 sesuai dengan SK dan PDKL. Perkuat melakukan penjabatan bimbingan.	

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB

UNT 05/12/2022

CATATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dhea Amanda Sulistiyani
NIM : 191FK08003
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Chest Clapping Terhadap
Pengeluaran Sputum Pada Anak Dengan Bronkopneumonia
Nama Pembimbing : Yuli Astuti,SKM.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
4.	Kamis, 28 Juli 2022	Pada bab V, seluruh pembahasan tentang bayi dan anak harus stabil. Dan rasakan dengan usutnya. kalau yang tidak sesuai, ada 2 faktor mungkin dijabarkan: pengumpulan data namun dan kasus, pembahasan serta perbedaan penelitian.	
5.	Jumat, 29 Juli 2022	Tambahkan uraian chest clapping, bagaimana cara kerja chest clapping untuk mengeluarkan sputum (absin) dari paru-paru, hanya memasukkan kesimpulan hasil akhir pemberian chest clapping, penelitian lain.	
6.	Sabtu, 23 Juli 2022	Bimbingan untuk bab V Hari-hari pengumpulan data sama, kesimpulan data dan kasus, kata 'akan' mengartikan dari beberapa kemungkinan, menggunakan kata sambung (untuk, dengan, terhadap), jangan menggunakan kalimat berulang, pemeriksaan penunjang (keterbatasan) sangat berkaitan ke dalam saran.	
7.	Jumat, 29 Juli 2022	Bimbingan untuk bab VI keterbatasan penunjang sangat berkaitan. Saran, ada masalah maka ada ada solusi.	

TERKENDALI

ASLI

Lampiran 4

	SOP PEMBERIAN FISIOTERAPI : CHEST CLAPPING
	SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)
Pengertian	Fisioterapi dada adalah tindakan yang dilakukan sebagai intervensi untuk pengeluaran sputum atau sekret terhadap dispnea, memperbaiki jalan nafas, mengembalikan dan memelihara otot nafas, mencegah terjadi nya penumpukan secret serta memperbaiki pergerakan aliran sekret. (Agung Wahyu Permadi, 2019)
Tujuan	Tujuan dari fisioterapi dada pada anak-anak adalah untuk membantu pengeluaran sekresi atau sputum trakeobronkial, sehingga dapat menurunkan hambatan pada saluran napas, meningkatkan pertukaran gas dan dapat mempermudah untuk bernafas. Teknik fisioterapi ini diterapkan untuk clapping, postural, perkusi, vibrasi, napas dalam dan batuk efektif dengan tujuan untuk mempermudah pembersihan mukosiliar. (Chaves et al., 2019)
Prosedur	Menurut Pakphan R. E., 2020) tata pelaksanaan perkusi dada (clapping) sebagai berikut: a. Observasi pernapasan. b. Perhatikan keadaan umum pasien. c. Letakkan handuk atau pakaian tipis di atas kulit pasien. d. Clapping dilakukan dengan mengetuk dinding dada di atas daerah yang akan di drainase. e. Posisikan pasien pada posisi berikut untuk sekret-sekret di area target segmen/ lobus paru pada: 10) Bronkus Apikal Lobus Anterior Kanan dan Kiri atas Minta pasien duduk di kursi, bersandar pada bantal 11) Bronkus Apikal Lobus Posterior Kanan dan Kiri Atas Duduk membungkuk, kedua kaki ditekuk, kedua tangan memeluk tungkai atau bantal 12) Bronkus Lobus Anterior Kanan dan Kiri Atas Supinasi datar untuk area target di segmen anterior kanan dan kiri atas 13) Lobus anterior kanan dan kiri bawah Supinasi dengan posisi trendelenburg. Lutut menekuk di atas bantal 14) Lobus kanan tengah. Supinasi dengan bagian dada kiri/ kanan lebih ditinggikan, dengan posisi trendelenburg (bagian kaki tempat tidur di tinggikan) 15) Lobus tengah anterior Posisi sim's kanan/ kiri disertai posisi trendelenburg

	16) Lobus bawah anterior Supinasi datar dan posisi trendelenburg - Lobus bawah posterior Pronasi datar dengan posisi trendelenburg 17) Lobus lateral kanan bawah. Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi trendelenburg 18) Lobus lateral kiri bawah Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi trendelenburg f. Salah satu tangan diposisikan dengan posisi jari-jari dan ibu jari saling menyentuh dan tangan difleksikan membentuk seperti mangkuk. g. Lakukan clapping atau perkusi dengan menggerakkan sendi pergelangan tangan, posisi akan beda jika terdengar suara gema pada saat dilakukan perkusi. h. Perkusi seluruh area yang terdapat sputum atau lendir.
--	--

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Tanggal Pengkajian / Jam : Sabtu, 02 Juli 2022
 Tanggal Masuk RS : 11 April 2022
 Jam masuk RS :
 Ruangan : Kamar 02 Dadi
 Nomor Register : 6750
 Diagnosa Medis : Bronkopneumonia

A. PENGKAJIAN

1. Data biografi

a. Identitas Klien

Nama Klien (inisial) : Bu 2
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Nama Panggil : Bu 2
 Agama : Islam
 Tempat tgl lahir (umur) : Bogor, 27-3-21
 Suku Bangsa : Sundanese
 Bahasa yang digunakan :
 Pendidikan :

b. Identitas Orang tua / Wali: (inisial)

	Ibu	Ayah	Wali
Nama :	Ny. K	Tn. F	
Usia :	52 Th	55 Th	
Pendidikan :	D2	EMK	
Pekerjaan :	Karyawan	Karyawan	
Agama :	Islam	Islam	
Suku / Bangsa :	Lampung	Sunda	
Alamat Rumah :	(yang mudah dihubungi): Rp. Jungsari Rt 003 Rw 006 Kel. Gondoraj Kel. Cikuray Kab. Bogor		

2. Resume

(Ditulis mulai pasien masuk ruang perawatan meliputi pengkajian data focus yang lalu, masalah keperawatan dan tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi yang telah dilakukan secara umum sebelum pengkajian oleh mahasiswa)

Bu 2 datang ke klinik pada tanggal 11 April 2022 dengan keluhan batuk, pilek, nyeri pada bagian bawah, muntah dan demam hari ke-2. Sudah diberikan obat:
 1. Parasetamol 500 mg 3 x 5 cc
 2. Kloramfenikol
 3. Amoxicillin 2 tab
 4. Vitamin C 2 tab
 5. Ambroxol 1 tab
 6. Dexamet 5 tab
 7. Salbutamol 3 tab.

Format Pengkajian Keperawatan Anak "UBK Jakarta" hal : 1

3. Terapi nebulizer dengan Ventolin 1.5 cc & B2000 15 tetes.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran (dilakukan hanya pada anak-anak dengan kasus-kasus tertentu, pada neonatus dan bayi)

Antenatal

- 1) Kesehatan ibu waktu hamil : Tidak Ya
 - a) Hiperemesis Gravidarum ☒ ☐
 - b) Perdarahan pervagina ☐ ☐
 - c) Anemia ☒ ☐
 - d) Penyakit Infeksi ☒ ☐
 - e) Pre Eklamsi / Eklamsi ☒ ☐
 - f) Gangguan kesehatan ☒ ☐
- 2) Pemeriksaan Kehamilan : Tidak Ya
 - a) Teratur ☐ ☒
 - b) Diperiksa oleh ☐ ☒ Dokter L. Kaban
 - c) Tempat pemeriksaan ☐ ☒ Klinik dan RS
 - d) Hasil pemeriksaan ☐ ☒ Berkembang sesuai hmt
 - e) Imunisasi ☐ ☒ HB0 & BCG
- 3) Riwayat Pengobatan selama Kehamilan :
 Hanya mengonsumsi Vitamin

Masa Natal

- 1) Usia kehamilan saat Kelahiran : 38 - 39 minggu
- 2) Cara persalinan
 - a) Normal ☐
 - b) Tidak ☒ caesar
- 3) Ditolong oleh : Dokter
- 4) Keadaan bayi saat lahir : Lahir sehat
- 2) BB, PB, Lingkar kepala waktu lahir : BB = 3,6 kg TB = 42 cm
- 3) Pengobatan yang didapat :

Neonatal :

- 1) Cacat congenital : Tidak ada
- 2) Ikterus : Tidak ada
- 3) Kejang : Tidak ada
- 4) Paralisis : Tidak ada
- 5) Perdarahan : Tidak ada
- 6) Trauma persalinan : Tidak ada
- 7) Penurunan BB : Tidak ada
- 8) Pemberian minum/ASI : Membran ASI gampang saat ini
- 9) Lain-lain :

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan dan apakah ada gangguan dalam proses tumbuh kembang anak (Jelaskan)

c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita

d. Pernah dirawat di Rumah Sakit

e. Obat-obat

f. Tindakan (misalnya : operasi)

g. Alergi

h. Kecelakaan

i. Immunisasi

j. Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

1) Pola pemenuhan nutrisi :

a) ASI dan atau susu buatan : ASI & susu buatan

(1). Lamanya pemberian : susu formula diberikan pada usia 1 bulan

(2). Waktu pemberian : Tidak menentu

(3). Jenis susu buatan : susu formula

(4). adakah kesulitan : Tidak ada

b) Makanan padat :

(1). Kapan mulai diberikan : Pada usia 6 bulan

(2). Cara pemberian : MPASI

- c) Vitamin :
- (1). Jenis vitamin : 210 multivitamin
- (2). Berapa lama diberikan : 2x 1x sehari
- d) Pola makan dan minum:
- (1). Frekwensi makan : 3x / hari
- (2). Jenis makanan : 4 sehat 5 sempurna
- (3). Makanan yg disenangi : Nasi goreng sop
- (4). Alergi makanan : tidak ada
- (5). Kebiasaan makan :
- (a). Makan bersama keluarga :
- (b). Makan sendiri :
- (c). Disuapi oleh : orang tua
- (d). DII. :
- (6). Waktu makan : Pagi, siang & malam
- (7). Jumlah minum / hari : 2 liter / hari
- (8). Frekuensi umum : tidak menentu
- (9). Kebiasaan minum; kopi : tidak ada
- 2) Pola Tidur :
- a) Lamanya tidur siang / malam : Tidur siang 2-3 jam, tidur malam 10 jam
- b) Kelainan waktu tidur : tidak ada
- c) Kebiasaan anak menjelang tidur :
- (1). Membaca :
- (2). Mendengar cerita :
- (3). Lain-lain : minum susu
- d) Kebiasaan yang membuat anak nyaman saat tidur : Ortopok pak
- 3) Pola aktifitas / Latihan / OR / bermain / hoby :
- Senang bermain dengan teman sebayanya.
- 4) Pola kebersihan diri :
- a) Mandi
- (1) Frekuensi..... 3 X / hari
- (2) Sabun : ☐ tidak ☐ ya
- (3) Bantuan : ☐ tidak ☐ ya, oleh orang tua
- b) Oral Hygiene :
- (1) Frekuensi..... X / hari
- (2) Waktu : ☐ pagi ☐ sore ☐ malam ☐ setelah makan
- (3) Cara : ☐ sendiri ☐ dibantu
- (4) Menggunakan pasta gigi : ☐ ya ☐ tidak
- c) Cuci Rambut :
- (1) Frekuensi..... 7 X / minggu
- (2) Sampoh : ☐ sendiri ☐ dibantu
- d) Berpakaian : ☐ sendiri ☒ dibantu

5) Pola Eliminasi :

a) BAB

- (1) Frekuensi..... 28 X / minggu
 (2) Waktu : ☐ pagi ☐ siang ☐ sore ☐ malam ☒ tidak tentu (3)
 Warna : kuning keputihan
 (4) Bau : bau busa beres
 (5) Konsistensi : setengah padat
 (6) Cara : menggunakan pampers
 (7) Keluhan : tidak ada
 (8) Penggunaan laxatif / pencahar : tidak ada
 (9) Kebiasaan pada waktu BAB : tidak ada

b) BAK

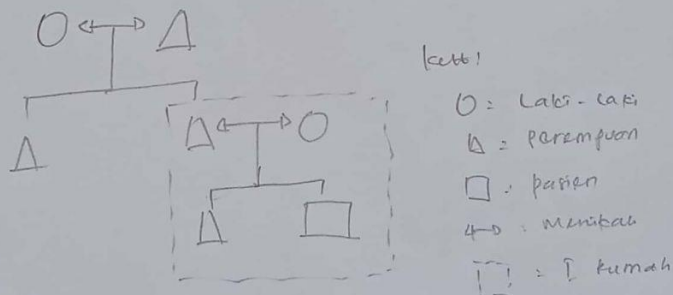
- (1) Frekuensi..... 30 X / minggu
 (2) Warna : kuning jernih
 (3) Keluhan yang berhubungan dengan BAK : tidak ada
 (4) Kebiasaan ngompol : tidak ada

6) Kebiasaan lain :

- a) Menggigit jari :
 b) Menggigit kuku :
 c) Menghidap jari :
 d) Mempermainkan genital :
 e) Mudah marah :
 f) Lain-lain :

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Susunan Keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus – kasus tertentu)



b. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit	Ayah/ibu	Saudara kandung	Anggota keluarga lain
1. Penyakit yang pernah diderita	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
2. Penyakit yang sedang diderita	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3. Analisa factor peny. (ginjal, jantung, DM, hipertensi, kanker, ggn mental, alergi dll)	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

- c. Coping keluarga : Jika ada masalah keluarga berdiskusi untuk menyelesaikan masalah.
- d. Sistem Nilai : Tidak ada nilai & kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan.
- e. Spiritual : Salat dan mengaji

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

- a. Resiko Bahaya Kecelakaan : Pencapaian cukup, lantai tidak rata, terdapat ventilasi
- 1) Rumah : Tidak ada tangga dan hanya 2 lantai.
- 2) Lingkungan rumah : Jalan dan jalan raya.
- b. Polusi : Tidak terlalu banyak polusi
- Kemungkinan bahaya akibat polusi : Tidak terlalu banyak polusi
- c. Tempat bermain : Tidak terdapat taman bermain.

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Riwayat Penyakit Sekarang :

Tgl. mulai sakit : 11 April 2022 Pukul :

Keluhan utama : Batuk sudah 3 hari terdapat demam dan sesak.

- 1) Terjadinya : Secara bertahap
- 2) Lamanya : 3 hari
- 3) Faktor pencetus : Tidak tahu
- 4) Upaya untuk mengurangi : Berobat ke klinik terdekat
- 5) Cara waktu masuk : Datang ke klinik

Dikirim oleh : Dokter ☐
 Puskesmas ☐
 RS ☐
 Lain-lain ☐

b. Pengkajian Fisik Secara Fungsional :

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
(Diisi keluhan klien atau keluarga saat ini / saat pengkajian) Ibu B.2 mengatakan bahwa sudah 3 hari terdapat batuk dan sesak.	1). Data klinik : a) Suhu : 37°C b) Nadi : 110 x/menit c) Pernafasan : 20 x/menit d) Tek. Darah : Tidak ada e) Kesadaran : CM f) (usia 0 – 1 thn dan sesuai kasus) g) Lingk. Kepala : 47 cm h) Lingk. Dada : i) Lingk. Lengan Atas :
2) Nutrisi dan metabolisme a) Nafsu makan / menyusui : Nafsu makan baik b) Penurunan & peningkatan BB : BB tetap sama c) Diit : Tidak ada d) Kulit : (1) Perubahan warna : Tidak ada (2) Gangguan penyembuhan : Tidak ada e) Intake dalam sehari : (1) Makan : (2) Minum : (3) Lain-lain : f) Mual : Tidak ada g) Dysphagia : Tidak ada h) Muntah : Tidak ada - jumlah : 3) Respirasi / sirkulasi : a) Pernafasan : (1) Sesak napas : Tidak ada	2) Nutrisi dan metabolisme a) Mukosa mulut : (1) Warna : Merah muda (2) Lesi : Tidak ada (3) Kelembaban : Lembab (4) Kelainan palatum : Tidak ada (5) Bibir : Merah muda (6) Gusi : Tidak ada (7) Lidah : Tidak ada bercak b) Gigi : (1) Kelengkapan gigi : Gigitan lengkap (2) Karang gigi : Tidak ada (3) Karies : Tidak ada c) BB : 11 kg TB : 90 cm d) Obesitas : Tidak e) Kulit : (1) Integritas : Elastis (2) Turgor : Baik (3) Tekstur : Baik f) Sonde / NGT : Tidak memakai sonde / NGT 3) Respirasi / Sirkulasi : a) Suara pernafasan : Kondu b) Batuk : Terdapat batuk c) Batuk darah : Tidak ada

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
(2) Sputum : <i>terdapat sputum</i> (3) Batuk : <i>terdapat batuk</i> b) Sirkulasi : (1) Sakit dada : <i>tidak ada</i> (2) Udema : <i>tidak ada</i>	d) Sputum : <i>terdapat sputum</i> e) Ikterus : <i>tidak ada</i> f) Sianosis : <i>tidak ada</i> g) Penggunaan otot bantu nafas : <i>tidak ada</i> h) Pernafasan cuping hidung : <i>tidak ada</i> i) Edema : <i>tidak ada</i> j) Palpitasi : <i>tidak ada</i> k) Pengisian kapiler : <i>< 3 detik</i> l) Temperatur suhu : <i>37 °C</i>
4) Eliminasi a) Abdomen : (1) Kembung : <i>tidak ada</i> (2) Mules : <i>tidak ada</i> (3) Sakit/nyeri : <i>tidak ada</i> b) BAB (1) Bau : <i>kuat bab</i> (2) Warna : <i>kuning berkilatan</i> (3) Lendir : <i>tidak ada</i> (4) Diare : <i>tidak ada</i>	4) Eliminasi a) Abdomen (1) Lemas : <i>lemas</i> (2) Tegang/kaku : <i>tidak ada</i> (3) Kembung : <i>tidak ada</i> (4) Bisingusus : (5) Lingk. Perut : b) BAB (1) Bau : <i>kuat bab</i> (2) Warna : <i>kuning berkilatan</i> (3) Lendir : <i>tidak ada</i> (4) Konsistensi : <i>tidak ada</i>
(5) Konsistensi : <i>setengah padat</i> (6) Frekuensi : <i>kuat menentu</i> c) BAK (1) Jumlah : <i>30 x / 1495</i> (2) Frekuensi : <i>tidak menentu</i> (3) Sakit : <i>tidak ada</i> (4) Nocturia : <i>tidak ada</i> (5) Dysuria : <i>tidak ada</i> (6) Hematuria : <i>tidak ada</i> (7) Inkontinensia : <i>ada</i>	(5) Melena : <i>tidak ada</i> (6) Frekuensi : <i>tidak menentu</i> c) BAK (1) Kepekatan : (2) Warna : <i>kuning putih</i> (3) Bau : <i>bau kuat urin</i> (4) Kateter : <i>tidak ada</i> (5) Lain-lain : (6) Frekuensi : <i>tidak menentu</i> d) Rectum / Anus (1) Iritasi : <i>tidak ada</i> (2) Atresia ani : <i>tidak ada</i> (3) Prolaps : <i>tidak ada</i> (4) Lain – lalin :
5) Aktivitas / Latihan a) Tingkat kekuatan / Ketahanan : <i>dapat melakukan & menanggung beban</i> b) Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari : <i>kecukupan</i> c) Adakah kekakuan pergerakan sendi : <i>tidak ada</i>	5) Aktivitas / Latihan a) Keseimbangan berjalan : <i>seimbang</i> b) Kekuatan menggenggam : (1) Tangan Kiri : <i>kuat</i> (2) Tangan Kanan : <i>kuat</i> c) Bentuk kaki : <i>setengah normal</i> d) Otot kaki : <i>tidak ada k</i> e) Kelemahan : <i>tidak ada</i>

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
d) Rasa nyeri pada sendi. <i>Tidak ada</i>	f) Kejang : <i>Tidak ada</i>
6) Sensori persepsi	g) Lain-lain :
a) Pendengaran : <i>mampu mendengar suara</i>	6) Sensori persepsi (sesuaikan dengan kasus)
b) Penglihatan : <i>mampu melihat arah</i>	a) Reaksi terhadap rangsangan : <i>ada</i>
c) Penciuman : <i>mampu berespon bau</i>	b) Orientasi : <i>ada</i>
d) Perabaan : <i>mampu berespon pada</i>	c) Pupil : <i>simetris</i>
e) Pengecap : <i>mampu berespon rasa</i>	d) Konjungtiva/warna : <i>membran mukosa</i>
<i>hal yang panas, hangat & dingin.</i>	e) Pendengaran : <i>mampu</i>
7) Konsep Diri	f) Penglihatan : <i>mampu</i>
Apakah penyakit tersebut mempengaruhi pasien ?	g) Lain-lain :
<i>Iya, menjadi lebih rasional.</i>	4) Konsep diri
8) Tidur / Istirahat	a) Kontak mata :
a) Jika tidur apakah merasa nyenyak	b) Postur tubuh :
<i>Tidur tidak terlalu nyenyak</i>	c) Perilaku :
b) Masalah atau gangguan waktu tidur	5) Tidur / Istirahat
<i>Tidak ada</i>	a) Tanda-tanda kurang tidur :
9) Seksualitas / Reproduksi	b) Lain-lain :
a) Wanita :	6) Seksualitas / Reproduksi
(1) Menstruasi : <i>Tidak ada</i>	a) Wanita
(2) Pemeriksaan buah dada : <i>Tidak ada</i>	(1) Benjolan pada buah dada : <i>Tidak ada</i>
b) Pria :	b) Pria
(1) Tidak dapat ereksi :	(1) Kelainan skrotum :
(2) Sakit pada waktu BAK :	(2) Hyposphadia :
	(3) Fimosis :
	(4) Lain-lain :

c. Dampak Hospitalisasi

- 1). Pada Anak : *Anak menjadi rewel*
-2).
- Pada Keluarga : *Keluarga menjadi cemas dan sedih*
-

d. Tingkat Perkembangan Saat Ini

- 1) Motorik kasar : *Bisa berjalan, berlari, menggunakan benda-benda*
- 2) Motorik halus : *Bisa memegang ayu*

- 3) Bahasa : Belum Tulus Berbicara
- 4) Sosialisasi : Tidak merangir jika sudah terangsang.

7. Pemeriksaan Penunjang
(Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Penatalaksanaan
(Therapi / pengobatan termasuk diet yang menunjang masalah)

pengobatan :

1. Paracetamol sup 3x 500

2. Pustakan 3x1 no. 10

a. Ciprofloxacin 2 tab	2. Dexamet 5 tab
b. Vitamin E 5 tab	3. Salbutamol 2mg 3 tab
c. Ambroxol 1 tab	

2.

Therapy :

1. Nekrosis = Ventolin 1,5 cc + Biotidin 15 tetes

2. Chest clapping

9. Data Fokus

Nama Klien / Umur : By. 2 / 1,5 Tahun
No. Kamar / Ruang :

Data Subyektif	Data Obyektif
1) Ibu By. 2 mengatakan batuk sudah 3 hari. 2) Ibu By. 2 mengatakan terdapat batuk 3) Ibu By. 2 mengatakan sesak 4) Ibu By. 2 mengatakan tidak bisa tidur nyenyak.	1) By. 2 tampak batuk 2) By. 2 tampak tidak dapat tidur efektif 3) By. 2 tampak tidak dapat mengkonsumsikan sputum. 4) Terdapat bunyi ronkhi. 5) RR : 20 x / menit

10. Analisa Data

Nama Klien / Umur

: By. 2 / I.S 14

No. Kamar / Ruang

:

No.	Data	Masalah	Etiologi
1-	DS : 1. Ibu By. 2 mengatakan batuk sudah 3 hari 2. Ibu By. 2 mengatakan terdapat batuk 3. Ibu By. 2 mengatakan sesak 4. Ibu By. 2 mengatakan trus trus terasa nyengat DD : 1. By. 2 tampak batuk 2. By. 2 trus trus seperti batuk efektif 3. By. 2 trus trus seperti mengernyahkan epigastrium 4. Terdapat ronkhi 5. RR : 20x/menit 6. By. 2 tampak cemas	Berkas jalan napas tidak efektif.	Secretis yang tertahan

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien / Umur :

No. Kamar / Ruang :

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf dan Nama jelas
1.	(diisi berdasarkan prioritas masalah) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan secret yang tertahan.	02 Juli 2022	08 Juli 2022	

B. RENCANA KEPERAWATAN

(Meliputi tindakan keperawatan independen dan interdependen)

Nama Klien / Umur :

No. Kamar / Ruang :

Tanggal	No.	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf dan nama jelas
Sabtu, 02 Juli 2022.	1.	Bersihan Jalan Napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 7 hari diharapkan masalah By.2 dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Batuk berkurang atau tidak ada batuk. 2. Sputum berkurang atau tidak ada sputum. 3. Suara napas wheezing 4. Injeksi trachea 5. Frekuensi napas akan lebih normal	1. Kaji batuk. 2. Kaji sputum, warna dan frekuensi napas. 3. Anjurkan dan berikan air hangat 250 ml. 4. Berikan dan ajarkan chest clapping kepada orang tua. 5. Anjurkan rutin control ke dokter.	 Dhea A S

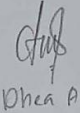
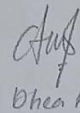
D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : By. 2
No. Kamar / Ruang :

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
02 Juli 2020	1.	1) mengkas batuk Hasil : By. 2 masih batuk 2) mengkas suara, irama dan frekuensi napas Hasil : a. suara ronkhi b. irama napas teratur c. RR : 20 x /mnt 3) mengantarkan dan memberikan air hangat 250 ml Hasil : By. 2 terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat. 4) memberikan dan mengajarkan teknik chest clapping Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan terkasang tidur. 5) mengantarkan untuk rmta kontrol ke dokter Hasil : Ibu mengatakan akan rmta kontrol ke dokter.	 Dhea A.S.
03 Juli 2020	1.	1) mengkas batuk Hasil : By. 2 masih batuk 2) mengkas suara, irama dan frekuensi napas Hasil : a. suara ronkhi b. irama napas teratur c. RR : 20 x /mnt 3) mengantarkan dan memberikan air hangat 250 ml Hasil : By. 2 terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat 4) memberikan dan mengajarkan teknik chest clapping. Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan terkasang tidur.	

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : Bj. 2
No. Kamar / Ruang : _____

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
4 Juli 22	1.	1) mengkaji batuk Hasil : Masih batuk namun sudah berkurang. 2) mengkaji lemas, irama dan frekuensi napas Hasil : a. Suhu normal b. Irama napas teratur c. RR : 46 x /min 3) menganjurkan dan membimbing air hangat 240 ml Hasil : Bj. 2 terlihat rileks dan mau minum air hangat. 4) membimbing dan mengajarkan teknik chest clapping. Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan tertidur kembali.	 Dhea A.S.
5 Juli 22	1.	1) mengkaji batuk Hasil : masih batuk, namun sudah berkurang 2) mengkaji lemas, irama dan frekuensi napas Hasil : a. Suhu normal b. Irama napas teratur c. RR : 40 x /min 3) menganjurkan dan membimbing air hangat 240 ml Hasil : Bj. 2 terlihat rileks dan mau minum air hangat 4) membimbing dan mengajarkan teknik chest clapping. Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan tertidur kembali.	 Dhea A.S.

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : By 2
No. Kamar / Ruang :

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
06 Juli 22	1	1) mengkap badut Hasil : Masih batuk, namun sudah berkurang. 2) mengkap suara, irama dan frekuensi napas Hasil : a. Suara vesikuler s. Irama napas teratur c. RR : 40 x/mnt 3) menghangatkan dan membatikan air hangat 20 ml Hasil : By 2 terlihat rileks dan mau minum air hangat. 4) membatikan dan mengajarkan teknik chest clapping. Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan terkecang rawat.	 Dhea A.S
7 Juli 22	1	1) mengkap badut Hasil : By 2 sudah tidak batuk 2) mengkap suara, irama dan frekuensi napas Hasil : a. Suara vesikuler s. Irama napas teratur c. RR : 39 x/mnt 3) menghangatkan dan membatikan air hangat 20 ml Hasil : By 2 terlihat rileks dan mau minum air hangat 4) membatikan dan mengajarkan teknik chest clapping. Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan terkecang rawat.	 Dhea A.S

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : By. 2
 No. Kamar / Ruang :

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
8 Juli 2020	1	1) mengkas batuk hasil : Gula trak batuk. 2) mengkas suara, irama, frekuensi napas hasil : a. Suara nafas vesikuler b. Irama nafas teratur c. RR : 38 x/menit 3) mengasir dan memberikan air hangat 350 ml. hasil : By. 2 terlihat rileks dan mau minum air hangat. 4) memberikan dan mengajarkan chest clapping. hasil : Ibu mengajarkan asistensi dan paham cara teknik chest clapping, asistensi tempat tangan dan terdapat rewel.	 Dhea P.S

E. EVALUASI

Nama Klien / Umur

: Bayi 2

No. Kamar / Ruang

:

No. Dx.	Hari/Tanggal/ Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
1.	8 Juli 2022 16.00 WIB	S : 1. Ibu by 2 mengatakan sudah tidak ada batuk 2. Ibu by 2 mengatakan sudah tidak ada demam 3. Ibu by 2 mengatakan sudah tidak sesak 4. Ibu by 2 mengatakan sudah makan dan minum dengan baik 5. Ibu by 2 mengatakan sudah mulai bermain 6. Ibu by 2 mengatakan sudah dapat tidur dengan nyenyak O : 1. Suara napas vesikuler 2. Jantung napas teratur 3. RR 30 x /mnt 4. Sputum tidak ada 5. Batuk tidak ada 6. Sesak tidak ada 7. Tidak demam A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	

Lampiran 5

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Tanggal Pengkajian / Jam : 11 Juli 2022
 Tanggal Masuk RS : 4 Juli 2022
 Jam masuk RS :
 Ruangan : Kamar 81. D18
 Nomor Register :
 Diagnosa Medis : Bronkopneumonia

A. PENGKAJIAN

1. Data biografi

a. Identitas Klien

Nama Klien (inisial) : B. A.
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Nama Panggil : B. A.
 Agama : Islam
 Tempat tgl lahir (umur) : Bogor, 12-8-20
 Suku Bangsa : Sunda
 Bahasa yang digunakan :
 Pendidikan :

b. Identitas Orang tua / Wali: (inisial)

	Ibu	Ayah	Wali
Nama :	Ny. S	Th. A	
Usia :	25 th	27 th	
Pendidikan :	SMK	SMK	
Pekerjaan :	Karyawan	Karyawan	
Agama :	Islam	Islam	
Suku / Bangsa :	Sunda	Sunda	
Alamat Rumah :	(yang mudah dihubungi): Kp. Sunda Rt 001 Rw 003 Kel. Cikungsi Kab. Cileungsi Kab. Bogor		

2. Resume

(Ditulis mulai pasien masuk ruang perawatan meliputi pengkajian data focus yang lalu, masalah keperawatan dan tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi yang telah dilakukan secara umum sebelum pengkajian oleh mahasiswa)

B. A. datang ke PUSC pada tanggal 4 Juli 2022 pukul 15.20 WIB dengan keluhan batuk 1-3 kali, muntah saat batuk, dan sesak napas. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, terdapat diagnosis Bronkopneumonia. Tindakan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Parasetamol 500 mg 3x1 tab 7
2. ROCEON :
3. Refabron 100 mg 2 tab
4. Dexamethasone 0.5 mg
5. Sildenafil 50 mg 1 tab
6. Sildenafil 50 mg 1 tab

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran (dilakukan hanya pada anak-anak dengan kasus-kasus tertentu, pada neonatus dan bayi)

Antenatal

- 1) Kesehatan ibu waktu hamil :
- | | Tidak | Ya |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Hiperemesis Gravidarum | ☐ | ☐ |
| b) Perdarahan pervagina | ☐ | ☐ |
| c) Anemia | ☐ | ☐ |
| d) Penyakit Infeksi | ☐ | ☐ |
| e) Pre Eklamsi / Eklamsi | ☐ | ☐ |
| f) Gangguan kesehatan | ☐ | ☐ |

- 2) Pemeriksaan Kehamilan :
- | | Tidak | Ya |
|-----------------------|--------------------------|--|
| a) Teratur | ☐ | ☐ |
| b) Diperiksa oleh | ☐ | ☐ Bidan, Dokter |
| c) Tempat pemeriksaan | ☐ | ☐ Klinik RS |
| d) Hasil pemeriksaan | ☐ | ☐ Tidak ada ketuban |
| e) Imunisasi | ☐ | ☐ |

3) Riwayat Pengobatan selama Kehamilan :

Vitamin B12

Masa Natal

- 1) Usia kehamilan saat Kelahiran : 38,37 minggu
- 2) Cara persalinan
- | | |
|-----------|--------------------------|
| a) Normal | ☐ |
| b) Tidak | ☐ |
- 3) Ditolong oleh : Bidan
- 4) Keadaan bayi saat lahir : Lahir Sehat
- 2) BB, PB, Lingkar kepala waktu lahir : BB 4.1 kg PB 52 cm
- 3) Pengobatan yang didapat :

Neonatal :

- | | |
|------------------------|-------------|
| 1) Cacat congenital | : Tidak ada |
| 2) Ikterus | : Tidak ada |
| 3) Kejang | : Tidak ada |
| 4) Paralisis | : Tidak ada |
| 5) Perdarahan | : Tidak ada |
| 6) Trauma persalinan | : Tidak ada |
| 7) Penurunan BB | : Tidak ada |
| 8) Pemberian minum/ASI | : Tidak ada |
| 9) Lain-lain | : Tidak ada |

- b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan dan apakah ada gangguan dalam proses tumbuh kembang anak (Jelaskan)

Tidak ada gangguan dalam proses tumbuh kembang.

- c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita

Belum pernah sakit

- d. Pernah dirawat di Rumah Sakit

Belum pernah dirawat di RS

- e. Obat-obat

Tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi

- f. Tindakan (misalnya : operasi)

Tidak ada

- g. Alergi

Tidak ada alergi

- h. Kecelakaan

Tidak pernah mengalami kecelakaan

- i. Immunisasi

BCG, Polio

- j. Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

Bermain dengan teman sebaya

- 1) Pola pemenuhan nutrisi :

- a) ASI dan atau susu buatan :

ASI & formula

- (1). Lamanya pemberian :

1 th

- (2). Waktu pemberian :

usia 1 th

- (3). Jenis susu buatan :

Formula

- (4). adakah kesulitan :

Tidak ada

- b) Makanan padat :

6 bulan dengan MPASI

- (1). Kapan mulai diberikan :

- (2). Cara pemberian :

- c) Vitamin :
- (1). Jenis vitamin :
 - (2). Berapa lama diberikan:
- d) Pola makan dan minum:
- (1). Frekwensi makan : 3x / hr
 - (2). Jenis makanan : 1 set meal 1 Sempurna
 - (3). Makanan yg disenangi : ayam goreng
 - (4). Alergi makanan : tidak ada
 - (5). Kebiasaan makan :
 - (a). Makan bersama keluarga:
 - (b). Makan sendiri :
 - (c). Disuapi oleh : Orang tua
 - (d). Dll. :
 - (6). Waktu makan : Pagi, siang, sore
 - (7). Jumlah minum / hari : 2-3 L / hr
 - (8). Frekuensi umum : saat haus
 - (9). Kebiasaan minum; kopi : tidak ada
- 2) Pola Tidur :
- a) Lamanya tidur siang / malam : siang 3 jam malam 7 jam
 - b) Kelainan waktu tidur : tidak ada
 - c) Kebiasaan anak menjelang tidur : di blur pengunsiannya
 - (1). Membaca :
 - (2). Mendengar cerita :
 - (3). Lain-lain :
 - d) Kebiasaan yang membuat anak nyaman saat tidur :
- 3) Pola aktifitas / Latihan / OR / bermain / hoby :
- Bermain dengan teman sebayanya
- 4) Pola kebersihan diri :
- a) Mandi
 - (1) Frekuensi..... 3 X / hari
 - (2) Sabun : ☐ tidak ☒ ya
 - (3) Bantuan : ☐ tidak ☒ ya, oleh
 - b) Oral Hygiene :
 - (1) Frekuensi..... X / hari
 - (2) Waktu : ☐ pagi ☐ sore ☐ malam ☐ setelah makan
 - (3) Cara : ☐ sendiri ☐ dibantu
 - (4) Menggunakan pasta gigi : ☐ ya ☐ tidak
 - c) Cuci Rambut :
 - (1) Frekuensi..... 1x / minggu
 - (2) Sampoh : ☐ sendiri ☒ dibantu
 - d) Berpakaian : ☐ sendiri ☒ dibantu

5) Pola Eliminasi :

a) BAB

- (1) Frekuensi..... 21 X / minggu
 (2) Waktu : ☐ pagi ☐ siang ☐ sore ☐ malam ☐ tidak tentu (3)
 Warna : *putih*
 (4) Bau : *tidak berbau*
 (5) Konsistensi : *lunak*
 (6) Cara : *pakai popok*
 (7) Keluhan : *tidak ada*
 (8) Penggunaan laxatif / pencahar : *tidak ada*
 (9) Kebiasaan pada waktu BAB :

b) BAK

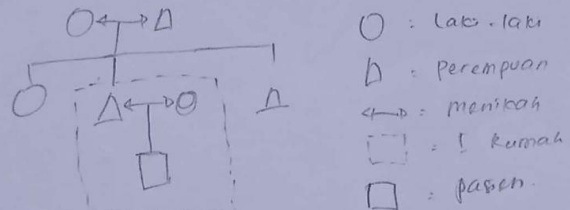
- (1) Frekuensi..... 28 X / minggu
 (2) Warna : *putih kekuningan*
 (3) Keluhan yang berhubungan dengan BAK : *tidak ada*
 (4) Kebiasaan ngompol : *tidak ada*

6) Kebiasaan lain :

- a) Menggigit jari :
 b) Menggigit kuku :
 c) Menghidap jari : *terkadang kebiasaan*
 d) Mempermainkan genital :
 e) Mudah marah :
 f) Lain-lain :

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Susunan Keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus – kasus tertentu)



b. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit	Ayah/ibu	Saudara kandung	Anggota keluarga lain
1. Penyakit yang pernah diderita	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
2. Penyakit yang sedang diderita	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3. Analisa factor peny. (ginjal, jantung, DM, hipertensi, kanker, ggn mental, alergi dll)	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

- c. Coping keluarga : Tidak ada masalah keluarga, maka berdiskusi untuk menyelesaikan masalah.
- d. Sistem Nilai : Tidak ada nilai & kebudayaan yang mempengaruhi keluarga
- e. Spiritual : : Tidak ada masalah

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

- a. Resiko Bahaya Kecelakaan : Tidak ada pencelakaan, tidak ada benda tajam, laras, kawat, terdapat ventilasi, tidak ada bunyi.
- 1) Rumah : Tidak ada masalah
- 2) Lingkungan rumah : Tidak ada masalah
- b. Polusi : Tidak ada terdapat banyak polusi
- Kemungkinan bahaya akibat polusi : Tidak ada masalah
- c. Tempat bermain : Tidak ada terdapat taman bermain

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Riwayat Penyakit Sekarang :

Tgl. mulai sakit : 4 Mei 22. Pukul :

Keluhan utama : Babuk sudah 1 hr, terdapat darah dan lendir, sering muntah

- 1) Terjadinya : Secara Sudden
- 2) Lamanya : 1 hr
- 3) Faktor pencetus : Tidak ada
- 4) Upaya untuk mengurangi : Obat antibiotik
- 5) Cara waktu masuk :

Dikirim oleh : Dokter ☐
 Puskesmas ☐
 RS ☐
 Lain-lain ☐

b. Pengkajian Fisik Secara Fungsional :

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
(Diisi keluhan klien atau keluarga saat ini / saat pengkajian) <i>Ini mengatakan anak sudah batuk & haus, terdapat batuk dan tesak, sering menangis</i>	1). Data klinik : a) Suhu : <i>36,6 °C</i> b) Nadi : <i>110 x/menit</i> c) Pernafasan : <i>52 x/menit</i> d) Tek. Darah : e) Kesadaran : <i>CM</i> f) (usia 0 – 1 thn dan sesuai kasus) g) Lingk. Kepala : h) Lingk. Dada : i) Lingk. Lengan Atas :
2) Nutrisi dan metabolisme a) Nafsu makan / menyusui : <i>baik</i> b) Penurunan & peningkatan BB : <i>tidak terjadi</i> c) Diit : <i>tidak ada</i> d) Kulit : (1) Perubahan warna : <i>tidak ada</i> (2) Gangguan penyembuhan : <i>tidak ada</i> e) Intake dalam sehari : (1) Makan : (2) Minum : (3) Lain-lain : f) Mual : <i>tidak ada</i> g) Dysphagia : <i>tidak ada</i> h) Muntah : <i>tidak ada</i> - jumlah : 3) Respirasi / sirkulasi : a) Pernafasan : (1) Sesak napas : <i>tidak ada</i>	2) Nutrisi dan metabolisme a) Mukosa mulut : (1) Warna : <i>merah muda</i> (2) Lesi : <i>tidak ada</i> (3) Kelembaban : <i>lembab</i> (4) Kelainan palatum : <i>palatum lunak</i> (5) Bibir : <i>merah muda</i> (6) Gusi : <i>tidak bengkak</i> (7) Lidah : <i>tidak ada bercak</i> b) Gigi : <i>putih</i> (1) Kelengkapan gigi : <i>belum lengkap</i> (2) Karang gigi : <i>tidak ada</i> (3) Karies : <i>tidak ada</i> c) BB : <i>13</i> TB : <i>20</i> d) Obesitas : <i>tidak ada</i> e) Kulit : (1) Integritas : <i>tidak rusak</i> (2) Turgor : <i>normal</i> (3) Tekstur : <i>halus</i> f) Sonde /NGT : <i>tidak ada</i> 3) Respirasi / Sirkulasi : a) Suara pernafasan : <i>normal</i> b) Batuk : <i>tidak ada</i> c) Batuk darah :

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
(2) Sputum : <i>ada</i> (3) Batuk : <i>ada</i> b) Sirkulasi : (1) Sakit dada : <i>tidak ada</i> (2) Udema : <i>tidak ada</i>	d) Sputum : <i>ada</i> e) Ikterus : <i>tidak ada</i> f) Sianosis : <i>tidak ada</i> g) Penggunaan otot bantu nafas : <i>tidak ada</i> h) Pernafasan cuping hidung : <i>tidak ada</i> i) Edema : <i>tidak ada</i> j) Palpitasi : <i>tidak ada</i> k) Pengisian kapiler : <i>tidak ada</i> l) Temperatur suhu : <i>36,6 °C</i>
4) Eliminasi a) Abdomen : (1) Kembung : <i>tidak ada</i> (2) Mules : <i>tidak ada</i> (3) Sakit/nyeri : <i>tidak ada</i> b) BAB (1) Bau : <i>kusam feses</i> (2) Warna : <i>hitam</i> (3) Lendir : <i>tidak ada</i> (4) Diare : <i>tidak ada</i>	4) Eliminasi a) Abdomen (1) Lemas : <i>tidak ada</i> (2) Tegang/kaku : <i>tidak ada</i> (3) Kembung : <i>tidak ada</i> (4) Bisingusus : <i>tidak ada</i> (5) Lingkr. Perut : <i>tidak ada</i> b) BAB (1) Bau : <i>kusam feses</i> (2) Warna : <i>tidak ada</i> (3) Lendir : <i>tidak ada</i> (4) Konsistensi : <i>tidak ada</i>
(5) Konsistensi : <i>1/2 pasak</i> (6) Frekuensi : <i>2x / hr</i> c) BAK (1) Jumlah : <i>11x / hr</i> (2) Frekuensi : <i>tidak ada</i> (3) Sakit : <i>tidak ada</i> (4) Nocturia : <i>tidak ada</i> (5) Dysuria : <i>tidak ada</i> (6) Hematuria : <i>tidak ada</i> (7) Inkontinensia : <i>keperluan mengontrol</i> 5) Aktivitas / Latihan a) Tingkat kekuatan / Ketahanan : <i>tidak menahan dan menggendong</i> b) Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari : <i>belum bisa</i> c) Adakah kekakuan pergerakan sendi : <i>tidak ada</i>	(5) Melena : <i>tidak ada</i> (6) Frekuensi : <i>tidak ada</i> c) BAK (1) Kepekatan : <i>tidak ada</i> (2) Warna : <i>kuning kehijauan</i> (3) Bau : <i>kusam</i> (4) Kateter : <i>tidak ada</i> (5) Lain-lain : <i>tidak ada</i> (6) Frekuensi : <i>4-5x / hr</i> d) Rectum / Anus (1) Iritasi : <i>tidak ada</i> (2) Atresia ani : <i>tidak ada</i> (3) Prolaps : <i>tidak ada</i> (4) Lain-lain : <i>tidak ada</i> 5) Aktivitas / Latihan a) Keseimbangan berjalan : <i>seimbang</i> b) Kekuatan menggenggam : (1) Tangan Kiri : <i>1</i> (2) Tangan Kanan : <i>1</i> c) Bentuk kaki : <i>simetris</i> d) Otot kaki : <i>tidak ada kelainan</i> e) Kelemahan : <i>tidak ada</i>

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
d) Rasa nyeri pada sendi..... <i>Tidak ada</i>	f) Kejang : <i>Tidak ada</i>
6) Sensori persepsi <i>sesuai dengan fungsi</i>	g) Lain-lain :
a) Pendengaran : <i>sesuai dengan fungsi</i>	6) Sensori persepsi (sesuaikan dengan kasus)
b) Penglihatan : <i>sesuai dengan fungsi</i>	a) Reaksi terhadap rangsangan : <i>(C)</i>
c) Penciuman : <i>sesuai dengan fungsi</i>	b) Orientasi :
d) Perabaan : <i>sesuai dengan fungsi</i>	c) Pupil : <i>sesuai</i>
e) Pengecap : <i>sesuai dengan fungsi</i>	d) Konjungtiva/warna : <i>Mutlak muda</i>
7) Konsep Diri	e) Pendengaran : <i>sesuai dengan fungsi</i>
Apakah penyakit tersebut mempengaruhi pasien ?	f) Penglihatan : <i>sesuai dengan fungsi</i>
.....	g) Lain - lain :
8) Tidur / Istirahat	4) Konsep diri
a) Jika tidur apakah merasa nyenyak	a) Kontak mata :
..... <i>Tidak</i>	b) Postur tubuh :
b) Masalah atau gangguan waktu tidur	c) Perilaku :
.....	5) Tidur / Istirahat
9) Seksualitas / Reproduksi	a) Tanda-tanda kurang tidur :
a) Wanita :	 <i>Tidak ada</i>
(1) Menstruasi : <i>Belum</i>	b) Lain - lain :
(2) Pemeriksaan buah dada : <i>Tidak ada</i>	6) Seksualitas / Reproduksi
b) Pria : <i>ada pembesaran / benjolan</i>	a) Wanita
(1) Tidak dapat ereksi :	(1) Benjolan pada buah dada : <i>Tidak ada</i>
(2) Sakit pada waktu BAK :	b) Pria
	(1) Kelainan skrotum :
	(2) Hyposphadia :
	(3) Fimosis :
	(4) Lain - lain :

c. Dampak Hospitalisasi

1). Pada Anak :
.....2).

Pada Keluarga :

d. Tingkat Perkembangan Saat Ini

1) Motorik kasar : *Gesekan koma berjalan, berlari, menggunakan benda berat*

2) Motorik halus : *Dapat memanipulasi ayakan, memah, bermain dengan benda, tidak menangkis bola bermain dengan petanque*

3) Bahasa :

4) Sosialisasi :

7. Pemeriksaan Penunjang

(Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah)

Asam asid
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Penatalaksanaan

(Therapi / pengobatan termasuk diet yang menunjang masalah)

1. Paracetamol 500 mg 3 x 1 atau 1
2. Packon :
a. Cefepime 500 mg 2 tab
b. Dexamethasone 2 tab
c. Erythromycin 2 tab
d. Omixon 1 tab
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Data Fokus

Nama Klien / Umur : Bty. A
 No. Kamar / Ruang :

Data Subyektif	Data Obyektif
1. Ibu Bty. A mengatakan keluhan susun I hari. 2. Ibu mengatakan terdapat demam 3. Ibu mengatakan letak 4. Ibu mengatakan bayi A sering rewel 5. Ibu Bty. A mengatakan tidur dari 3 jam dan malam 9 jam	1. Bty. A tampak gelisah 2. Tampak mata bayi kelut efektif 3. Tampak bayi mengunyah dan batuk 4. Bunyi batuk 5. TP 52 x /min 6. Tampak gelisah 7. Parameter vital 3x1 ctb ? 8. Cairan 3x1 ctb 10 9. Cefadroxil 2x200 mg 10. Dexamethasone 2x0,5 11. Glycerol 500mg 001ml 12. Omeprazole 1x10

10. Analisa Data

Nama Klien / Umur

: Iy. A

No. Kamar / Ruang

:

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : 1. Ibu yg. A mengatakan batuk 2 hr 2. Ibu yg. A mengatakan terbatuk parah 3. Ibu yg. B mengatakan leler. 4. batuk DD : 1. By. A tampak batuk 2. TTKK napas batuk efektif 3. TTKK napas mengiwar. dan sakit 4. Bunyi Ronchi 5. RR 24/menit 6. 1 Paracetamol 500 mg 3x1 7. 1 Kacang 3x1 no. 10 a. 1 tablet 500 mg 3x1 b. 1 tablet 500 mg 3x1 c. 1 tablet 500 mg 3x1 d. 1 tablet 500 mg 3x1	Bersihkan jalan napas obat efektif	Infeksi yang tertahan
2.	DS : 1. Ibu mengatakan anak nya sering jatuh 2. Ibu mengatakan tidur tidak terlalu nyenyak 3. Ibu mengatakan tidur bangun 3 jam, malam 7 jam	Gangguan pola tidur	kelemahan otot-otot

DD :

1. bayi tampak gelisah

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien / Umur : Bay. A

No. Kamar / Ruang :

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf dan Nama jelas
	(diisi berdasarkan prioritas masalah)			
1.	Berisiko jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan	5-7-22	11-7-22	
2.	Respon pola napas berhubungan dengan curang control tower	5-7-22	11-7-22	 Dhea D S

B. RENCANA KEPERAWATAN

(Meliputi tindakan keperawatan independen dan interdependen)

Nama Klien / Umur : *Bayi*

No. Kamar / Ruang :

Tanggal	No.	Diagnosa Keperawatan (PES) (Diisi berdasarkan prioritas)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf dan nama jelas
5-7-22	1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan.	Cetakan distribusi ukuran keperawatan selama 7 hari 24 jam masalah yg. h. dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Batuk ber- $\ominus$ 2. Sputum ber- $\ominus$ 3. Suara napas vesikuler 4. Terna napas teratur 5. RR normal (30-40 x/mnt)	1. Batasi kontak 2. Batasi suara, trauma dan fraksi napas 3. Anjurkan dan berikan air hangat 250 ml 4. Berikan dan ajarkan teknik chest clapping kepada orang tua. 5. Anjurkan untuk rutin kontrol ke dokter.	 Dhea A S

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : Bay A
No. Kamar / Ruang :

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
5 Juli 2022	1	1) Mengkaji batuk Hasil : Bay A masih batuk 2) mengkaji Suara, irama & frekuensi napas Hasil : a. Suara napas ronkhi b. Irama napas teratur c. RR : 52 x/menit 3) Mengajarkan dan membentkan air hangat 250 ml Hasil : Bay A terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat. 4) membentkan dan mengajarkan teknik chest clapping Hasil : Ibu by. h mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan terkebadang awal 5) mengajarkan untuk rutin kontrol ke dokter Hasil : Ibu mengatakan akan rutin kontrol ke dokter.	 Dhea A.S
6 Juli 2022	1	1) mengkaji batuk Hasil : Bay A masih batuk 2) mengkaji Suara, irama & frekuensi napas Hasil : a. Suara napas ronkhi b. Irama napas teratur c. RR : 52 x/menit 3) Mengajarkan dan membentkan air hangat 250 ml Hasil : Bay. h terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat, 4) membentkan dan mengajarkan teknik chest clapping Hasil : Ibu mengatakan akan rutin kontrol ke dokter.	 Dhea A.S

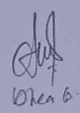
D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : By. A.
No. Kamar / Ruang :

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
7-juli 22	1	1) menangkap batuk Hasil : By A masih batuk namun sudah berkurang. 2) Mengukur suhu, irama dan frekuensi napat Hasil : a. Suhu normal b. Irama napat teratur c. RR : 49 x /mnt. 3) menghangatkan dan memberikan air hangat 250 ml. Hasil : By A terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat. 4) memberikan dan mengajarkan teknik chest clapping Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping anak tampak tenang dan ter- kadang rewel.	<i>[Signature]</i> Dhea A-S.
8-juli 2022	1	1) menangkap batuk Hasil : By A masih batuk, namun sudah berkurang. 2) Mengukur suhu, irama dan frekuensi napat Hasil : a. Suhu normal b. Irama napat teratur c. RR : 45 x /mnt 3) menghangatkan dan memberikan air hangat 250 ml. Hasil : By A terlihat rileks dan mau minum air hangat 4) memberikan dan mengajarkan teknik chest clapping Hasil : Ibu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping anak tampak tenang dan ter- kadang rewel.	<i>[Signature]</i> Dhea A-S

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : By. A
No. Kamar / Ruang :

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
7 Juli 22	1	1) Mengatasi batuk Hasil : By. A masih batuk, namun sudah berkurang. 2) Mengkaji suhu, irama dan frekuensi napas Hasil : a. Suhu rektal $\ominus$ b. Irama napas teratur c. RR : 42 x / menit 3) Mengaspirasi dan memberikan air hangat 250 ml. Hasil : By. A terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat. 4) Membantu dan mengajarkan teknik chest clapping. Hasil : Ibu menggunakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan terkandung Reaksi	 Dhea A. S.
10 Juli 22	1	1) mengatasi batuk Hasil : By. A sudah tidak batuk. 2) Mengkaji suhu, irama dan frekuensi napas Hasil : a. Suhu rektal $\ominus$ b. Irama napas teratur c. RR : 40 3) Mengaspirasi dan memberikan air hangat 250 ml. Hasil : By. A terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat 4) Membantu dan mengajarkan teknik chest clapping Hasil : Ibu menggunakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tampak tenang dan terkandung Reaksi	 Dhea A. S.

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : By. A.
No. Kamar / Ruang :

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
11 Juli 21	1	1) mengkap batuk Hasil : By. A sudah tidak batuk 2) mengkap suara, irama dan frekuensi napas hasil : a. Suara nafas vesikuler b. Irama nafas teratur c. RR : 20 x/menit 3) mengajarkan dan membentkan air hangat 250 ml Hasil : By. A terlihat lebih rileks dan mau minum air hangat 4) membentkan dan mengajarkan teknik chest clapping. Hasil : (bu mengatakan mengerti dan paham cara teknik chest clapping, anak tempak tenang dan terkasang Revel	

E. EVALUASI

Nama Klien / Umur

: Bu 6

No. Kamar / Ruang

:

No. Dx.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
1.	11 Juli 2021 12.00 WIB	S - Ibu mengatakan bayi sudah bangun. - Ibu mengatakan sudah makan ASI eksklusif. - Ibu mengatakan sudah makan 3x sehari. - Ibu mengatakan sudah bangun dan menangis. - Ibu mengatakan sudah melakukan chest clapping 1x/hr. - Ibu mengatakan sudah dapat tidur dengan nyenyak & tidak rewel. O - Warna napas vesikuler - Irama napas teratur - Kf : 37 °C / mm - Batuk tidak ada, sesak tidak ada, gelisah tidak ada. A Masalah teratasi P Intervensi dihentikan	Dhea F S Dhea A S Dhea A S Dhea A S

