

Lampiran 1 Review Artikel Jurnal



REVIEW ARTIKEL JURNAL

N o	Penulis dan Tahun	Metode Penelitian	Sampel	Hasil	Kesimpulan
1	Ferdy ilham , Novi Enis Rosuliana , Lia Herliana , Dini Mariani (2024)	Metode yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah keperawatan dan teknik penyelesaian masalah klien.	Penelitian ini dilakukan terhadap 2 orang anak yang mengalami bronkopneumonia	Kelompok intervensi mengalami perubahan perbaikan status pernapasan setelah dilakukan intervensi terapi steam inhalation.	Penerapan terapi steam inhalation minyak kayu putih bermanfaat bagi pernapasan dan meningkatkan status respirasi pada balita sebagai terapi komplementer dalam terapi medis rumah sakit.
2	Anisa Oktiawati , Ariani Fitriana Nisa (2021)	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitis dengan pendekatan studi kasus	Subyek penelitian adalah 2 anak dengan bronkopneumonia yang mengalami sesak napas.	Hasil penelitian menunjukkan penurunan frekuensi pernapasan pada kedua subjek dan pada hari ketiga tidak terjadi lagi peningkatan frekuensi pernapasan	Penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh terapi uap dengan minyak kayu putih terhadap penurunan frekuensi nafas pasien anak dengan Bronkopneumonia.

Lampiran 2 Lembar Bimbingan



KARTU BIMBINGAN KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Latifah
 NIM : 221FK01019
 Pembimbing Utama : Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM
 Pembimbing Pendamping : Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	26/5 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian ambal satu satu • Tambahkan sumber di pathway • Definisi operasional ditambahkan lagi • "Dalam penelitian ini. bersihan jalan nafas kempu--" 	
2	28/5 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Askep cek ADL • Cek Jarak • Diagnosa keperawatan Marut Semua • Intervensi Sejajar • Nama & TTD tambahan 	

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Latifah
 NIM : 221FK01019
 Pembimbing Utama : Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM
 Pembimbing Pendamping : Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
3	27/5 2015	<p>Pembahasan sesuai dengan Fakta, teori, opini</p> <ul style="list-style-type: none"> Pengkajian " Pada Pasien Satu ditemukan Pengkajian & diagnosis ambif semua Perencanaan : berikan jalan napas tidak efektif 	
4	28/05 2015	<ul style="list-style-type: none"> Data objektif digabung Paragraf berkesinambungan antara Fakta → Teori → Opini 	



KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Latifah
 NIM : 221FK01019
 Pembimbing Utama : Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM
 Pembimbing Pendamping : Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
5		<p>- bab I, II, III, IV, V</p> <p>- depth postre e lampiran</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>revisi 4 Subj Akhir kti</p>	M


KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Lailan
 NIM : 22140101019
 Pembimbing Utama : Initanha Tambunan, S.Kep., Ners, M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Tuti Supriyati, S.Kep., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1		<ul style="list-style-type: none"> - Berikan arahan dalam pengaji - Sudikan soal abstrak perbaiki A-Z - Perbaiki opini pada evaluasi - Memberikan teori evaluasi - Perbaiki hasil untuk ke akhir pendirian 	
		BAB 1 - 5 ACC	


KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Latifah
 NIM : 221FK01019
 Pembimbing Utama : Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM
 Pembimbing Pendamping : Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	Rabu, 26 Mei 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosa keperawatan ambil dari buku • keluhan utama Ambil yang paling utama • Pakai PQRST • Pemfis mata (konjungtiva, pupil, sklera), Teling (Test). Dada (Jantung & paru) • Data spiritual Fokuskan ke anak • data hospitalisasi lihat kembali • kaitan Imunisasi dengan Ep • Anxietas pada ibu atau anak 	


KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Latifah
 NIM : 221FK01019
 Pembimbing Utama : Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM
 Pembimbing Pendamping : Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
2.	Kamis 29/05 2025	<p>Di Intervensi masukan tentang terapi uap</p> <p>- Tujuan, Sumber, Jurnal, durasi, Frekuensi;</p> <p>- Apakah intervensi masyk semua, jika tidak kenapa, apa efeknya</p> <p>- Masukan di pembahasan</p>	

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Latifah
 NIM : 221FK01019
 Pembimbing Utama : Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM
 Pembimbing Pendamping : Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
3	Jumat, 30 mei 2015	<p>· baca kembali pembahasan pada pengkajian cek yang belum dipadukan, masukan semua yang menyimpang pada intervensi tambahkan tindakan sesuai dengan jurnal implementasi tambahkan jurnal tindakan yang dilakukan.</p>	


KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka Latifah
NIM : 221FK01019
Pembimbing Utama : Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM
Pembimbing Pendamping : Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
		Ace untuk uji sidang.	(M)

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Eka LATIPAH
 NIM : 2211901019
 Pembimbing Utama : Inirana Tambunan, S.Kep., Ners., M.Kes
 Pembimbing Pendamping : Tuti Supriati, S.Kep., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	30/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Menekankan kembali soalमुखी di - Perbaiki kelainan saat diuji (Masukan yang utama) - Perbaiki penambahan pada asyura - Perbaiki pada perencanaan, lakukan analisis semua - Pada pendirian apa intervensi yang tidak digunakan, mengapa? 	
	07/07/2025	<p>BAK 1-5</p> <p>ACC</p>	

Lampiran 3 Lembar Kemajuan KTI

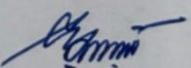

1

**LAPORAN KEMAJUAN
PENELITIAN TUGAS AKHIR**

Nama	Eka Latifah
NPM	221FK01019
Program Studi/ Semester	D3 Keperawatan / Semester 6
Rubi	Anak
Rubi/ KK/ Bidang	Anak
Judul TA	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Bronkopneumonia Dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di Ruang Alamanda Anak RSUD Majalaya
Pembimbing	1. Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM 2. Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep
Capaian/Progres Sampai Saat ini:	
TIME LINE PENELITIAN	<p>Baris 1 → Sudas Seni Rukh 1/2 → Sudas Seni Baris 2 → Sudas Seni Rukh 1/2 → Sudas Seni Baris 3 → Sudas Seni Rukh 1/2 → Sudas Seni</p>
HASIL DAN PEMBAHASAN	Sudas Seni terganggu hsl & Rukh → ree
KESIMPULAN	Sudas Seni nersalip kempula hsl & Rukh
DAFTAR PUSTAKA	Rukh Seni → ree
Pernyataan	<p>Data yang dilaporkan benar telah dilakukan dan telah melalui proses bimbingan dengan dosen pembimbing 1 dan 2.</p> <p style="text-align: right;">Mahasiswa,</p> <p style="text-align: right;">(Eka Latifah)</p>

Bandung, 30 mei 2025

Mengetahui:

Pembimbing 1	Pembimbing 2
 Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM	 Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep



Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN****(Informed Consent)**

Kepada Yth,
Bapak/Ibu responden
Di RSUD Majalaya Bandung

Sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, saya akan melakukan Studi Kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien *Bronkopneumonia* Dengan Bersihan jalan nafas tidak efektif Di RSUD Majalaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan Asuhan keperawatan pada Klien *Bronkopneumonia* Dengan Bersihan jalan nafas tidak efektif Di RSUD Majalaya. untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam proses penelitian studi kasus ini, oleh karena itu bapak/ibu akan memberikan data dengan kejujuran dan apa adanya. Dan informasi bapak/ibu akan di jamin kerahasiaannya.

Demikian lembar persetujuan ini saya buat. Atas bantuan dan partisipasi bapak/ibu saya menyampaikan terima kasih.

Responden

Bandung, 20 Januari 2025
Peneliti
(.....)
(.....)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN*(Informed Consent)*

Kepada Yth,
Bapak/Ibu responden
Di RSUD Majalaya Bandung

Sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, saya akan melakukan Studi Kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien *Bronkopneumonia* Dengan Bersihan jalan nafas tidak efektif Di RSUD Majalaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan Asuhan keperawatan pada Klien *Bronkopneumonia* Dengan Bersihan jalan nafas tidak efektif Di RSUD Majalaya. untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam proses penelitian studi kasus ini, oleh karena itu bapak/ibu akan memberikan data dengan kejujuran dan apa adanya. Dan informasi bapak/ibu akan dijamin kerahasiaannya.

Demikian lembar persetujuan ini saya buat. Atas bantuan dan partisipasi bapak/ibu saya menyampaikan terima kasih.

Bandung, 20 Januari 2025

Responden

Peneliti



(.....)

(.....)

Lampiran 5 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 1
 Nama Pasien : An. H
 Nama Mahasiswa : Eka Latifah

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
1	20/01/2025	10.00	- Inform Consent - Pengkajian Rada klien (An. H)	Tul	Lina Satrio Dewi, S.Kep., Ners NIB: 65920012024212012
		10.30	Melakukan Pemeriksaan tanda-tanda vital Tadi : 123 x / menit Respirasi : 23 x / menit Suhu : 36.4 °C SpO2 : 97%		
		11.00	Memberikan Inhalasi nebulizer combivent (firma)		
2	21/01/2025	08.15	Monitor tanda-tanda vital	Tul	Lina Satrio Dewi, S.Kep., Ners NIB: 65920012024212012
		08.45	Memberikan obat injeksi		
		09.00	Memberikan Inhalasi nebulizer		
		11.00	Memberikan intervensi sesuai jurnal (terapi uap minyak kayu putih)		
		11.00	Memberikan Inhalasi nebulizer		



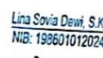


LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 1
 Nama Pasien : An. H
 Nama Mahasiswa : Eka Latifah

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
3.	23/10/2014	08.15	Monitor tanda-tanda vital	Ful	Lina Sula P. S. Keperawatan NIM 12024211012
		08.45	Memberikan obat injeksi		
		09.00	Memberikan inhalasi Nebulizer		
		11.00	Memberikan intervensi sesuai jurnal (terapi uap minyak kayu putih)		
		12.45	Melakukan Penkes tentang imunisasi & Terapi uap sederhana		
		17.30	up infus		



LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 2
 Nama Pasien : An. A
 Nama Mahasiswa : Eka Latifah

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
	22/01/2024	13.00	Inform Consent Pengkajian pada klien (An. A)		 Lina Sofia Dewi, S.Kep., Ners NIB: 199601012024212012
	23/01/2024	08.15	Monitor tanda-tanda vital		
		08.45	Memberikan obat injeksi		
		09.00	Memberikan inhalasi nebulizer		 Lina Sofia Dewi, S.Kep., Ners NIB: 199601012024212012
		11.00	Memberikan intervensi sesuai jurnal (terapi uap minyak kayu putih)		
		11.15	Terapi bermain		
		16.45 16.00	Memberikan obat injeksi		
		17.00	Memberikan inhalasi nebulizer		
	24/01/2024	00.15	Monitor tanda-tanda vital		 Lina Sofia Dewi, S.Kep., Ners NIB: 199601012024212012
		08.00	Memberikan inhalasi nebulizer		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 2
 Nama Pasien : An. A
 Nama Mahasiswa : Eka Lailiah

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
	25/01 2015	11.00	Memberikan intervensi sesuai jurnal (terapi uap)		 Eka Lailiah, S.Kep. Ners NIB: 19960112024212012
		11.15	Terapi bermain		
		11.00	MC		
		11.00	memberikan inhalasi nebulizer		

Lampiran 6 Asuhan Keperawatan Pasien 1 (An.H)

A. PENGKAJIAN

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Nama	: An. H	
TTL	: Bandung, 17 Februari 2024	
Umur	: 1 Tahun	
Jenis kelamin	: Laki-laki	
Agama	: Islam	
Suku /Bangsa	: Sunda	
Tanggal asuk RS	: 18 Januari 2025	Jam 21.00
Tanggal pengkajian	: 20 Januari 2025	Jam 10.00
Tanggal /rencana operasi	:	Jam
No. Medrec	763879	
Diagnosa Medis	: Bronkopneumonia	
Alamat	: Sadangaya RT 01 / RW 12	

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. F
Umur	: 20 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Ibu
Alamat	: Sandangaya RT 01 / RW 12

c) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama

Sesak napas

b. Keluhan Saat Masuk Rumah Sakit

Ibu klien mengatakan sejak 3 hari yang lalu (15 Januari 2025) anaknya mengalami sesak napas, batuk, demam

tinggi, diare dengan konsistensi cair, selama anaknya sakit ibu klien hanya mengompres anaknya dan tidak langsung dibawa ke RS karena ibu klien mengira anaknya hanya demam biasa. Ibu klien membawa anaknya ke IGD RSUD Majalaya pada tanggal 18 Januari 2025 jam 21.00, saat di IGD anaknya diberikan tindakan pemasangan infus. Berdasarkan hasil catatan rekam medis pasien saat di IGD, tanda-tanda vital pasien menunjukkan Nadi 105x/menit, respirasi 28x/menit, suhu 38,8 °C, SpO2 91%, tindakan keperawatan yang di berikan selama pasien di IGD yaitu pemberian nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit, pemberian terapi obat ceftriaxone 550mg (IV), genta 80mg (IV), Paracetamole syr 5ml (oral), coltin syr 2,5ml (oral). Setelah diberikan tindakan keperawatan di IGD, pasien di pindahkan ke ruang alamanda anak.

c. Keluhan Utama Saat Di kaji

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 20 januri 2025 jam 10.00 ibu klien mengatakan anaknya masih sesak napas, batuk disertai sputum.

2) Riwayat kehamilan dan kelahiran

a. Prenatal

Ibu klien mengatakan selama kehamilan rutin melakukan pemeriksaan setiap bulan dan tidak terdapat komplikasi selama kehamilan.

b. Intranatal

Ibu klien mengatakan melakukan persalinan di bidan bayi lahir normal dengan BB 3300 gr dan PB 49 cm.

c. Postnatal

Ibu klien mengatakan kondisi bayi saat lahir normal, sehat dan tidak ada kelainan, bayi menangis kuat setelah lahir.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu klien mengatakan anaknya belum pernah masuk rumah sakit sebelumnya, ibu klien mengatakan anaknya tidak memiliki riwayat

alergi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama atau penyakit menular lainnya.

d) Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi a. Makan Frekuensi Jenis Porsi Keluhan b. Minum Frekuensi Jumlah Jenis Keluhan	3x/Hari Bubur, Nestle 1 porsi tidak habis Susah makan 5-6x/hari 1.300ml Air putih, Asi, Sufor Tidak ada	3x/Hari Bubur, nestle 1/2 porsi tidak habis Tidak mau makan 5-6x/hari 1.000ml Air putih, Asi, Sufor Susah minum
2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Warna Konsistensi Keluhan b. BAK Frekuensi Jumlah Warna Keluhan	5x/Hari Kuning feses Encer Pasien sering BAB tapi sedikit 5x/hari (ganti diapers) - Kuning khas urin Tidak ada	5x/Hari Kuning feses Encer Pasien sering BAB tapi sedikit 5x/hari (ganti diaper) - Kuning khas urin Tidak ada
3	Istirahat Tidur Siang Malam Keluhan	2-3 Jam 10 Jam Tidak ada	2-3 Jam 10 Jam Ibu mengatakan anaknya tidur tidak nyenyak dan sering terbangun
4	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku e. Ganti pakaian	2x/Hari Tidak pernah 2x/Minggu 1x/Minggu 2x/Hari	2x/Hari (Seka) Tidak pernah Belum Belum 2x/hari
5	Aktivitas	Bermain	Istirahat

embangan

1) Pertumbuhan

Berat badan (BB)	: 10,6	Kg
Tinggi badan (TB)	: 75	Cm
Lingkar kepala (LK)	: 45	cm
Lingkar dada (LD)	: 49	Cm
Lingkar lengan atas (LLA)	: 15	Cm
Lingkar abdomen (LA)	: 51	Cm

2) Perkembangan

Motorik halus	: Memegang mainan dengan baik
Motorik kasar	: Berjalan sambil berpegangan
Pengamatan	: Anak mampu mengenali wajah orang yang sering dilihat
Bicara	: Mengucapkan beberapa kata sederhana
Sosialisasi	: Anak dapat bersosialisasi dengan pasien yang lain

f) Riwayat Imunisasi

Ibu klien mengatakan anaknya belum dilakukan imunisasi lagi dan banyak imunisasi yang terlewat karena ibu klien tidak tau jadwal imunisasi lengkapnya, imunisasi terakhir pada anaknya adalah imunisasi DPT, ibu klien mengatakan tidak tau apa saja imunisasi yang harus dilakukan pada anaknya..

g) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran	: Composmentis
	GCS 15 (E: 4, M: 6, V: 5)
Penampilan	: Klien tampak ceria

2) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan darah	: mmHg
Nadi	: 123x /menit
Respirasi	: 29x /menit
Suhu	: 36,4°C
SpO ₂	: 97%

3) Pemeriksaan *Head to Toe*

a. Kepala

Rambut warna hitam, distribusi rambut merata, bersih, tidak ada parasite, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan.

b. Wajah

Wajah bulat bersih, warna kulit putih, bentuk simetris, tidak ada edema di wajah, tidak ada lesi.

c. Mata

Kedua mata simetris, kontraksi pupil terbukti pada saat diberi rangsangan cahaya pupil pasien mengecil, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis.

d. Telinga

Telinga kiri dan kanan pasien simetris, terdapat serumen pada telinga kiri dan kanan, fungsi pendengaran baik terbukti pada saat disapa pasien menoleh, tidak kotor, tidak ada kelainan, tidak ada alat bantu pendengaran.

e. Hidung

Bentuk hidung simetris, septum nasal ditengah, lubang hidung normal, tidak terdapat pembengkakan, terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu pernafasan.

f. Mulut

Bentuk mulut simetris dan tidak tampak adanya kelainan, warna bibir merah muda, mukosa bibir lembab, jumlah gigi 4 tampak bersih.

g. Leher

Tidak tampak kemerahan, biang keringat, dan lesi. Gerakan leher baik, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

h. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada lesi atau bitnik kemerahan, tidak ada benjolan, tidak ada keringat, pergerakan dinding dada saat inspirasi dan ekspirasi seimbang antara kiri dan kanan, tidak tampak retraksi otot dada, tidak ada getaran lemah pada kedua paru, bunyi redup di kedua paru saat di auskultasi terdengar suara nafas tambahan ronchi, RR 29x/menit, auskultasi suara jantung S1 dan S2 reguler.

i. Abdomen

Bentuk abdomen datar, tidak ada lesi atau bintik kemerahan, tidak ada keringat, tampak gerakan pada perut saat bernafas, tidak ada benjolan, bising usus 10 x/menit, tugor kulit kembali kurang dari 3 detik. Suara abdomen dullness.

j. Punggung dan Bokong

Bentuk simetris, tidak terdapat kelainan tulang punggung.

k. Genitalia

Tidak ada kelainan pada genitalia, tidak ada kemerahan, tidak ada lesi, tidak ada benjolan.

l. Anus

Tampak adanya kemerahan pada anus.

m. Ekstremitas

(1) Ekstremitas Atas

Tangan kanan dan kiri simetris, jumlah jari-jari lengkap, kuku tampak bersih dan pendek, tidak ada edema, CRT kurang dari 2 detik, terpasang infus pada tangan kiri, tugor kulit elastis, klien mampu memegang benda.

(2) Ekstremitas Bawah

Kaki kiri dan kanan tampak simetris, tidak ada edema, tugor kulit elastis, jumlah jari-jari lengkap, ada reflex patella.

h) Data Psikologis

1) Data psikologis klien

Klien tidak menangis saat dilakukan pengkajian dan dilakukan tindakan keperawatan lainnya.

2) Data psikologis keluarga

Keluarga klien tampak tenang dan sabar saat merawat anaknya karena ingin anaknya lekas sembuh.

i) Data Sosial

Klien ditemani oleh ibunya, hubungan klien dengan keluarga tampak harmonis dilihat dari ibu klien merawat dan menjaga klien dengan baik, klien dapat bermain dengan perawat dan pasien lainnya.

j) Data Spiritual

Klien dan keluarganya beragama islam, ibu klien sering memberikan murotal kepada anaknya, ibu klien seringkali mendoakan kesembuhan anaknya, ibu klien optimis untuk kesembuhan anaknya.

k) Data hospitalisas

Klien tidak menangis setiap perawat mengunjungi klien. Klien dapat bermain dengan pasien lainnya.

l) Data Penunjang

1) Laboratorium

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
18-01-2025	Hemoglobin	12.4	11.7-15.5	g/dL
	Hematokrit	38	35-47	%
	Leukosit	13.100	3.600-11.000	/uL
	Trombosit	256.000	150.000-440.000	uL
	GDS	95		mg/dL

2) Radiologi

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil /Kesan

3) Program dan Rencana Pengobatan


Jenis Terapi	Dosis	Cara pemberian	Waktu
RL	16cc	IV	16 cc/jam
Ceftriaxone	2 x 550ml	IV	09.00 – 21.00
Gentamicin	1 x 80mg	IV	09.00
PCT syr	3 x 5ml	Oral	08.00 – 16.00 – 00.00
Corfin syr	3 x 2,5ml	Oral	08.00 – 16.00 – 00.00
Combivent	3 x 2,5ml	Inhalasi	09.00 - 17.00 – 01.00



2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>Ibu klien mengatakan An. H batuk, sesak napas dan panasnya naik turun.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sesak - Klien tampak batuk “grok grok” - Terdapat sekret - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi “wregg wregg” - Tanda-tanda vital : RR : 29x/menit, SpO₂: 97% 	<p>Virus, bakteri, jamur, dan benda asing</p> <p>↓</p> <p>Peradangan pada bronkus</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan produksi mucus</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan sekret</p> <p>↓</p> <p>Bersihan jalan napas</p>	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)</p>
2	<p>DS :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya diare dengan konsistensi cair selama 3 hari sebelum dibawa ke RS, saat di RS anaknya masih diare dengan konsistensi cair, BAB yang dikeluarkan sedikit tapi sering</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB 5x/hari (ganti diapers) - Konsistensi cair - Tampak adanya kemerahan pada anus pasien 	<p>Faktor infeksi</p> <p>↓</p> <p>Masuk dan berkembang di usus</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan mobilitas usus</p> <p>↓</p> <p>Gangguan absorpsi nutrisi dan cairan oleh mukosa intestinal</p>	<p>Diare (D.0020)</p>
3	<p>DS :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya belum dilakukan</p>	<p>Infeksi virus</p> <p>↓</p>	<p>Defisit pengetahuan (D.0111)</p>

<p>imunisasi lagi dan banyak imunisasi yang terlewat karena ibu klien tidak tau jadwal imunisasi lengkapnya, imunisasi terakhir pada anaknya adalah imunisasi DPT, ibu klien mengatakan tidak tau apa saja imunisasi yang harus dilakukan pada anaknya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien tampak bingung ketika ditanya mengenai imunisasi 	<p>Faktor lingkungan</p> <p>↓</p> <p>Status imunisasi tidak lengkap</p> <p>↓</p> <p>Gejala batuk dan sesak</p> <p>↓</p> <p>Penanganan yang terlambat</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya pengetahuan orang tua</p> <p>↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda Tangan
1.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak napas, batuk.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sesak - Klien tampak batuk “grogrog” - Terdapat sekret - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi “wregg wregg” - Tanda-tanda vital : RR : 29x/menit SpO₂: 97% 	20 Januari 2025	Eka Latifah	

2	<p>Diare b.d proses penyakit ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya diare dengan konsistensi cair selama 3 hari sebelum dibawa ke RS, saat di RS anaknya masih diare dengan konsistensi cair, BAB yang dikeluarkan sedikit tapi sering</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB 5x/hari (ganti diapers) - Konsistensi cair - Tampak adanya kemerahan pada anus pasien 	20 Januari 2025	Eka Latifah	
3.	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya belum dilakukan imunisasi lagi dan banyak imunisasi yang terlewat karena ibu klien tidak tau jadwal imunisasi lengkapnya, imunisasi terakhir pada anaknya adalah imunisasi DPT, ibu klien mengatakan tidak tau apa saja imunisasi yang harus dilakukan pada anaknya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien tampak bingung ketika ditanya mengenai imunisasi 	20 Januari 2025	Eka Latifah	

C. PERENCANAAN

No	Diagnosa keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan ditandai dengan :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 12 jam makan bersihan jalan napas	<p>Manajemen Jalan Nafas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>11) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha</p>	<p>Manajemen Jalan Nafas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>11) Untuk mengetahui adanya gangguan pada pola napas</p>






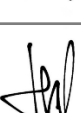
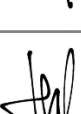
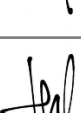
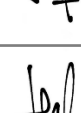
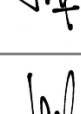
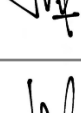
DS :	meningkat dengan	napas)	12) Untuk mengetahui
Ibu klien	kriteria hasil :	12) Monitor bunyi napas	apakah terdapat
mengatakan	5. Batuk efektif	tambahan (misalnya:	napas tambahan
anaknya masih	meningkat	gurgling, mengi,	13) Untuk mengetahui
sesak napas,	6. Produksi	wheezing, ronchi	apakah terdapat
batuk.	sputum	kering)	perubahan warna
DO :	menurun	13) Monitor sputum	dan aroma pada
- Klien	7. Ronkhi	(jumlah, warna,	sputum
tampak	menurun	aroma)	
sesak	8. Frekuensi		Terapeutik
- Klien	nafas	Terapeutik	14) Agar kepatenan
tampak	membaik	14) Pertahankan	jalan napas tetap
batuk		kepatenan jalan napas	terjaga
“grogrog”		dengan head-tilt dan	15) Agar pasien tidak
- Terdapat		chin-lift (jaw thrust	terlalu merasakan
sekre		jika curiga trauma	sesak yang
- Terdengar		fraktur servikal)	dialaminya
bunyi		15) Posisikan semi-	16) Untuk meredakan
napas		fowler atau fowler	rasa sesak yang
tambahan		16) Berikan minum hangat	ditimbulkan ketika
ronkhi		17) Lakukan fisioterapi	batuk
“wregg		dada, jika perlu	17) Untuk
wregg”		18) Lakukan	mengurangi rasa
- Tanda-tanda		penghisapan	sakit yang
vital :		lendir kurang	dirasakan
RR :		dari 15 detik	18) Oksigen sangat
29x/menit		19) Lakukan	diperlukan oleh
SpO ₂ : 97%		hiperoksigenasi	mahluk hidup
		sebelum	untuk bernafas
		penghisapan	19) Untuk mencegah
		endotrakeal	tidak adanya
		20) Keluarkan	penyumbatan jalan
		sumbatan benda	napas
		padat dengan	20) Untuk
		forsep McGill	mengindari
		21) Berikan oksigen,	ketidakefektifan
		jika perlu	jalan napas
		Edukasi	21) Untuk membantu
		22) Anjurkan asupan	asupan O ₂
		cairan 2000	Edukasi
		ml/hari, jika	12) Agar klien tidak
		tidak ada	dehidrasi
		kontraindikasi	13) Untuk
		23) Ajarkan Teknik	mengeluarkan
		batuk efektif	sputum
		24) Ajarkan dan	14) Membantu untuk
		berikan teknik	mengeluarkan
		non farmakologi	dahak yang tertahan
		(mis.inhalasi uap	melalui batuk
		sederhana)	Kolaborasi






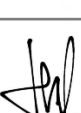
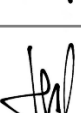
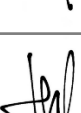
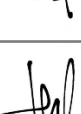



			Kolaborasi 25) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu.</i>	15) Agar dapat diberikan obat pernapasan sesuai anjuran dokter
2	Diare b.d proses penyakit ditandai dengan : DS : bu klien mengatakan anaknya diare dengan konsistensi cair selama 3 hari sebelum dibawa ke RS, saat di RS anaknya masih diare dengan konsistensi cair, BAB yang dikeluarkan sedikit tapi sering DO : - BAB 5x/hari (ganti diapers) - Konsistensi cair - Tampak adanya kemerahan pada anus pasien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x12 jam masalah gangguan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kontrol pengeluaran feses dari skala 1 menurun menjadi skala 5 meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun 3. Mengejan saat defekasi dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun 4. Konsistensi Feses dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik 5. Frekuensi BAB dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik 6. Peristaltik usus dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik	Manajemen diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat- obatan, pemberian botol susu) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi (mis.tangisan keras, kepucatan pada bayi) 4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun). 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 7. Monitor jumlah pengeluaran diare 8. Monitor keamanan dan penyiapan makanan Terapeutik 9. Berikan asupan cairan oral (mis.larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte Pasang jalur intravena 10. Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat),	Manajemen diare (I.03101) Observasi 1. Mengetahui penyebab diare pada pasien 2. Mengetahui adanya jenis makanan yang menyebabkan diare pada pasien 3. Mengetahui adanya gejala invaginasi pada pasien anak 4. Mengetahui karakteristik feses pasien dan bahan evaluasi 5. Mengetahui adanya tanda dan gejala hypovolemia pada pasien 6. Mengetahui adanya iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 7. Mengetahui jumlah pengeluaran diare pada pasien 8. Memastikan pemberian makanan sesuai kebutuhan pasien Terapeutik 9. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit pasien. 10. Memberikan terapi cairan melalui IV pada pasien 11. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit pasien 12. Mengetahui status cairan dan elektrolit pada pasien sebagai







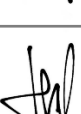
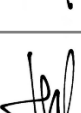
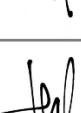
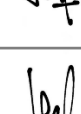
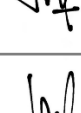
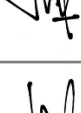
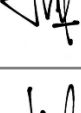
			jika perlu		bahan evaluasi
			11. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit		untuk pemberian tindakan asuhan keperawatan selanjutnya.
			12. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu		13. Mengetahui status cairan dan elektrolit pada pasien sebagai bahan evaluasi untuk pemberian tindakan asuhan keperawatan selanjutnya.
			Edukasi		
			13. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap		
			14. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa		
			15. Anjurkan melanjutkan pemberian asi		
			Kolaborasi		Edukasi
			16. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)		14. Agar asupan makanan yang dibutuhkan tubuh tetap terjaga.
			17. Kolaborasi pemberian obat anti spasmodic / spasmolitis (mis papaverine ekstak belladonna mebeverine)		15. Menghindari makanan – makanan yang dapat mengakibatkan diare berlanjut
			18. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis. atapulgit, smektif, kaolin-pektin		16. Agar intake pada anak tetap adekuat.
					Kolaborasi
					17. Pemberian obat antimotilitas (misalnya loperamiude' difenoksilat) sesuai kebutuhan pasien
					18. Pemberian obat antispasmodic/spasmodic litik (misalnya papverin, ekstrak belladonna, mebeverine) sesuai kebutuhan pasien.
					19. Pemberian obat pengeras feses (misalnya atapulgit, smekilit kaolin-pektin) sesuai kebutuhan pasien.
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x12 jam	Edukasi (I.09314) Observasi	kesehatan kesiapan	Edukasi (I.09314) Observasi 1. Memberikan








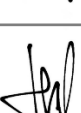
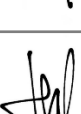
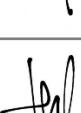
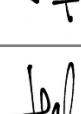
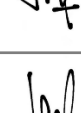
<p>terpapar informasi ditandai dengan : DS : Ibu klien mengatakan anaknya belum dilakukan imunisasi lagi dan banyak imunisasi yang terlewat karena ibu klien tidak tau jadwal imunisasi lengkapnya, imunisasi terakhir pada anaknya adalah imunisasi DPT, ibu klien mengatakan tidak tau apa saja imunisasi yang harus dilakukan pada anaknya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien tampak bingung ketika ditanya mengenai imunisasi 	<p>maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil : Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 	<p>dan kemampuan menerima informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan factor penyebab dan factor risiko yang mempengaruhi kesehatan 7. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 8. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan 	<p>informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persepsian informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui apa saja faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi hidup bersih dan sehat. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik 4. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing masing 5. Memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Untuk sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati hati 7. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan dengan optimal 8. Untuk mengoptimalkan pencapaian pencapaian keluarga sehat
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



C. PELAKSANAAN

No	Tanggal Jam	DP	Tindakan	Nama & Ttd
20/01/2025				
1	10.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 29x/menit, SpO2 98% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
2	10.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : Terdengar bunyi nafas tambahan yaitu ronchi	
3	11.00	1	Mengajarkan dan lakukan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : Ibu klien tampak belum mengerti dengan teknik yang diajarkan, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	
4	12.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 28x/menit, SpO2 98% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
5	12.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : terdengar suara nafas tambahan yaitu ronchi	
6	12.10	2	Memonitor penyebab diare pada pasien Hasil: reaksi inflamasi sistemik akibat bronkopneumonia	
7	12.15	2	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil: konsistensi cair, BAB yang dikeluarkan sedikit tapi sering, kurang lebih 5x sehari	
8	12.15	2	Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal Hasil: bagian sekitar anus masih tampak kemerahan	
9	12.20	2	Memonitor tanda dan gejala hypovolemia pada pasien Hasil: tidak ada tanda dan gejala yang mengarah pada hypovolemia (turgor kulit baik, mukosa bibir kering, crt<2 detik)	
9	13.00	2	Berikan cairan intravena Hasil: klien terpasang infus RL 16 cc/jam	
11	13.00	2	Edukasi intake pada anak tetap adekuat. Hasil: keluarga pasien mengatakan komitmen untuk meningkatkan asupan cairan pada klien	




12	13.30	3	Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	
13	14.00	3	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: keluarga klien mengatakan siap untuk diberikan edukasi kesehatan mengenai pentingnya imunisasi pada anak	
14	14.10	3	Menjelaskan mengenai macam-macam imunisasi dasar dan pentingnya imunisasi Hasil: keluarga klien mengatakan memahami penjelasan dan berencana untuk melengkapi imunisasi sesuai anjuran	
15	14.30	3	Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil: ibu klien bertanya mengenai tempat imunisasi yang bisa didatangi dimana saja	
16	16.00	1	Memberikan terapi farmakologi Hasil : Paracetamole syr 5ml (oral) Coltin 2,5ml (oral)	
17	17.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
18	19.00	1	Mengajarkan dan lakukan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : Ibu klien tampak sedikit mengerti dengan teknik yang diajarkan, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	
19	20.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 30x/menit, SpO2 97% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
20	20.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : masih terdengar suara napas tambahan yaitu ronchi	
21/01/2025				
1	08.15.	1	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 25x/menit, SpO2 99% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
2	08.20	1	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan yaitu ronchi halus	
3	08.45	1	Memberikan terapi farmakologi Hasil : Ceftriaxone 550mg (IV) Genta 80mg (IV) Paracetamole syr 5ml (oral) Coltin 2,5 (oral)	

4	09.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
5	11.00	1	Mengajarkan dan lakukan teknik non farmakologi (terapi uap) Hasil : Ibu klien sudah mengerti dengan terapi inhalasi sederhana yang diberikan	
6	12.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 26x/menit, SpO2 98% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
7	12.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : tidak ada suara nafas tambahan	
8	13.00	2	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil: konsistensi cair, BAB 3x sejak pagi	
9	13.15	2	Memonitor tanda dan gejala hypovolemia pada pasien Hasil: turgor kulit baik, mukosa bibir kering, crt<2 detik)	
10	13.15	2	Memberikan cairan intravena Hasil: klien terpasang infus RL 16 cc/jam, ibu klien mengatakan An. H sudah mau minum ASI lebih sering	
11	13.20	2	Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap Hasil: An. H masih susah untuk makan, hanya habis ½ porsi	
12	16.00	1	Memberikan terapi farmakologi Hasil : Paracetamole syr 5ml (oral) Coltin 2,5ml (oral)	
13	17.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
14	18.00	3	Menjelaskan mengenai imunisasi lanjutan/tambahan Hasil: keluarga klien mengatakan memahami penjelasan dan berencana untuk melengkapi imunisasi sesuai anjuran	
15	18.15	3	Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil: ibu klien bertanya mengenai biaya imunisasi lanjutan	
16	19.00	1	Mengajarkan dan lakukan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : Ibu klien sudah mengerti dengan teknik yang diajarkan, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	

17	20.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 28x/menit, SpO2 99% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
18	20.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : tidak ada suara nafas tambahan	
22/01/2025				
1	08.15	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 30x/menit, SpO2 98% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
2	08.20	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : tidak ada suara nafas tambahan	
3	08.45	1	Memberikan terapi farmakologi Hasil : Ceftriaxone 550mg (IV) Genta 80mg (IV) Paracetamole syr 5ml (oral) Coltin 2,5 (oral)	
4	09.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
5	11.00	1	Mengajarkan dan lakukan teknik non farmakologi (terapi uap) Hasil : Ibu klien mengerti dengan terapi inhalasi sederhana yang diberikan	
6	12.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 29x/menit, SpO2 99% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
7	12.10	1	Monitor bunyi nafas tambahan Hasil : tidak ada suara nafas tambahan	
8	12.15	2	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil: ibu klien mengatakan konsistensi feses sudah tidak cair, frekuensi BAB 1x sejak pagi	
9	12.15	2	Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal Hasil: tampak kemerahan sekitar anus sudah membaik	
10	12.20	2	Memonitor tanda dan gejala hypovolemia Hasil: turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, CRT < 2 detik	

11	12.20	2	Menganjurkan melanjutkan ASI Hasil: ibu klien mengatakan frekuensi minum ASI An. H lebih banyak dibandingkan kemarin	
12	12.25	3	Menjelaskan edukasi mengenai risiko jika pemebrian imunisasi tidak lengkap Hasil: keluarga mengatakan memahami penjelasan dan dapat menyebutkan kembali risiko jika pemebrian imunisasi tidak lengkap dengan baik	

D. EVALUASI

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama & Ttd
22 Januari 2025	1	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak sesak, batuk sudah tidak ada O : - Tidak ada suara napas tambahan - RR 28x/menit - SpO2 96% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	 Eka Latifah
22 Januari 2025	2	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak diare, feses sudah tidak cair, BAB 1x sejak pagi O : - Tampak kemerahan pada anus sudah membaik A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	 Eka Latifah
22 Januari 2025	3	S : Ibu klien mengatakan sudah paham mengenai imunisasi pada anak O : - Ibu klien tidak bingung ketika ditanya mengenai imunisasi - Ibu klien dapat menjawab pertanyaan ketika diberikan pertanyaan mengenai imunisasi A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	 Eka Latifah

Lampiran 7 Asuhan Keperawatan Pasien 2 (An.A)

A. PENGKAJIAN

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Nama	: An. A	
TTL	: Bandung, 15 Juli 2024	
Umur	: 6 Bulan	
Jenis kelamin	: Laki-laki	
Agama	: Islam	
Suku /Bangsa	: Sunda	
Tanggal asuk RS	: 21 Januari 2025	Jam 10.00
Tanggal pengkajian	: 22 Januari 2025	Jam 13.00
Tanggal /rencana operasi	:	Jam
No. Medrec	754442	
Diagnosa Medis	: Bronkopneumonia	
Alamat	: Legok astana	

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. N
Umur	: 36 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Ibu
Alamat	: Legok astana

c) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama

Sesak napas

b. Keluhan Saat Masuk Rumah Sakit

Ibu klien mengatakan sejak 2 hari lalu (19 Januari 2025) anaknya mengalami sesah napas, batuk berdahak, demam , flu.

Ibu klien membawa anaknya ke IGD RSUD Majalaya pada tanggal 21 januari 2025 jam 10.00. berdasarkan catatan medis di IGD hasil tanda tanda vital pasien saat masuk RS menunjukan nadi 146x/menit, respirasi 38x/menit, suhu 37°C, SpO2 92%, saat di IGD pasien sudah diberikan tindakan keperawatan pemberian cairan intravena, pemberian O2 2Liter, pemberian nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit, pemberian terapi obat paracetamole 70mg (IV), genta 50mg (IV), ampiciline 300mg (IV). Setelah pemberian tindakan keperawatan di IGD, pasien di pindahkan ke ruang alamanda anak

c. Keluhan Utama Saat Di kaji

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 22 januari 2025 jam 13.00 ibu klien mengatakann anaknya masih sesak, batuk disertai sputum, flu.

2) Riwayat kehamilan dan kelahiran

a. Prenatal

Ibu klien mengatakan rutin cek kehamilan setiap bulan ke bidan, sempat terjadi pendarahan pada usia kehamilan 2 bulan.

b. Intranatal

Ibu klien mengatakan melahirkan anaknya di RSUD Majalaya, proses kelahiran sectio caesarea, bayi lahir premature dengan BB 2100 gram, umur kehamilan 8 bulan.

c. Postnatal

Ibu klien mengtakatan kondisi bayi setelah lahir premature dan di inkubatur selama 18 hari, kondisi ibu setelah melahirkan sehat.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu klien mengatakan anaknya memiliki riwayat bronkopneumonia sejak lahir.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama atau penyakit menular lainnya.

d) Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi c. Makan Frekuensi Jenis Porsi Keluhan d. Minum Frekuensi Jumlah Jenis Keluhan	Belum Belum Belum Belum 8-12 x/hari 60 ml Asi, Sufor Tidak ada	Belum Belum Belum Belum 8-12 x/hari 40-50ml Asi, Sufor Anak susah minum susu karena anak merasa sesak napas
2	Eliminasi c. BAB Frekuensi Warna Konsistensi Keluhan d. BAK Frekuensi Jumlah Warna Keluhan	1-2 x/Hari Kuning feses Lembek Tidak ada 3x/hari (ganti diapers) - Kuning khas urin Tidak ada	Belum Belum Belum Belum 3x/hari (ganti diaper) - Kuning khas urin Tidak ada
3	Istirahat Tidur Siang Malam Keluhan	5-6 Jam 10-12 Jam Tidak ada	4 Jam 10-12 Jam Ibu mengatakan anaknya sulit tidur siang dan sering terbangun ketika tidur
4	Personal Hygiene f. Mandi g. Gosok gigi h. Keramas i. Gunting kuku j. Ganti pakaian	2x/Hari (spon) Belum 2x/Minggu 2x/Minggu 2x/Hari	2x/Hari (Spon) Belum Belum Belum 2x/hari
5	Aktivitas	Bermain	Istirahat

e) Perkembangan

1) Pertumbuhan

Berat badan (BB) : 6,3 Kg

Tinggi badan (TB) : 66 Cm

Lingkar kepala (LK)	: 41	cm
Lingkar dada (LD)	: 43	Cm
Lingkar lengan atas (LLA)	: 13	Cm
Lingkar abdomen (LA)	: 49	Cm

2) Perkembangan

Motorik halus	: Mampu meraih dan memegang mainan kecil dengan menggunakan kedua tangan
Motorik kasar	: Mampu berguling dan telentang ke tengkurep, miring ke kanan dan ke kiri
Pengamatan	: Mampu mengenali wajah orang yang serih dilihat, dibuktikan dengan anak selalu menangis ketika dihampiri perawat
Bicara	: Belum
Sosialisasi	: Anak menangis ketika dihampiri perawat

f) Riwayat Imunisasi

Ibu klien mengatakan belum melakukan imunisasi pada anaknya karena anaknya sakit, imunisasi terakhir DPT 2.

g) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran	: Composmentis GCS 15 (E: 4, M: 6, V: 5)
Penampilan	: Klien tampak lemas

2) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan darah	: mmHg
Nadi	: 122x /menit
Respirasi	: 28x /menit
Suhu	: 37,2 °C
SpO ₂	: 96%

3) Pemeriksaan *Head to Toe*

a. Kepala

Rambut warna hitam, distribusi rambut merata, bersih, tidak ada parasite. Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan.

b. Wajah

Wajah bulat bersih, warna kulit putih, bentuk simetris, tidak ada edema di wajah, tidak ada lesi.

c. Mata

Kedua mata simetris, kontraksi pupil terbukti pada saat diberi rangsangan cahaya pupil pasien mengecil, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis.

d. Telinga

Telinga kiri dan kanan pasien simetris, tidak terdapat serumen pada telinga kiri dan kanan, tidak kotor, tidak ada kelainan, tidak ada alat bantu pendengaran.

e. Hidung

Bentuk hidung simetris, septum nasal ditengah, lubang hidung normal, tidak terdapat pembengkakan, terdapat alat bantu pernapasan O2 2 liter, terpasang ngt pada hidung pasien.

f. Mulut

Bentuk mulut simetris dan tidak tampak adanya kelainan, warna bibir merah muda, mukosa bibir lembab, gigi belum tumbuh.

g. Leher

Tidak tampak kemerahan, biang keringat, dan lesi. Gerakan leher baik, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

h. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada lesi atau bitnik kemerahan, tidak ada benjolan, tidak ada keringat, pergerakan dinding dada saat inspirasi dan ekspirasi seimbang antara kiri dan kanan, tidak tampak retraksi otot dada, tidak ada getaran lemah pada kedua paru, bunyi redup di kedua paru, saat di auskultasi terdengar suara nafas tambahan ronchi, RR 28x/menit, auskultasi suara jantung S1 dan S2 reguler.

i. Abdomen

Bentuk abdomen datar, tidak ada lesi atau bitnik kemerahan, tidak ada keringat, tampak gerakan pada perut saat bernafas, tidak ada benjolan, bising usus 8 x/menit, turgor kulit kembali kurang dari 3 detik. Suara abdomen dullnes.

- j. Punggung dan Bokong
Bentuk simetris, tidak terdapat kelainan tulang punggung.
- k. Genitalia
Tidak ada kelainan pada genitalia, tidak ada kemerahan, tidak ada lesi, tidak ada benjolan.
- l. Anus
Tidak ada kelainan pada anus klien, tidak ada lesi, tidak ada benjolan.
- m. Ekstremitas
 - (1) Ekstremitas Atas
Tangan kanan dan kiri simetris, jumlah jari-jari lengkap, kuku tampak bersih dan pendek, tidak ada edema, CRT kurang dari 2 detik, terpasang infus pada tangan kiri, turgor kulit elastis.
 - (2) Ekstremitas Bawah
Kaki kiri dan kanan tampak simetris, tidak ada edema, turgor kulit elastis, jumlah jari-jari lengkap, ada reflex patella.
- h) Data Psikologis
 - 1) Data psikologis klien
Klien takut ketika dihampiri perawat dan tampak menangis saat dilakukan pengkajian dan dilakukan tindakan keperawatan.
 - 2) Data psikologis keluarga
Keluarga klien tampak tenang dan sabar saat merawat anaknya karena ingin anaknya lekas sembuh.
- i) Data Sosial
Klien ditemani oleh ibunya, hubungan klien dengan keluarga tampak harmonis dilihat dari ibu klien merawat dan menjaga klien dengan baik, klien tidak dapat bersosialisasi naik dengan perawat dibuktikan dengan klien menangis ketika perawat mengunjungi klien
- j) Data Spiritual
Klien dan keluarganya beragama islam, ibu klien seringkali mendoakan kesembuhan anaknya, ibu klien optimis untuk kesembuhan anaknya.
- k) Data hospitalisasi

Klien selalu takut dan menangis ketika perawat mengunjungi klien.

l) Data Penunjang

1) Laboratorium

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
21-01-2025	Leukosit	9.4000	3,600-11,000	/uL
	Eritrosit	4.8	3.8-5.2	10 ⁶ uL
	Hemoglobin	11.6	11.7-15.5	g/dL
	Hematokrit	37	35-47	%
	Trombosit	424,000	150,000-440,000	uL
	GDS	90	100-140	mg/dl

2) Radiologi

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil /Kesan
21 Januari 2025	Thorax AP/PA	Klinis : BP Foto Thorax AP Perihilar kiri kesan berbercak Kedua hilus kesan normal Cor: ukuran tidak membesar Kedua sinus dan diafragma kesan baik Tulang-tulang kesan intak Kesan : Bronkopneumonia kiri

3) Program dan Rencana Pengobatan



Jenis Terapi	Dosis	Cara pemberian	Waktu
RL	9cc	IV	9 cc/jam
Ceftriaxone	2 x 300mg	IV	08.00 – 20.00
Gentametasone	1 x 50mg	IV	09.00
Dexamethasone	3 x 1mg	IV	08.00 – 16.00 – 00.00
Paracetamole	3x70mg	IV	08.00 – 16.00 – 00.00
Combivent	3 x 2,5ml	Inhalasi	09.00 – 17.00 – 01.00

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak, batuk, flu DO : - Klien tampak sesak nafas - Klien tampak terpasang o2 2 liter, - klien tampak terpasang NGT - terdengar suaran nafas tambahan ronkhi - Hasil TTV Nadi : 122 x/menit RR : 28 x/menit SpO2 : 96% S : 37,2	Virus, bakteri, jamur, dan benda asing ↓ Peradangan pada bronkus ↓ Peningkatan produksi mucus ↓ Penumpukan sekret ↓ Bersihan jalan napas	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)
2	DS : Ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur di siang dan malam hari karena batuk, flu, dan sesak napas, klien sering terbangun ketika tidur, anaknya tidur hanya 15-30 menit setiap kali tidur. DO : Pasien terbangun tiap 15-30 menit dan rewel	Saluran pernapasan atas ↓ Kuman berlebih di bronkus ↓ Proses peradangan ↓ Akumulasi secret di bronkus ↓ Batuk, flu, sesak napas ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda Tangan
----	----------------------	-------------------	--------------	--------------

1.	Bersihkan jalan napas b.d sekresi yang tertahan ditandai dengan : DS : Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak, batuk, flu DO : - Klien tampak sesak nafas - Klien tampak terpasang o2 2 liter, - klien tampak terpasang NGT - terdengar suara nafas tambahan ronkhi - Hasil TTV Nadi : 122 x/menit RR : 28 x/menit SpO2 : 96% S : 37,2	22 Januari 2025	Eka Latifah	
2	Gangguan pola tidur b.d ditandai dengan : DS : Ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur di siang dan malam hari karena batuk, flu, dan sesak napas, klien sering terbangun ketika tidur, anaknya tidur hanya 15-30 menit setiap kali tidur. DO : Pasien terbangun tiap 15-30 menit dan rewel	22 Januari 2025	Eka Latifah	

C. PERENCANAAN










No	Diagnosa keperawatan	Intervensi			
		Tujuan	Tindakan	Rasional	
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan ditandai dengan : DS : Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak, batuk, flu DO : - Klien tampak sesak nafas - Klien tampak terpasang o2 2 liter, - klien tampak terpasang NGT - terdengar suara nafas tambahan ronkhi - Hasil TTV Nadi : 122 x/menit RR : 28 x/menit SpO2 : 96%	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 12 jam makan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : 9. Batuk efektif meningkat 10. Produksi sputum menurun 11. Ronkhi menurun 12. Frekuensi nafas membaik	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi : 26) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 27) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 28) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 29) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi : 22) Untuk mengetahui adanya gangguan pada pola napas 23) Untuk mengetahui apakah terdapat napas tambahan 24) Untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum Terapeutik : 25) Agar kepatenan jalan napas tetap terjaga 26) Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang	














S : 37,2		fraktur servikal)	dialaminya
		30) Posisikan semi-fowler atau fowler	27) Untuk meredakan
		31) Berikan minum hangat	rasa sesak yang
		32) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu	ditimbulkan ketika
		33) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	batuk
		34) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal	28) Untuk
		35) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill	mengurangi rasa
		10) Berikan oksigen, jika perlu	sakit yang
		Edukasi :	dirasakan
		11) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi	29) Oksigen sangat
		12) Ajarkan Teknik batuk efektif	diperlukan oleh
		13) Ajarkan dan berikan teknik non farmakologi (mis.inhalasi uap sederhana)	mahluk hidup
		Kolaborasi :	untuk bernafas
		14) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> .	30) Untuk mencegah
		Dukungan Tidur (I.05174)	tidak adanya
		Observasi :	penyumbatan jalan
		1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	napas
		2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)	31) Untuk
		Terapeutik :	mengindari
		3. Modifikasi	ketidakefektifan
			jalan napas
			32) Untuk membantu
			asupan O2
			Edukasi :
			16) Agar klien tidak
			dehidrasi
			17) Untuk
			mengeluarkan
			sputum
			18) Membantu untuk
			mengeluarkan
			dahak yang tertahan
			melalui batuk
			Kolaborasi :
			19) Agar dapat
			diberikan obat
			pernapasan sesuai
			anjuan dokter



DO : Pasien terbangun tiap 15-30 menit dan rewel	tidur membaik	lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)	Terapeutik :
	2. Keluhan sering terjaga cukup membaik	4. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i>	3. Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien
	3. keluhan tidak puas tidur cukup membaik	5. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	4. Agar pasien mampu beristirahat dengan cukup
	4. keluhan pola tidur berubah sedang	6. Tetapkan jadwal tidur rutin	5. Agar pasien mampu merasa lebih tenang
	5. keluhan istirahat tidak cukup cukup membaik	7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, mengatur posisi, terapi akupresur)	6. Untuk menjaga kualitas tidur yang baik
		8. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga.	7. Agar pasien mampu rileks dan merasa lebih santai
			8. Untuk membantu meningkatkan kualitas tidur yang baik
		Edukasi :	Edukasi :
		9. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.	9. Agar pasien tau pentingnya istirahat yang cukup
		10. anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	10. Untuk membiasakan waktu tidur rutin
		11. anjurkan mengurangi makanan/minuman yang mengganggu tidur	11. Untuk menghindari erjadinya gangguan kualitas tidur
		12. anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM.	12. Agar mendapatkan efek tenang pada pasien
		13. ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis, psikologis, gaya hidup, sering berubah shift	13. Untuk memberikan pemahaman yang baik kepada pasien terkait pola tidur
			14. Untuk menjunjang penyebuhan pasien dengan baik

- bekerja)
14. ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.












D. PELAKSANAAN





No	Tanggal Jam	DP	Tindakan	Nama & Ttd
22/01/2025				
1	13.00	1	Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 28x/menit, SpO2 96% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
2	13.10	1	Monitor bunyi nafas tambahan Hasil : terdengar bunyi nafas ronchi	
3	16.00	1	Berikan terapi farmakologi Hasil : Ceftriaxone 300mg (IV) Genta 50mg (IV) Dexametasone 1mg (IV) Paracetamole 70mg (IV)	
4	17.00	1	Berikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : Klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
5	17.10	2	Mengidentifikasi pola dan aktivitas tidur Hasil: ibu pasien mengatakan anaknya semalam tidak bisa tidur	
6	17.15	2	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Hasil: keluarga klien mengatakan memahami penjelasan	
7	19.00	1	Ajarkan dan lakukan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : ibu klien tampak belum mengerti dengan inhalasi sederhana, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	
8	20.00	1	Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 29x/menit, SpO2 97% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
9	20.10	1	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar suara napas tambahan yaitu ronchi	
23/01/2025				

1	08.15	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 30x/menit, SpO2 95% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
2	08.20	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : terdengar bunyi nafas tambahan yaitu ronchi	
3	08.45	1	Berikan terapi farmakologi Hasil : Ceftriaxone 300mg (IV) Genta 50mg (IV) Dexametasone 1mg (IV) Paracetamole 70mg (IV)	
4	09.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : Klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
5	11.00	1	Mengajarkan dan lakukan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : ibu klien sudah mengerti dengan terapi inhalasi, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	
6	12.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 29x/menit, SpO2 97% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
7	12.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : terdengar bunyi nafas tambahan yaitu ronkhi	
8	13.00	2	Mengidentifikasi pola dan aktivitas tidur Hasil: ibu pasien mengatakan anaknya semalam tidurnya masih tidak nyenyak karena batuk	
9	16.00	1	Memberikan terapi farmakologi Hasil : Dexametasone 1mg (IV) Paracetamole 70mg (IV)	
10	17.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : Klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
11	17.30	2	Modifikasi lingkungan (mengurangi kebisingan) Hasil: anak tampak lebih nyenyak saat tidur	
12	17.30	2	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat) Hasil: An.A tampak nyaman saat dipijat dan tertidur	
13	19.00	1	Mengajarkan dan lakukan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : ibu klien sudah mengerti dengan terapi diberikan, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	



14	20.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 30x/menit, SpO2 99% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
15	20.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : terdengar bunyi nafas tambahan yaitu ronchi	

24/01/2025

1	08.15	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 30x/menit, SpO2 95% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
2	08.20	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : terdengar suara nafas tambahan yaitu ronchi	
3	08.45	1	Memberikan terapi farmakologi Hasil : Ceftriaxone 300mg (IV) Genta 50mg (IV) Dexametasone 1mg (IV) Paracetamole 70mg (IV)	
4	09.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : Klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 menit	
5	10.30	2	Mengidentifikasi pola dan aktivitas tidur Hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa tidur nyenyak setelah mendapatkan terapi uap	
6	11.00	1	Mengajarkan dan berikan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : ibu klien mengerti dengan terapi yang diberikan, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	
7	12.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 29x/menit, SpO2 96% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
8	12.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : tidak ada suara nafas tambahan	
9	16.00	1	Memberikan terapi farmakologi Hasil : Dexametasone 1mg (IV) Paracetamole 70mg (IV)	
10	17.00	1	Memberikan terapi inhalasi nebulizer Hasil : Klien diberikan inhalasi nebulizer combivent 2,5ml selama 15 men	
11	19.00	1	Mengajarkan dan berikan teknik non farmakologis (terapi uap) Hasil : ibu klien mengerti dengan terapi yang diberikan, klien diberikan terapi inhalasi sederhana	

12	19.15	2	Modifikasi lingkungan (mengurangi kebisingan) Hasil: anak tampak lebih nyenyak saat tidur	
13	19.20	2	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat) Hasil: An.A tampak nyaman saat dipijat dan tertidur nyenyak	
14	20.00	1	Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : Frekuensi napas klien 30x/menit, SpO2 98% tidak ada penggunaan otot bantu nafas	
15	20.10	1	Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : tidak ada suara napas tambahan	

E. EVALUASI

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama & Ttd
24 Januari 2025	1	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak sesak nafas, sudah tidak ada batuk dan flu O : - klien sudah tidak terpasang alat bantu pernapasan - Tidak terdengar suara nafas tambahan - RR : 30x/menit - Spo2 : 96% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	 Eka Latifah
24 Januari 2025	2	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa tidur dengan nyenyak O : - Klien tampak tidur dengan nyenyak A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	 Eka Latifah

ORIGINALITY REPORT

9%

SIMILARITY INDEX

6%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

1%

2

Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium
Part II

Student Paper

1%

3

Submitted to Badan PPSPDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

1%

4

Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan
Tinggi Indonesia Jawa Tengah

Student Paper

1%

5

repository.poltekkeskupang.ac.id

Internet Source

<1%

6

repository.poltekkes-tjk.ac.id

Internet Source

<1%

7

repository.pkr.ac.id

Internet Source

<1%

8

Submitted to State Islamic University of
Alauddin Makassar

Student Paper

<1%

9	docplayer.info Internet Source	<1 %
10	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	<1 %
11	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	<1 %
12	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %
13	Submitted to Universitas Sumatera Utara Student Paper	<1 %
14	Submitted to Universitas Sebelas Maret Student Paper	<1 %
15	pustaka.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source	<1 %
16	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1 %
17	Anisa Oktiawati, Ariani Fitriana Nisa. "Terapi Uap dengan Minyak Kayu Putih dapat Menurunkan Frekuensi Pernapasan Pada Anak Bronkopneumonia", Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal), 2021 Publication	<1 %
18	repository.bku.ac.id Internet Source	<1 %

19	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur II Student Paper	<1 %
20	repository.ubs-ppni.ac.id Internet Source	<1 %
21	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	<1 %
22	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	<1 %
23	www.scribd.com Internet Source	<1 %
24	Elisabeth N.D. Londong, Shelfi Dwi Retnani Putri Santoso, Wanto Paju. "Kombinasi Aerobic Training Dengan Eksternal Diafragma Pacing Dalam Meningkatkan Ventilasi Pada PPOK", Jurnal Keperawatan Sumba (JKS), 2025 Publication	<1 %
25	Submitted to Universitas Bung Hatta Student Paper	<1 %
26	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
27	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	<1 %
28	eprints.stikes-notokusumo.ac.id	

Internet Source

<1 %

29

repository.uinjambi.ac.id

Internet Source

<1 %

30

docobook.com

Internet Source

<1 %

31

repository.stikes-bhm.ac.id

Internet Source

<1 %

32

repository.stikeshangtuah-sby.ac.id

Internet Source

<1 %

33

repository.unej.ac.id

Internet Source

<1 %

34

vbook.pub

Internet Source

<1 %

35

www.slideshare.net

Internet Source

<1 %

36

Submitted to Ajou University Graduate School

Student Paper

<1 %

37

Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi
Swasta Indonesia II

Student Paper

<1 %

38

adoc.pub

Internet Source

<1 %

39

repository.uinjkt.ac.id

Internet Source

<1 %

40

Indrianti Alvini Rizki, Bambang Aditya Nugraha, Hesti Platini. "Management of Airway Clearance is Ineffective in Patients with Tuberculosis & Mediastinal Tumors", Jambura Nursing Journal, 2024

Publication

<1 %

41

Submitted to Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Student Paper

<1 %

42

Submitted to Poltekkes Kemenkes Sorong

Student Paper

<1 %

43

Sry Nur Hasana Sain, Amatus Yudi Ismanto, Abram Babakal. "PENGARUH ALAT PERMAINAN EDUKATIF TERHADAP ASPEK PERKEMBANGAN PADA ANAK PRA SEKOLAH DI WILAYAH PUSKESMAS ONDONG KABUPATEN KEPULAUAN SIAU TAGULANDANG BIARO", e-NERS, 2013

Publication

<1 %

44

altifani.org

Internet Source

<1 %

45

id.123dok.com

Internet Source

<1 %

46

orca.cardiff.ac.uk

Internet Source

<1 %

47

repository.stikesmukla.ac.id

Internet Source

<1 %

48

repository.ub.ac.id

Internet Source

<1 %

49

Nasrudin Andi Mappaware. "Etika dalam Penelitian Kedokteran Kesehatan", UMI Medical Journal, 2019

Publication

<1 %

50

jurnal.itscience.org

Internet Source

<1 %

51

repository.unjaya.ac.id

Internet Source

<1 %

52

www.tofome.me

Internet Source

<1 %

53

Saktika Aisya, Dian Hudiyawati. "EFEKTIVITAS PEMBERIAN TERAPI INHALASI PADA PASIEN DENGAN BRONKOPNEUMONIA UNTUK MENGATASI KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS", Jurnal Kesehatan Tambusai, 2024

Publication

<1 %

54

core.ac.uk

Internet Source

<1 %

55	ejournalmalahayati.ac.id Internet Source	<1 %
56	eprints.ummi.ac.id Internet Source	<1 %
57	repository2.stikesayani.ac.id Internet Source	<1 %
58	Fitri Novia Rahma, Ainisa Liana Putri, Sundawati Tisnasari. "ANALISIS GEJALA FONOLOGIS PADA MAHASISWA DENGAN GANGGUAN CADEL: KAJIANPSIKOLINGUISTIK", Jurnal Kata : Bahasa, Sastra, dan Pembelajarannya, 2025 Publication	<1 %
59	Nofiyanti Nofiyanti, Dayan Hisni. "Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Fisioterapi Dada dan Batuk Efektif pada Nn. D dan Ny. N dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru di Wilayah RS DKI Jakarta", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2024 Publication	<1 %
60	Submitted to Universitas Andalas Student Paper	<1 %
61	dokumen.tips Internet Source	<1 %

62

Internet Source

<1 %

63

id.scribd.com

Internet Source

<1 %

64

media.neliti.com

Internet Source

<1 %

65

skripsidotmurah.blogspot.com

Internet Source

<1 %

66

Nurul Qomariyah, Amila Nurdin, Qonita Rachmah. "Implementasi Proses Asuhan Gizi Terstandar, Pemberian Diet Tinggi Kalori dan Tinggi Protein pada Pasien Bronkopneumonia: Sebuah Laporan Kasus", Media Gizi Kemas, 2023

Publication

<1 %

67

Submitted to University of Muhammadiyah Malang

Student Paper

<1 %

68

e-laporankkn.uinjkt.ac.id

Internet Source

<1 %

69

eprints.ukmc.ac.id

Internet Source

<1 %

70

mommyasia.id

Internet Source

<1 %

71

pt.scribd.com

Internet Source

<1 %

72

repository.stikessaptabakti.ac.id

Internet Source

<1 %

73

repository.umj.ac.id

Internet Source

<1 %

74

repository.untag-sby.ac.id

Internet Source

<1 %

75

repository.upi.edu

Internet Source

<1 %

76

Sri Defi Utari, Dina Camelia, Tiara Fatma Pratiwi, Yuyud Wahyudi, Erna Ts Fitriyah.
"PENERAPAN TERAPI TEKNIS NAPAS BUTEYKO DAN POSISI ORTHOPNEA TERHADAP PENURUNAN SESAK NAPAS PADA PASIEN ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG GATOTKACA RSUD JOMBANG : STUDI KASUS",
PREPOTIF : JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT, 2024

Publication

<1 %

77

livres92.wordpress.com

Internet Source

<1 %

78

makalahtugasmu.blogspot.com

Internet Source

<1 %

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Data Diri

Nama : Eka Latifah
NIM : 221FK01019
Tempat Tanggal Lahir : 24 Januari 2004
Alamat : Ds.Jatiroke Rt02/Rw02, Jatinangor Sumedang

Riwayat Pendidikan

Tahun 2009-2010 : PAUD Pelita Harapan
Tahun 2010-2016 : SDN Sinarjati
Tahun 2016-2019 : SMPN 1 Jatinangor
Tahun 2019-2022 : SMA Yadika Tanjungsari
Tahun 2022-2025 : Universitas Bhakti Kencana

Riwayat Praktik Lapangan

1. RSUD Majalaya
2. RSUD Kota Bandung
3. RSJ Provinsi Jawa Barat
4. Rumat Rancasari
5. Puskesmas Cinambo