

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis tanggal 2 April 2026 jam 07.20 di Ruang Asoka RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi secara alloanamnesa dan autoanamnesa. Data penunjang yang lain didapatkan dari petugas kesehatan dan data rekam medis,

1. Identitas Pasien

a. Identitas pasien

- a. Nama : An.B
- b. TTL : 6 Maret 2023
- c. Usia : 3 tahun 0 bln 25 hr
- d. No RM : 0064xxxx
- e. Pendidikan : -
- f. Alamat : Sarip 10/4 Karangasem Wirosari
- g. Agama : Islam
- h. Diagnosa medis : BRPN (Bronkopneumonia)
- i. Tanggal masuk : 31 Maret 2026
- j. Nama ayah/ibu : Tn.S/Ny.U
- k. Pekerjaan ayah : Swasta
- l. Pekerjaan ibu : Ibu Rumah Tangga
- m. Agama : Islam
- n. Suku / Bangsa : Indonesia
- o. Alamat : Sarip 10/4 Karangasem Wirosari

B. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan mengatakan bahwa anaknya sesak dan batuk grok grok.

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya mengalami sesak nafas, batuk, demam dan keluar bitnik merah merah diseluruh tubuh sejak hari senin 30 Maret 2026. Dan pada hari Selasa 31 Maret 2026 keluarga pasien membawa anaknya untuk periksa di puskesmas terdekat jam 08.00 WIB, dari Puskesmas menyarankan untuk di bawa dan di rawat inap di rumah sakit. Pada jam 10.30 An.B di bawa ke Rumah Sakit Umum Dr R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi di IGD Pukul 11.30 WIB dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil Nadi 170x/menit,, S 38,5C SPO2 93% BB 13 kg, RR 40x/menit, di IGD An.B dilakukan pemasangan infus D5 ¼ NS 10 tpm, O2 Nasa Kanul 2 lpm, Nebulizer Ventolin ½ budesma 1/2. Setelah itu diambil darahnya untuk cek laboratorium. Kemudian ibu pasien mengatakan An.B di bawa ke ruang Asoka pukul 13.00, di ruang Asoka pasien mendapatkan terapi infus D5 ¼ NS 10 tpm dan mendapatkan infus sanmol 100 mg, injeksi ceftriaxone 1x300mg.

D. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Prenatal

Keluhan saat hamil : tidak ada keluhan saat hamil

Tempat ANC : Puskesmas

Usia kehamilan : 9 bulan

2. Natal

Persalinan: SC

Tempat bersalin : Rumah Sakit Permata Bunda

Kondisi kesehatan lahir : Menangis

3. Post Natal :

Ibu pasien mengatakan melahirkan An.B dengan BB lahir 3,5 kg, panjang badan 45cm,ibu pasien memberikan susu asi.

4. Penyakit waktu kecil :

Ibu pasien mengatakan pasien tidak punya riwayat penyakit

5. Pernah dirawat di RS :

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien..

6. Obat-Obatan yang digunakan

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak pernah meminum obat-obatan

7. Alergi

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai alergi

8. Kecelakaan

Tidak pernah mengalami kecelakaan

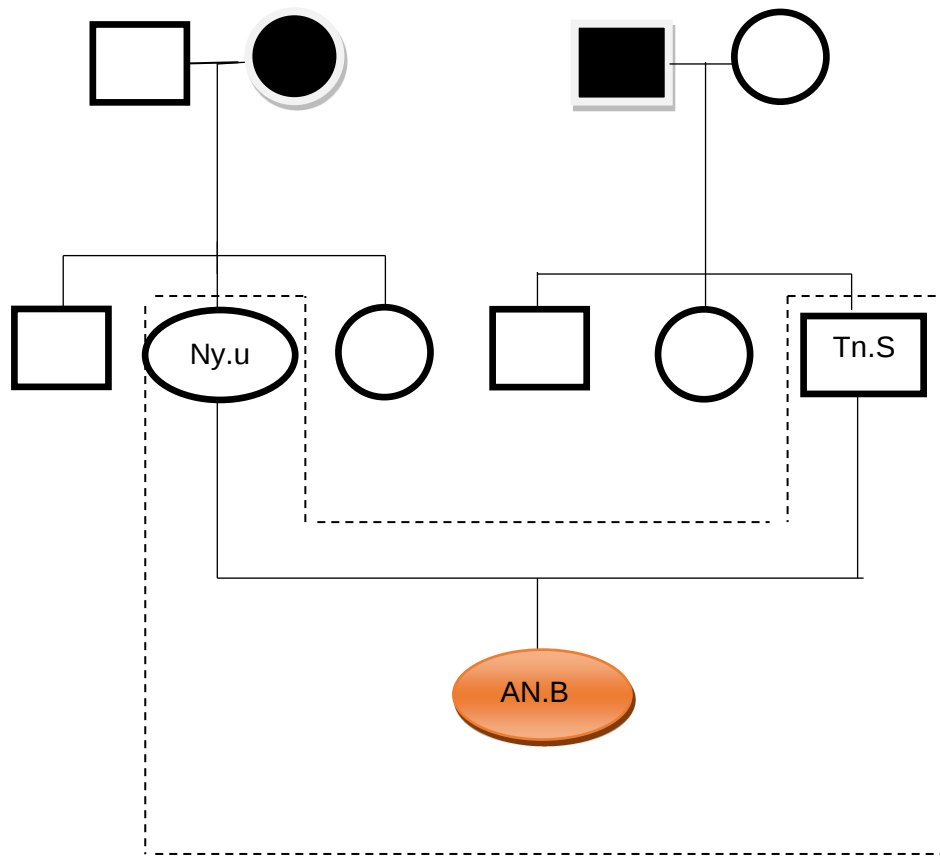
9. Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien sudah melaksanakan imunisasi lengkap, seperti: hepatitis, folio 1, 2, 3, 4, BCG, DPT 1, 2

E. RIWAYAT KELUARGA

Ibu pasien mengatakan bahwa dalam keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita oleh pasien.

F. GENOGRAM



Keterangan:



:Laki-laki



:Perempuan



: Perempuan sudah meninggal



Laki laki sudah meninggal



:Pasien

-----: Tinggal serumah

----- : Hubungan keluarga

G. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh dan alasannya :

Orang tua, karena pasien tinggal bersama orang tua.

2. Pembawaan secara umum

Ibu pasien mengatakan pembawaan pasien yang periang dan sedikit pemalu.

3. Lingkungan rumah :

Lingkungan rumah sehat dan bersih

H. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL (GORDON)

- a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

1. Status kesehatan anak sejak lahir :

Ibu pasien mengatakan pasien lahir secara SC

2. Pemeriksaan kesehatan secara rutin, imunisasi :

Ibu pasien mengatakan untuk pemeriksaan kesehatan dilakukan secara rutin di posyandu dan pasien sudah mendapatkan imunisasi seperti : hepatitis, folio 1, 2, 3, 4 BCG, DPT 1, 2

3. Penyakit yang menyebabkan anak absen dari sekolah :

Ibu pasien mengatakan anak belum sekolah

4. Praktik pencegahan kesehatan :

Ibu pasien mengatakan bahwa sejauh ini untuk pencegahan kesehatan sudah dilakukan sebisa mungkin.

5. Apakah orangtua merokok? Di dekat anak? :

Ibu pasien mengatakan bahwa bapak pasien merokok, tapi tidak didekat anak. Sesudah merokok langsung bermain dengan pasien.

6. Mainan anak/bayi ? keamanan kendaraan? :

Ibu pasien mengatakan untuk mainan anak cukup aman, tidak ada yang membahayakan.

7. Praktik keamanan orangtua :

Ibu pasien mengatakan cukup aman.

b. Pola nutrisi – metabolic

1. Pemberian ASI/PASI

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa sebelum sakit pasien minum ASI eksklusif

Selama sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih diberikan ASI eksklusif

2. Selera makanan yang disukai atau tidak disukai Sebelum sakit

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien makan makanan yang diberikan orang tua seperti bubur dan minum susu juga mau.

selama sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien menyukai makanan yang diberikan orangtua dan minum susu jika diberi makanan dari rumah sakit hanya dimakan 1-2 sendok saja/ sedikit.

3. Kebiasaan makan :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa kebiasaan pasien makan 2x pagi dan sore dengan bubur dengan porsi sedikit
selama sakit :ibu pasien mengatakan hanya minum susu dan makanan dari rumah sakit itu pun hanya 1-2 sendok saja.

4. Alat makan yang digunakan :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan alat makan yang digunakan adalah sendok makan, piring makan pasien dan gelas minum pasien
Selama sakit :ibu pasien mengatakan saat dirumah sakit menggunakan alat makan semuanya dari rumah sakit.

5. Pengkajian ABCD :

A. (Antropometri)

Sebelum sakit:

BB= 13 kg

TB= 72cm

LILA=12 cm

Selama sakit:

BB = 11,5 kg

TB = 72 cm

LILA = 12cm

Lingkar dada = 52cm

Lingkar kepala =48cm

B. (Biochemical)

Sebelum sakit= -

Selama sakit =Haemoglobin: 11,7 m/dl

Hematokrit: 34,2 %

C. (Clinical Assesment)

Sebelum sakit :Kulit halus dan bersih,mulut dan lidah lembab,mata normal

Selama sakit :Rambut tumbuh dengan sebaran merata, kulit halus dan bersih,
mulut dan lidah lembab, ekstermitas atas kiri terpasang infus
dan ekstermitas bawah normal.

D (Diit)

Sebelum sakit :pasien minum susu formula,dan makan satu porsi bubur

Selama sakit :pasien minum susu formula,dan 1-2 sendok makan bubur dari
Rumah Sakit.

c. Pola eliminasi

1. Pola defekasi

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa urin pasien berwarna
kekuningan,BAB Pasien lembek,tidak berlendir dan tidak ada
darah dan berbau khas.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa urine pasien berwarna hijau
kekuningan. BAB pasien cair sedikit ampas,tidak berlendir,
tidak ada darah saat BAB dan berbau khas.

2. Mengganti pakaian dalam/pampers

Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan jika dirumah pasien tidak menggunakan pampers dan mengganti pakaian dalam setelah mandi.

Selama sakit: :Ibu pasien mengatakan jika pampers penuh diganti dan jika pasien BAB diganti.

3. Pola eliminasi urin dan bab

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAK $\pm$ 8x/hari dan BAB 3x/hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa sehari pasien BAK $\pm$ 8x/ hari dan bab $\pm$ 12 x/ hari.

4. Pola latihan – aktivitas

1. Rutin mandi :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan saat dirumah pasien rutin mandi setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya disibin setiap pagi dan sore hari.

2. Kebersihan rutin :

Sebelum sakit:ibu pasien mengatakan kebersihan juga dilakukan setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa untuk kebersihan juga dilakukan setiap pagi, sore dan setiap ganti pampers

3. Aktivitas sehari-hari :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien bermain dengan nenek

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya bermain bersama orang tua

4. Level aktivitas anak/bayi secara umum, toleransi

Ibu pasien mengatakan bahwa anak cukup tanggap meskipun baru berusia 1 tahun

5. Persepsi anak terhadap kekuatan (kuat/lemah)

Ibu pasien mengatakan untuk persepsi pasien sangat kuat.

6. Kemampuan kemandirian anak

Ibu pasien mengatakan bahwa untuk kemandirian belum bisa karena masih butuh bantuan orangtua dan orang di lingkungan sekitar.

e. Pola istirahat tidur

1. Pola istirahat/tidur anak, perkiraan jam/dll

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien beristirahat $\pm$ 10 jam dengan nyenyak dan posisi tidur yang tenang

Selama sakit :ibu pasien mengatakan saat sakit kebutuhan tidur $\pm$ 6 jam karena pasien rewel dan menangis.

2. Perubahan pola istirahat, mimpi buruk, nokturia

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien selama dirumah belum pernah mengalami mimpi buruk.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit belum pernah mimpi buruk

3. Posisi anak tidur, gerakan tubuh

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidur dengan posisi yang nyaman dengan gerakan yang sedikit,

Selama sakit :posisi tidur tidak nyenyak dan sedikit rewel sering menangis.

f. Pola persepsi kognitif

1. Responsif secara umum

Ibu pasien mengatakan pasien cukup responsive

2. Respon anak untuk bicara, suara, objek, sentuhan

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengerti respon yang diberikan tetapi untuk menyampaikan umpan balik terkadang susah karena pasien belum jelas mengucap kata-kata.

3. Apakah anak mengikuti objek dengan matanya? Respon untuk meraih mainan Ibu pasien mengatakan iya, tetapi terkadang jika mood nya tidak bagus pasien agak cuek.

4. Vokal suara, pola bicara, kata-kata, kalimat ?

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum bisa mengucap kata-kata dengan jelas

5. Gunakan stimulus : bicara, mainan, dsb

Ibu pasien mengatakan bahwa untuk menstimulus pasien dengan bicara dan mainan

6. Kemampuan anak untuk mengatakan nama, waktu, alamat

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum mampu untuk mengucap kata-kata.

7. Kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan :

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengidentifikasi kebutuhannya dengan cara menangis dan rewel.

g. Pola persepsi diri – konsep diri

1. Status mood bayi/anak iritabilitas

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien termasuk orang dengan mood yang tidak bisa ditebak.

2. Pemahaman anak terhadap identitas diri, kompetensi, dll

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah sedikit mampu untuk memahami identitas dirinya sendiri.

Anak/bayi :

1. Status mood : berubah-ubah

2. Banyak teman, seperti yang lain ? iyaa, dirumah dan di lingkungan rumah pasien memiliki cukup banyak teman.

3. Kesepian ? tidak, karena setiap hari anak selalu ditemani orangtua dan keluarga

4. Takut ? tidak, karena selalu ada orangtua yang menemani pasien

h. Pola hubungan dan peran

1. Struktur keluarga :

Ibu pasien mengatakan bahwa struktur keluarga masih lengkap, yaitu orangtua dan kakek nenek pasien.

2. Masalah/stressor keluarga

Ibu pasien mengatakan bahwa tidak ada masalah apapun didalam keluarga

3. Interaksi anggota keluarga dan anak

Ibu pasien mengatakan bahwa interaksi keluarga dengan anak dilakukan setiap hari.

4. Respon anak/ bayi terhadap perpisahan

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien memahami jika ditinggal terkadang ditinggal bekerja oleh ibunya.

5. Anak : ketergantungan ?

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih membutuhkan bantuan dalam berbagai hal.

6. Anak : pola bermain ?

Ibu pasien mnagtakan bahwa dalam bermain pasien antusias dengan mainannya.

7. Anak : temperature ? masalah disiplin? Penyesuaian sekolah ?

Ibu pasien mengatkan bahwa pasien belum sekolah

i. Pola seksual – reproduksi

An.B merupakan anak perempuan,Ny.U mengatakan bersyukur memiliki An.B

j. Pola toleransi stress – koping

Sebelum sakit :Ny.U mengatakan An.B menangis saat kebutuhannya/ keinginannya tidak diberi,menenangkan An.B dengan cara membujuknya

Selama sakit :Ny.U mengatakan An.B saat dirawat di rumah sakit sering rewel dan menangis.

k. Pola kepercayaan nilai

Ny.U mengatakan mendidik An.B secara islami

I. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum

Kesadaran composmentis (GCS: 15)

b. Tanda Vital :

Tekanan Darah : -

Nadi: 160 x/ menit

RR: 48x/ menit

Suhu: 37 °C

c. TB: 72 cm

BB : 11,5kg

d. LILA : 12 cm

Lingkar kepala : 48 cm

Lingkar dada :52 cm

e. Mata : Bentuk mata kanan dan kiri simetris,konjungtiva tidak anemis,sklera tidak ikterik,pupil isokor tidak terdapat pembesaran pupil.

f. Hidung : Lubang hidung kanan dan kiri simetris tidak dapat benjolan tidak ada sinusitis tidak ada nafas tambahan,tidak ada alat bantu pernafasan O2 Nasa Kanul 2 lpm dan tidak ada perdarahan.

- g. Mulut ; Mulut bersih, gigi belum tumbuh, tidak ada lesi tidak terdapat sionosis tidak ada perdarahan pada gusi tidak mengalami kesulitan menelan, mukosa bibir lembab, tidak ada lesi.
- h. Telinga: Simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan serumen.
- i. Tengukuk: Tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakan.
- j. Dada : Simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi.
- k. Jantung
 - I : tidak ada lesi, ictus cordis teraba
 - P : ictus cordis teraba di ics 4 midclavikula
 - P : suara perkusi redup
 - A : terengar S₁ dan S₂, lup dup tidak ada mur mur
- Paru-Paru
 - I : simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi
 - P : tidak ada nyeri tekan
 - P : redup
 - A : terdengar suara vesikuler
- l. Abdomen
 - I : tidak ada lesi dan tidak ada benjolan pada umbilikus
 - A : bisisng usus 8x/ menit
 - P : timpani
 - P : tidak ada nyeri tekan
- n. Punggung: Simetris, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi
- p. Genetalia: Tidak terpasang DC
- q. Parineal : Sedikit kemerahan disekitar parineal

- r. Ekstermitas: Terpasang infus D5 ¼ 10 tpm ditangan kiri
- s. Kulit: Kulit sawo matang, akral hangat dan tidak terdapat odema

J. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Perhitungan umur

Tanggal Test : 2 April 2026

Tanggal Lahir : 6 Maret 2023

Umur : 3 tahun 0 bln 25 hr

1. Pelaksanaan Test DDST

Tabel 3.1 Hasil Test DDST

Sektor	Respon anak
Personal Sosial	1. Pasien sudah bisa makan sendiri(P) 2. sudah bisa tepuk tangan(P) 3. sudah bisa menyatakan keinginan(P) 4. sudah bisa daag-daag dengan tangan(P)
Motorik Halus	1. Sudah bisa memegang dengan ibu jari(P) 2. Sudah bisa membenturkan 2 kubus 3. sudah bisa menaruh kubus dicangkir(P)
Bahasa	1. Pasien sudah bisa mengkombinasi silabel(P) 2. sudah bisa mengoceh(P) 3. sudah bisa menyebutkan papa mama spesifik(P) 4. sudah bisa menyebut satu kata(P)
Motorik kasar	1. Pasien sudah bisa bangkit terus

duduk(P)
2. Sudah bisa berdiri 2 detik(P)
Sudah bisa berdiri sendiri(P)

Kesimpulan :Perkembangan An.B pada personal sosial,motorik halus,Bahasa dan motorik kasar sesuai dengan usianya yaitu 2 tahun dalam batas normal dan tidak mengalami keterlambatan dalam perkembangan.

K. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujuk
Hematologi			
Hemoglobin	9,5	g/dL	10,7-13,1
Hematokrit	33	%	37-43
Lekosit	20380	/uL	6000-17000
Trombosit	426000	/uL	217000-497000

I. TERAPI

b. Tabel 3.4 Terapi obat

Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Infus D5 ¼ NS	10 tpm	Intravena	Untuk mempertahankan hidrasi pada pasien, mengembalikan cairan tubuh

O2 nasa kanul	2 lpm	hidung	Untuk terapi oksigen dengan kebutuhan rendah hingga sedang
Pamol	100 mg	Intravena	Untuk meredakan demam
Nebulizer Ventolin Budesma	3x1/2	Uap	Untuk mengobati penyakit pada saluran pernapasan.
Ampicilin	4x500 mg	Intravena	Untuk membunuh bakteri penyebab infeksi
Ambroxol	3x1/2cth	Oral	Untuk mengencerkan dahak kental pada saluran pernapasan
Ondansentron	3x1 mg	Intravena	Untuk mencegah mual dan muntah
Rantin	2x10 mg	Intravena	Untuk mengatasi mual dan muntah

M.ANALISA DATA

2. Tabel 3.5 Analisa data

NO	Hari/Tanggal	Data fokus	Problem	TTD
1	Kamis,2/4/2026	DS: Ibu pasien mengatakan pasien batuk tidak efektif berdahak dan tidak bisa keluar sejak 30 Maret	Bersihkan jalan nafas (D.0001)	Dellis

2026 (1 hari)

DO:

a.KU compos mentis

b. pasien Nampak lemas

c. Akral hangat

d. Tidak terdapat
perdarahan

e. Terdengar suara nafas
tambahan ronkhi

f. Terpasang alat bantu
pernafasan O2 Nasa
Kanul 2lpm

g. Pemeriksaan TTV
pasien

N:160x/menit

S:38C

SPO2:93%

2	Kamis,2/4/2026	DS: Ibu pasien mengatakan pasien nafanya berbunyi grok grok DO: Pasien nampak lemas b.RR:48x/menit	Pola nafas tidak efektif (D.0005)	Dellis
---	----------------	---	--------------------------------------	---------------

3	Kamis 2/4/2026	DS:Ibu pasien	Hipertemi (D.0130)	Dellis
		mengatakan An.B		
		demam,batuk,pilek		
		DO:		
		S: 38 C		
		HR: 150X/menit		
4	Kamis 2/4/2026	DS: Ibu pasien	Defisit Nutrisi	Dellis
		mengatakan nafsu makan	(D.0019)	
		berkurang sejak sakit		
		kemarin		
		DO:		
		a. Pasien tampak lemah		
		b. Pemeriksaan ABCD		
		A: TB: 72cm		
		BB: 11,5 kg		
		IMT: 12cm		
		(Underweight)		
		LILA:11cm		
		B:HB :9,5 g/dL		
		Leukosit: 20380/Ul		
		Trombosit:426000/uL		
		Hematokrit: 33%		
		C: Mukosa bibir		

kering

D: Diet lunak (bubur)

Frekuensi makan

hanya 2

sendok.pasien

minum sekitar

600cc/hari

N. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Dianogsa Keperawatan

No	Hari/Tanggal	Dx Keperawatan	Tgl	TTD
			Teratasi	
1	Kamis 2/4/2026	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d Hipersekresi jalan napas, (SDKI D.0001)	Sabtu 4/4/2026	Dellis
2	Kamis 2/4/2026	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi paru atau parenkim paru (D.0005)	Sabtu 4/4/2026	Dellis
3	Kamis 2/4/2026	Hipertemi berhubungan dengan prosesinfeksi (D.0130)	Sabtu 4/4/2026	Dellis
4	Kamis	Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme	Sabtu	Dellis

2/4/2026

(D.0019)

4/4/2026

O. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.7 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d Hipersekresi jalan napas, (SDKI D.0001)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat. Ditandai dengan kriteria hasil: Bersihan Jalan Napas (SLKI,L.01001) 1. Batuk efektif meningkat. 2. Produksi sputum menurun. 3. Wheezing menurun. 4. Sianosis menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi napas membaik	Latihan Batuk Efektif (SIKI,I.101006) Observasi 1. Identifikasi kemampuan hatak 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4. Monitor input dan output cairan (misal: jumlah dan karakteristik) Terapeutik 1. Atur posisi semi-fowler dan fowler 2. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 3. Buang sekret pada tempat sputum Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. 2. Anjurkan Tarik napas dalam melalui

	7. Pola napas membaik (reguler) hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik. 1. Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3kali 2. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.
Pola napas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi paru atau parenkim paru (D.0005) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil: (SLKI,L.01004) 1. Dispnea menurun. 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun. 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	Manajemen Jalan Napas (SIKI I01011). Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, Ronchi kering. 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Terapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

		5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8. Berikan oksigen, jika perlu. Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontra indikasi. 2. Anjurkan teknik batuk efektif. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi (D.0130)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama x24 jam maka termogulasi membaik dengan kriteria hasil: (SLKI, L.14134) 1. Suhu tubuh membaik 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Takikardi menurun	Manajemen Hipertermia (SIKI I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik

5. Takipneu menurun

1. Sediakan lingkungan yang dingin
2. Longgarkan atau lepaskan pakaian
3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh
4. Berikan cairan oral
5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
8. Berikan oksigen, jika perlu.

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (SDKI D.0019)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama x24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:	Manajemen Nutrisi (SIKI I.03119)
	(SLKI, L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi. 2. Identifikasi alergi dan intoleransi. 3. Identifikasi makanan yang disukai. 4. Identifikasi kebutuhan kalori yang dihabiskan.

3. Indeks masa tubuh
(IMT) membaik

- 5. jenis nutrien meningkat
- 6. Identifikasi berat badan
- 7. selang nasogastrik membaik
- 8. Monitor asupan makanan
- 9. Monitor Indeks Masa Tubuh.
- 10. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan
- 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- 3. Berikan makanan tinggi protein dan kalori
- 4. Berikan suplemen makanan, jika perlu

Edukasi

- 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- 2. Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan.
 - 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
-

P. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.8 Implementasi keperawatan

a) Hari Pertama (2026)

No	Hari /tgl/jam	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Dp				
1,3	Kamis 2/4/2026 Jam 08.00 WIB	Memonitor keadaan umum pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya batuk dan suara nafasnya grok grok dan panas DO: Suhu tubuh pasien 37C,pasien tampak lems	Delis
2	Kamis 2/4/2026 Jam 08.15 WIB	Memoniotor buyi nafas tambahan	DS: Ibu pasien mengatakan batuk berdahak yang tidak bisa keluar DO: Terdengar bunyi suara tambahan ronkhi RR:34x/menit	Delis
1	Kamis 2/4/2026 Jam 09.10 WIB	Memberikan terapi Nebulizer 2lpm	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya diberikan nebulizer DO: Pasien tampak rewel	Delis

4	Kamis 2/4/2026 Jam WIB	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	DS:Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi makanan DO: Pasien susah untuk makan	Delis
3	Kamis 2/4/2026 Jam 08.00 WIB	Memonitor suhu tubuh	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam DO:Pasien tampak rewel	Delis
3	Kamis 2/4/2026 Jam08.30	Memberikan injeksi Ondansentron 3x1mg	DS:Ibu pasien mengatakan mengatakan bersedia diberikan obat melalui infus DO:Pasien tampak rewel	Delis
4	Kamis 2/4/2026 Jam 09.40	Memberikan injeksi pamol 100mg	DS: Ibu pasien bersedia diberikan terapi obat DO: Pasien tampak rewel	Delis
1	Kamis 2/4/2026 Jam 12.30	Kolaborasi pemberian tidakan fisioterapi dada	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia diberikan tindakan fisioterapi dada DO: Pasien tampak nyaman dan tenang ketika dilakukan tindakan fisioterapi dada.	Delis

1	Kamis 2/4/2026 Jam 13.00	Memonitor keadaan umum pasien	DS: Ibu pasien mengatakan pasien nampak nyaman DO:Pasien tampak nyaman	Dellis
1	Kamis 2/4/2026 Jam 13.30	Memberikan edukasi dan demonstrasi kepada orang tua mengenai fisioterapi dada	DS:Ibu pasien mengatakan paham setelah diberikan edukasi dan demonstrasi DO:Ibu pasien mampu mempraktikan apa yang telah diajarkan	Dellis

Hari Kedua Jumat 3 April (2026)

No	Hari	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Dp	/tgl/jam			
1,3	Jumat 3/4./2026 Jam 07.20	Memonitor keadaan umum pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya batuk dan suara nafasnya sudah tidak grok grok dan panas DO: Suhu tubuh pasien 37C,pasien tampak lems	Dellis
2	Jumat 3/4./2026 Jam 08.15	Memoniotor bunyi nafas tambahan	DS: Ibu pasien mengatakan batuk berdahak yang sedikit sedikit bisa keluar DO: Terdengar bunyi suara	Dellis

			tambahan ronkhi	
			RR:28x/menit	
1	Jumat 3/4./2026 Jam 08.50	Memberikan terapi Nebulizer 2lpm	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya diberikan nebulizer DO: Pasien tampak tenang	Dellis
3	Jumat 3/4./2026 Jam 09.10	Memonitor suhu tubuh	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya hanya demam di malam hari DO:Pasien tampak rewel di malam hari	Dellis
1	Jumat 3/4./2026 Jam 09.25	Kolaborasi pemberian tidakan fisioterapi dada	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia diberikan tindakan fisioterapi dada DO: Pasien tampak nyaman dan tenang ketika dilakukan tindakan fisioterapi dada	Dellis
2	Jumat 3/4./2026 Jam 10.10	Memonitor pola nafas	DS: Ibu pasien mengatakan nafas anaknya tidak berbunyi DO: Pasien tampak tenang	Dellis
2	Jumat 3/4./2026 Jam 11.00	Kolaborasi pemberian terapi obat ambroxol 3x1/2cth	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia diberikan obat dan dijelaskan kegunaan obat	Dellis

			tersebut	
			DO: Pasien tampak tenang	
1	Jumat 3/4./2026 Jam 13..00	Memonitor keadaan umum pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya batuk dan suara nafasnya sudah tidak grok grok dan panas DO: Suhu tubuh pasien 36C,pasien tampak riang dan sudah mau diajak bermain RR:27 x/menit	Dellis

b) Hari Ketiga (2026)

No Dp	Hari /tgl/jam	Implementasi	Respon Hasil	TTD
1,3	Sabtu 4/4/2026 jam 07.15 WIB	Memonitor keadaan umum pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya batuk dan suara nafasnya sudah tidak grok grok dan sudah tidak panas DO: Suhu tubuh pasien 35,4C,pasien tampak lems	Dellis
1	Sabtu 4/4/2026 jam 07.35 WIB	Memonitor buyi nafas tambahan	DS: Ibu pasien mengatakan batuk berdahak yang sedikit sedikit bisa keluar DO: Tidak terdengar bunyi suara tambahan RR:22x/menit	Dellis
4	Sabtu 4/4/2026 jam 08.20 WIB	Kolaborasi pemberian injeksi rantin 2x10mg	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia diberikan obat dan dijelaskan kegunaan obat tersebut DO: Pasien tampak tenang	Dellis

1	Sabtu 4/4/2026 jam 09.00 WIB	Kolaborasi pemberian tidakan fisioterapi dada	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia diberikan tindakan fisioterapi dada DO: Pasien tampak nyaman dan tenang ketika dilakukan tindakan fisioterapi dada	Dellis
2	Sabtu 4/4/2026 jam 09.20 WIB	Memonitor pola nafas	DS: Ibu pasien mengatakan nafas anaknya tidak berbunyi DO: Pasien tampak tenang	Dellis
2	Sabtu 4/4/2026 jam 09.20 WIB	Kolaborasi pemberian terapi obat ambroxol 3x1/2cth	DS: Ibu pasien mengatakan bersedia diberikan obat dan dijelaskan kegunaan obat tersebut DO: Pasien tampak tenang	Dellis
4	Sabtu 4/4/2026 jam 09.20 WIB	Mengidentifikasi pola makan pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan sedikit sedikit dan mau minum	Dellis

			susu	
			DO: Pasien tampak	
			tenang dan sudah mulai	
			aktif kembali	
1	Sabtu 4/4/2026 jam 09.20 WIB	Memonitor keadaan umum pasien	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah kermali normal seperti sebelum sakit DO: pasien tampak tenang dengan hasil TTV RR:25x/menit N:130x/menit S:35,2C	Dellis

Q. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.9 Evaluasi keperawatan

a) Evaluasi hari pertama Kamis 2/4/2026

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1,2	Kamis 2/4/2026	S : ibu pasien mengatakan anaknya terdapat bunyi grok grok Ketika bernafas dan badanya sangat panas O :Pasien tampak menangis rewel dengan hasil TTV: RR40:x/menit,S38,5:C,N170:x/menit A : Masalah bersihan jalan nafas dan pola nafas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan -Monitor keadaan umum pasien -Monitor bunyi nafas tambahan -Berikan oksigen -Berikan terapi injeksi sanmol 100mg -Memberikan terapi nebulizer 2lpm	Dellis
3	Kamis 2/4/2026	S : ibu pasien mengatakan anaknya demam O:-Pasien tampak rewel dan menangis -Pemberian injeksi pamol 100mg -Akral hangat -Suhu:38,5C -Trombosit:426000/uL	Dellis

-Leukosit:20380/Ul

A:Masalah hipertermi belum teratasi

P:Lanjutkan intervensi

-Mengidentifikasi tanda dan gejala hipertermi

-Monitor suhu tubuh

-Longgarkan pakaian

-Sediakan lingkungan yang dingin

-Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

4	Kamis 2/4/2026	S : ibu pasien mengatakan anaknya mual Ketika makan dan diberikan susu	Dellis
----------	-------------------	--	--------

O:Pasien tampak lemas dan rewel dengan hasil pemeriksaan berat badan 11,5kg

A:Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

-Identifikasi status nutrisi

-Identifikasi alergi terhadap makanan

-Identifikasi berat badan

- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

b) Evaluasi hari kedua Jumat 3/4/2026

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1,2	Jumat 3/4/2026	S : ibu pasien mengatakan pernafasan anaknya sudah berkurang untuk bunyi nafas tambahan ronkhi berkurang O :Pasien tampak menangis rewel dengan hasil TTV: RR:28 x/menit,S37,5:C,N150:x/menit A : Masalah bersihan jalan nafas dan pola nafas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan -Monitor keadaan umum pasien -Monitor bunyi nafas tambahan -Berikan oksigen -Berikan terapi injeksi sanmol 100mg -Memberikan terapi nebulizer 2lpm	Dellis
3	Jumat 3/4/2026	S : ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah sedikit turun O:-Pasien tampak mulai tenang dan nyaman -Suhu:37,5C -pemberian injeksi pamol 100mg A:Masalah hipertermi belum teratasi	Dellis

P:Lanjutkan intervensi

- Mengidentifikasi tanda dan gejala hipertermi
 - Monitor suhu tubuh
 - Longgarkan pakaian
 - Sediakan lingkungan yang dingin
 - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
-

4	Jumat 3/4/2026	S : ibu pasien mengatakan anaknya mulai mau makan walaupun hanya 3 sendok dan minum susu formula sedikit	Dellis
----------	-------------------	---	---------------

O:Pasien tampak lemas dan rewel dengan hasil pemeriksaan berat badan 11,5kg

A:Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

- Identifikasi status nutrisi
-

a) Evaluasi hari ketiga sabtu 4/4/2026

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1,2	sabtu 4/4/2026	S : ibu pasien mengatakan pernafasan anaknya sudah berkurang untuk bunyi nafas tambahan ronkhi berkurang O :Pasien tampak menangis rewel dengan hasil TTV:RR:22x/menit,S35,5:C,N100:x/menit A : Masalah bersihan jalan nafas dan pola nafas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan -Monitor keadaan umum pasien -Monitor bunyi nafas tambahan	Dellis
3	sabtu 4/4/2026	S : ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah turun O:-Pasien tampak mulai tenang dan nyaman -Suhu:35,5C -pemberian injeksi pamol 100mg A:Masalah hipertermi teratasi P:intervensi dihentikan	Dellis
4	sabtu 4/4/2026	S:Ibu pasien mengatakan anaknya mulai mau makan walaupun hanya 3 sendok dan minum susu formula sedikit O:Pasien tampak lemas dan rewel dengan hasil pemeriksaan berat badan 11,5kg	Dellis

		A:Masalah defisit nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi -Identifikasi status nutrisi	
--	--	--	--

