

## Lampiran 1. Data Hasil Pengkajian Anak

### A. Pengkajian Keperawatan Anak

FORMAT PENGAJIAN ANAK POLTEKKES KEMENKES KENDARI				
IDENTITAS PASIEN		IDENTITAS ORANG TUA		
Nomor RM	:225420	<b>Identitas</b>	<b>Ayah</b>	<b>Ibu</b>
Nama	:An.A	Nama	Tn. L	Ny.H
Tempat,Tanggal Lahir	:Kendari,10/05/2024	Usia	37 Tahun	39 Tahun
Jenis Kelamin	: L	Pekerjaan	Wiraswasta	IRT
Pendidikan	:	Pendidikan	SMA	S1
Alamat	:Wawombalaka	Alamat	Wawombalaka	Wawombalaka
Tanggal Masuk RS	:6 juni 2024	Suku	Muna	Tolaki
Tanggal Pengkajian	:11/06/2024	Agama	Islam	Islam
jam:10.25				
Diagnosis Medis	:Bronkopneumonia			
<b>Identitas Saudara Kandung</b>				
No	Nama	Usia	Hub. keluarga	Status Kesehatan
1				
2				
3				
4				
5				
<b>Keluhan Utama</b>				
Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak sejak 7 hari lalu hingga sekarang.				
<b>RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU</b>				

## Riwayat Kelahiran

### 1. Prenatal

- Usia Ibu saat hamil :  < 20 tahun                       20-35 tahun                       >35 tahun
- Kenaikan BB selama Kehamilan: 7 Kg
- Persepsi kehamilan :  Kehamilan direncanakan                       Kehamilan tidak direncanakan
- Antenatal Care :  Tidak                       Ya, jumlah kunjungan : 8.....
- Keluhan Ibu selama kehamilan:  Tidak  Ya ( perdarahan  PHS  infeksi  ngidam  demam)
- Konsumsi obat selama kehamilan: .....
- Riwayat injury selama kehamilan:  Tidak  Jatuh  Kecelakaan  Lainnya .....
- Riwayat hospitalisasi :  Tidak                       Ya
- Pernah ada riwayat :  Terkena sinar X,  Menerima terapi perlindungan penyakit,  
 Melakukan meditasi selama kehamilan
- Pemeriksaan penunjang kehamilan:  Tidak  Ya: ( Rubella  Hepatitis  CMV  GO  
 Herpes  HIV  Lainnya: )
- Imunisasi :  Tidak  Ya : (Jenis Imunisasi:                      ,Jumlah Pemberian:  
Usia kehamilan:
- Golongan Darah Ibu:                      ,Golongan Darah Ayah:

## 2. Intranatal

- Tempat Persalinan :  RS  klinik  rumah
- Riwayat persalinan :  Spontan  SC  Dengan alat bantu .....
- Lama persalinan :
- Penolong Persalinan :  Dokter  Bidan  Lainnya: .....
- Usia kelahiran..... minggu
- Komplikasi : .....

## 3. Postnatal

- Pertumbuhan bayi saat lahir: BBL: 2,9 gram, PB: 48 cm, LK:.....cm, LP:.....cm, LD..... cm
- APGAR Score: .....
- Pengeluaran Meconium:  <24 Jam  >24 Jam
- Kelainan Kongenital:  Tidak  Ya
- Penyakit yang dialami bayi:  ikterus  kebiruan  kemerahan  problem menyusui  
 BB tidak stabil  Lainnya:
- Apakah bayi meninggalkan RS dengan ibunya:  Ya  Tidak

### Riwayat Penyakit Terdahulu (Untuk semua usia)

1. Penyakit yang pernah dialami :
2. Riwayat Operasi :  Tidak  Ya,
3. Riwayat Penggunaan obat :  Tidak  Ya, Jenis obat .....
4. Riwayat Injury/kecelakaan :  Tidak  Ya, sebutkan .....
5. Riwayat Alergi :  Tidak  Ya, sebutkan .....
6. Riwayat Hospitalisasi :  Tidak  Ya,
7. Reaksi Hospitalisasi :

### Riwayat Kesehatan Keluarga

1. penyakit keturunan dalam keluarga: tidak ada
2. Penyakit pada anggota keluarga:  alergi  asma  TBC  hiperetensi  panyakit jantung  stroke  
 anemia  hemopilia  arthritis  migrain  DM  kanker  dan gangguan emosional.
3. Bagan genogram

### Riwayat Imunisasi

- BCG
- DPT 1       DPT 2       DPT 3
- Hepatitis 1       Hep 2       Hep 3       Hep 4
- Polio 1       Polio 2       Polio 3       Polio 4
- Campak
- Lainnya

### Riwayat Perkembangan Tiap Tahap

Usia anak saat:

- a) Berguling .....Bulan
- b) Duduk .....Bulan
- c) Merangkak .....Bulan
- d) Berdiri .....Bulan
- e) Berjalan .....Bulan
- f) Senyum kepada orang lain pertama kali .....Bulan
- g) Bicara pertama kali .....Bulan
- h) Berpakaian tanpa bantuan .....Bulan

Perkembangan anak dibanding dengan saudara:  Lebih cepat     Lebih lambat

### Riwayat Nutrisi

#### 1. Pemberian ASI

- Pertama kali disusui : .....
- Cara pemberian :  menyusui langsung     Dot     Sendok     Cup Feeder
- Lama pemberian : .....
- ASI diberikan sampai usia : .....

#### 2. Pemberian Susu Formula

- Alasan pemberian : .....
- Jumlah pemberian : .....
- Cara Pemberian :  Dot     Sendok

#### 3. Pemberian Makanan Tambahan

- Pertama kali diberikan usia :
- Jenis :

### Riwayat Psikososial

.....  
.....  
.....

### Riwayat Spiritual

.....  
.....  
.....

### RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

- 1. Waktu timbulnya penyakit : Hari/tanggal .....jam.....
- 2. Awal munculnya keluhan :  tiba-tiba     Berangsur-angsur
- 3. Keadaan penyakit :  membaik     bertambah parah     sama dengan sebelumnya
- 4. Usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan : .....
- 5. Kondisi saat dikaji :
  - P : .....
  - Q : .....
  - R : .....
  - S : .....
  - T : .....

## Aktivitas Sehari-Hari

### 1. Nutrisi

Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis makanan	bubur	Bubur dari rumah sakit
Cara pemberian	Dibantu dengan disuap	Melalui selang NGT
Frekuensi makan	3x/hari	3x/hari
Porsi yang dihabiskan	Setengah piring	
Komposisi menu	Bubur	
Pantangan	Tidak ada	Makanan keras
Kesulitan Makan	Tidak ada	Ada

### 2. Cairan

Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis minuman	Air dan sufor	Susu dari rumah sakit
Frekuensi minum	Kurang lebih 8 kali	5x/hari
Kebutuhan cairan dalam 24 jam		

### 3. Eliminasi

BAB	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (melalui anus/stoma)	Anus	Anus
Frekuensi	1x/hari	Belum BAB
Konsistensi	Padat	
Warna/bau	Khas tinja/ kuning kecoklatan	
Kesulitan	Tidak ada	
Upaya menangani	Tidak ada	

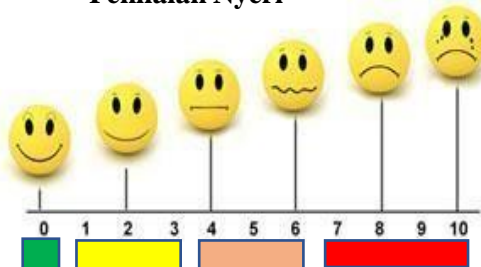
BAK	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (spontan/kateter)	Spontan	Spontan
Frekuensi	5 kali	6 kali
Warna/bau	kuning	Kuning
Kesulitan	Tidak kesulitan	Tidak kesulitan
Upaya menangani	Tidak ada	Tidak ada

### 4. Aktivitas dan Istirahat

Istirahat dan tidur	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Lama tidur	Siang:2 jam Malam:8 jam	Siang:1jam Malam:8 jam
Kebiasaan sebelum tidur	Minum susu	
Kesulitan tidur	Tidak ada	

Aktivitas	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Aktivitas (mandiri/dibantu)	Dibantu	Dibantu
Pergerakan (Bebas/terbatas)	Bebas	Terbatas
Masalah Pergerakan	Tidak ada	

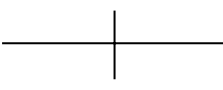
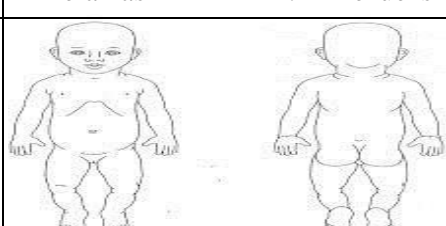
### Penilaian Nyeri



Tidak Nyeri      Nyeri Ringan      Nyeri Sedang      Sangat Nyeri

- Skala nyeri : .....
- Lokasi : .....
- Durasi : .....
- Frekuensi : .....
- Karakteristik : .....
- Nyeri hilang, bila :
  - Minum obat
  - Istirahat
    - Mendengarkan music
    - Berubah posisi/tidur
  - Lain-lain, sebutkan:.....

PEMERIKSAAN FISIK			
Kesadaran		Tanda-Tanda Vital	
<b>GCS</b>	E: 4 M: 5 V: 6	- TD : mmHg	- S:37,3 °C
<b>Kesadaran</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Compos Mentis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor Koma <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Koma	- N :131 x/menit	- SaO2:97 %
		- P :40 x/menit	
<b>Antropometri</b>	BB:6kg, PB: cm, LK: cm, LLA: cm, LP: LD:		
<b>1. Kepala</b>	- Bentuk kepala : <input checked="" type="checkbox"/> Normocephali <input type="checkbox"/> Mikrocephali <input type="checkbox"/> Makrocephali - Keadaan rambut :bersih dan distribusi rambut tipis - Bentuk wajah :tidak simetris - Lainnya :		
<b>Mata</b>	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Konjungtiva : <input checked="" type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Merah muda - Sklera ikterik : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Kelopak mata : <input checked="" type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> edema - Refleks cahaya : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ada - Lainnya :		
<b>Telinga</b>	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Sekret - Lainnya :		
<b>Hidung</b>	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Mukus : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Pernafasan cuping hidung: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Lainnya :		
<b>Mulut</b>	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Bibir Sumbing <input type="checkbox"/> Stomatitis - Mukosa Bibir : <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Lembab - Lainnya:		
<b>Leher</b>	- Pembesaran Kelenjar Tiroid : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Pembesaran Jugularis Vena Pressure : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Tonsil : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembesaran - Lainnya :		
<b>2. Dada dan Paru-paru</b>	- <b>Inspeksi</b> - Bentuk : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pigeon Chest <input checked="" type="checkbox"/> Barel Chest <input type="checkbox"/> Turner Chest - Pergerakan dinding dada: <input type="checkbox"/> Simetris <input checked="" type="checkbox"/> Asimetris - Retraksi: <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Respirasi: <input checked="" type="checkbox"/> Spontan tanpa alat bantu <input type="checkbox"/> Dengan alat bantu..... - <b>Palpasi</b> : Vocal Fremitus <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - <b>Perkusi</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Sonor <input type="checkbox"/> Hipersonor <input type="checkbox"/> Dullness - <b>Auskultasi</b> : <input type="checkbox"/> Vesikuler <input checked="" type="checkbox"/> Ronkhi <input checked="" type="checkbox"/> Wheezing		
<b>3. Jantung</b>	- <b>Inspeksi:</b> ..... - <b>Palpasi:</b> ..... - <b>Auskultasi:</b> <input type="checkbox"/> BJ 1 & BJ 2 Normal <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Gallop - <b>Perkusi:</b> ..... - Lainnya:		
<b>4. Abdomen</b>	- <b>Inpeksi</b> • Tali Pusat: <input type="checkbox"/> Basah <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Berbau <input type="checkbox"/> Berdarah <input type="checkbox"/> Keluaran Cairan..... • Distensi Abdomen : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Bentuk: Normal • Lainnya: - <b>Auskultasi</b> : Bising usus =15 x/menit		

	<p><b>- Palpasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supel : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Hepatomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Splenomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Teraba Masa : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Turgor Kulit : <input type="checkbox"/> Lambat <input checked="" type="checkbox"/> Cepat</li> </ul> <p><b>- Perkusi</b> : <input type="checkbox"/> Tympani <input checked="" type="checkbox"/> Hypertimpani</p>
<b>5. Anus dan Genitalia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laki-Laki : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Perempuan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Anomalirectal : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Kebersihan : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kurang Bersih</li> <li>- Abnormalitas lain : Sebutkan</li> </ul>
<b>6. Ekstremitas dan Muskuloskeletal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelainan tulang: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan.....</li> <li>- Spina bifida <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, sebutkan</li> <li>- Kekuatan otot: </li> <li>- Lainnya:</li> </ul>
<b>7. Kulit dan kuku</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna Kulit : <input type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> kulit tipis nampak pembuluh darah <input type="checkbox"/> Mottled</li> <li>- Sianosis : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi .....</li> <li>- Ptekie : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi .....</li> <li>- Kemerahan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi .....</li> <li>- Tanda lahir : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi .....</li> <li>- Turgor Kulit : <input checked="" type="checkbox"/> Elastis <input type="checkbox"/> Tidak elastis</li> <li>- Edema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Lokasi .....</li> <li>- CRT: kurang dari 2 detik</li> <li>- Lainnya : .....</li> </ul>
<b>8. Kebersihan Diri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mandi : Frekuensi :2kali <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan</li> <li>- Sikat Gigi : Frekuensi :- <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan</li> <li>- Keramas : Frekuensi :- <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan</li> </ul>
<b>9. Luka</b>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>Beri tanda (arsir) pada lokasi luka</p> <p>Karakteristik luka:.....</p> </div> </div>
<b>10. Respon Inflamasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemerahan : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi .....</li> <li>- Bengkak : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi .....</li> <li>- Panas : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi .....</li> <li>- Bau : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi .....</li> <li>- Pengeluaran : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi .....</li> <li>- Penurunan Fungsi : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> Ada, lokasi .....</li> <li>-</li> </ul>
<b>PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN</b>	
<p>Dengan menggunakan DDST atau KPSP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motorik Kasar : .....</li> <li>- Motorik Halus : .....</li> <li>- Bahasa : .....</li> <li>- Personal Sosial : .....</li> </ul>	

### HOSPITALISASI

1. Dampak Hospitalisasi - Anak - Orangtua	<input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Sedih <input checked="" type="checkbox"/> Cemas <input checked="" type="checkbox"/> Takut <input checked="" type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Merasa bersalah
2. Pengasuh	<input type="checkbox"/> Ayah <input checked="" type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Nenek <input type="checkbox"/> Orang Lain <input type="checkbox"/> Pengasuh lain
3. Hubungan dengan pengasuh	<input checked="" type="checkbox"/> Harmonis <input type="checkbox"/> Tidak harmonis
4. Sumber Dukungan Lain	<input checked="" type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Keluarga Lain <input type="checkbox"/> Teman sebaya
5. Keterlibatan Orangtua Saat Anak Dirawat	<input checked="" type="checkbox"/> Merawat <input type="checkbox"/> Menggendong <input type="checkbox"/> Berkunjung <input type="checkbox"/> Berbicara <input type="checkbox"/> Mendongeng/bercerita
6. Kebiasaan/keyakinan keluarga yang mempengaruhi kesehatan	
7. Pengetahuan keluarga terhadap Penyakit	

### PEMERIKSAAN PENUNJANG

#### A. Hasil Laboratorium

**Pengambilan Sampel: 06/06/2024 12:52**

Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
<b>Hematologi</b>			
<b>Darah Rutin</b>			
WBC	<b>13.21</b>	4.0-10.0	10 <sup>3</sup> /uL
Neutrofil#	4.08	1.1-7	10 <sup>3</sup> /uL
Limfosit#	<b>8.44</b>	0.7-5.1	10 <sup>3</sup> /uL
Monosit#	0,51	0.00-0.90	10 <sup>3</sup> /uL
Eosinofil#	0.02	0.00-0.90	10 <sup>3</sup> /uL
Basofil#	0.16	0-0.2	10 <sup>3</sup> /uL
Neutrofil%	<b>30.9</b>	50-70	%
Limfosit%	<b>63.9</b>	20-40	%
Monosit%	3.8	3-8	%
Eosinofil%	<b>0.2</b>	0.5-5	%
Basofil%	<b>1.2</b>	0-1	%
RBC	<b>5.11</b>	4.7-61	10 <sup>6</sup> /uL
HB	14.4	14-18	g/dL



HCT	43.4	37-48	%
MCV	85.0	81-99	fL
MCH	28.3	27-31	Pg
MCHC	33.3	33-37	g/dL
RDW-CV	<b>19.4</b>	11.5-14.5	%
RDW-SD	<b>58.60</b>	35-47	fL
PLT	<b>100</b>	150-450	10 <sup>3</sup> /uL
MPV	8.4	7.2-11.1	fL
PDW	<b>15.0</b>	9-13.3	%
PCT	<b>0.082</b>	0.15-0.4	%

## B. Hasil Foto Thorax AP

Tanggal Pemeriksaan: 06 juni 2024

### Foto Thorax AP

- Posisi asimetris, kondisi film baik, inspirasi cukup
- Konsolidasi inhomogen pada lapangan paru kanan
- Tidak tampak pematatan halus pada kedua paru
- Cor; bentuk ukuran dalam batass normal
- Kedua sinus dan diafragma baik
- Tulang-tulang intak
- Jaringan lunak sekitar kesan baik

**Kesan: Bronkopneumonia**

**TERAPI SAAT INI**

1. infus Kaen 3B 6 tpm
2. Ceftaziden 170 mg/8 jam
3. Asam Folat 1x1 tab
4. Dhavit sirup 1x1 sendok takar
5. Ambroxol sirup 3x1 ml
6. Nebu NaCL 3cc + ½ Farbivent /12 jam
7. Gentamicin zalf 3x sehari

Tanggal,..... Pukul .....

Perawat Yang Mengkaji

Mengetahui  
CI Ruangan

(.....)  
Nama Perawat + Tanda Tangan

(.....)  
Nama Perawat + Tanda Tangan

## Lampiran 2. Asuhan Keperawatan

### A. Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
1. Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak dari 7 hari yang lalu	1. Nampak klien batuk berdahak 2. Klien menggunakan otot bantu nafas 3. Klien menggunakan selang NGT 4. TTV RR: 40x/menit N: 131x/menit S: 37,3°C SpO2: 97%

### B. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <p>1. Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak dari 7 hari yang lalu</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <p>1. Nampak klien batuk berdahak 2. Klien menggunakan otot bantu nafas 3. Klien menggunakan selang NGT 4. TTV RR: 40x/menit N: 131x/menit S: 37,3°C SpO2: 97%</p>	<p>Multi faktor (Bakteri, Virus, Mikroplasma,dll)</p> <p>↓</p> <p>Peradangan pada saluran pernapasan(Faring/laring dan tonsil)</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi saluran bronkus</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan Produksi Sputum</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi Jalan Napas</p> <p>↓</p> <p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</p>	<p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</p>

C. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan (suara napas tambahan).

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan (suara napas tambahan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: a. Wheezing dari meningkat menjadi menurun b. Dispnea dari meningkat menjadi menurun c. Frekuensi napas dari memburuk menjadi membaik	<b>Manajemen Jalan Napas</b> <b>Observasi:</b> 1) Monitor pola napas (Frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas (Mis. <i>Gurgling</i> , mengi, <i>wheezing</i> , ronchi keirng) <b>Terapeutik:</b> 3) Posisikan semi fowler atau fowler <b>Kolaborasi</b> 4) Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik atau ekspektora, <i>jika perlu</i>

E. Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan	Selasa, 11/06/2024	10.50	1. Memonitor pola napas (Frekuensi napas) Hasil :	S: - Ibu klien mengatakan anaknya masih

dengan sekret yang tertahan		-	<p>Frekuensi napas 40x/menit</p> <p>2. Memonitor bunyi napas (Mis. <i>Gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronchi keirng)</p> <p>Hasil : Didapatkan suara napas tambahan wheezing dengan menggunakan stetoskop</p> <p>3. Memberikan posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>Hasil : Klien diberikan posisi semi fowler</p> <p>4. bronkodilator, mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i></p> <p>Hasil: Klien diberikan nebu NaCL 3cc + ½ forbivent /12 jam</p>	<p>batuk</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien nampak lemah</li> <li>- klien nampak gelisah</li> <li>- terdengar suara napas tambahan wheezing (+)</li> <li>- RR : 38x/menit</li> <li>- Nadi: 111x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan	Rabu, 12/06/2024	14.50	<p>1. Memonitor pola napas (Frekuensi napas)</p> <p>Hasil : Frekuensi napas 38x/menit</p> <p>2. Memonitor bunyi napas (Mis. <i>Gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronchi keirng)</p> <p>Hasil : Didapatkan suara napas tambahan wheezing cukup</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan anaknya masih batuk</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak lemas</li> <li>- Terdengar suara napas tambahan wheezing (+)</li> <li>- RR: 34x/menit</li> <li>- Nadi: 109x/menit</li> <li>- S: 36,1°C</li> </ul>

		-	<p>18.07</p> <p>3. Memberikan posisikan semi fowler atau fowler Hasil : Klien diberikan posisi semi fowler</p> <p>4. bronkodilator, mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i> Hasil: Klien diberikan nebu NaCL 3cc + ½ forbivent /12 jam</p>	<p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan	Kamis, 13/06/2024	15.15	<p>-</p> <p>1. Memonitor pola napas (Frekuensi napas) Hasil : Frekuensi napas 35x/menit</p> <p>2. Memonitor bunyi napas (Mis. <i>Gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronchi keirng) Hasil : Didapatkan suara napas tambahan wheezing samar-samar dengan menggunakan stetoskop</p> <p>3. Memberikan posisikan semi fowler atau fowler Hasil : Klien diberikan</p>	<p>S: - Ibu klien mengatakan batuk anaknya sudah berkurang</p> <p>O: - Klien nampak lemah - Terdengar suara napas tambahan wheezing (+) - RR: 30x/menit - Nadi: 109x/menit - S: 36,5°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

		18.10	posisi semi fowler 4. bronkodilator, mukolitik atau ekspektoran, <i>jika</i> <i>perlu</i> Hasil: Klien diberikan nebu NaCL 3cc + ½ forbivent /12 jam	
--	--	-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**Lampiran 3 Tabel Hasil Observasi Tindakan Nebulizer**

**Nama Pasien : An.A                      Diagnosa Medis : Bronkopneumonia**  
**Nomor RM : 225420                      Ruangan : Mawar**


<b>Bersihkan Jalan Napas</b>						
<b>Indikator</b>	<b>Hari 1</b> (Selasa, 11/06/24)		<b>Hari 2</b> (Rabu, 12/06/24)		<b>Hari 3</b> (Kamis, 13/06/24)	
	<b>Pre</b> (10.50)	<b>Post</b> (18.05)	<b>Pre</b> (14.50)	<b>Post</b> (18.07)	<b>Pre</b> (15.15)	<b>Post</b> (18.10)
Wheezing	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak
Dispnea	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak
Frekuensi Napas	40x/ menit	38x/ menit	38x/ menit	34x/ menit	35x/ menit	30x/ menit

**Keterangan:**

<b>Indikator</b>	<b>Kriteria Penilaian</b>	<b>Keterangan</b>
Wheezing: adalah suara siulan bernada tinggi saat bernapas. Secara umum saluran pernapasan lebih sempit pada saat ekspirasi, maka wheezing dapat terdengar fase ekspirasi.	Jika terdengar suara siulan bernada tinggi saat ekspirasi	Ya
	Jika tidak terdengar wheezing atau suara siulan saat ekspirasi	Tidak
Dispnea atau sesak napas adalah tidak dapat bernapasa dengan cukup. Ditandai dengan kesulitan bernapas, pernapasan dan dangkal.	Jika klien terlihat kesulitan bernapas, pernapasan cepat dan dangkal	Ya
	Klien terlihat tidak sesak napas	Tidak
Frekuensi napas	Jika frekuensi pernapasan pasien lebih dari 40 kali/menit.	Memburuk (1)
	Jika frekuensi pernapasan pasien antara 36-40 kali/menit.	Cukup memburuk (2)
	Jika frekuensi pernapasan pasien antara 31-35 kali/menit.	Sedang (3)
	Jika frekuensi pernapasan pasien antara 26-30 kali/menit.	Cukup membaik (4)
	Jika frekuensi pernapasan pasien antara 20-25 kali/menit.	Membaik (5)



#### Lampiran 4. Standar Operasional Prosedur

 <b>RSUD KOTA KENDARI</b>	<b>PEMBERIAN NEBULIZER</b>		
	No. Dokumen: 445/1226/2021	Revisi ke : 00	Halaman : ½
<b>Standar Prosedur Operasional</b>	<b>Tanggal terbit: 5 Mei 2021</b>	<b>Ditetapkan oleh :</b>  <b><u>Dr. H. Sukirman. M.Kes., MARS.,</u></b>  <b><u>Sp.PA</u></b>  <b>NIP.19700606 200012 009</b>	
<b>Definisi</b>	Suatu tindakan atau terapi untuk pemberiksaan atau pemeliharaan sistem pernapasan		
<b>Tujuan</b>	Mengencerkan secret agar mudah untuk dikeluarkan, merelaksasi jalan napas		
<b>Kebijakan</b>	SK Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Nomor 443/1115 Tahun 2021		
<b>Prosedur</b>	<p>B. Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Set Nebulizer</li> <li>2. Masker nebulizer</li> <li>3. Spuit 3 atau 5 cc</li> <li>4. Aquadest</li> <li>5. Obat bronkodilator</li> <li>6. Bengkok 1 buah</li> <li>7. Tissue</li> </ol> <p>C. Persiapan Perawat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri kepada pasien/keluarga</li> <li>2. Menjelaskan tujuan atas tindakan</li> <li>3. Menjelaskan langkah/prosedur yang akan dilakukan</li> </ol>		

	<p>4. Meminta orang tua pasien untuk mendampingi pasien selama proses tindakan.</p> <p>D. Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan dan menggunakan handscoon</li> <li>2. Mengatur pasien dalam posisi duduk atau semifowler</li> <li>3. Mendekatkan peralatan yang berisi set nebulizer ke bed pasien</li> <li>4. Isi nebulizer dengan aquadest sesuai takaran yang tersedia</li> <li>5. Memasukkan obat sesuai dosis yang telah deprogram</li> <li>6. Memasang masker nebulizer pada pasien</li> <li>7. Menghidupkan nebulizer dan meminta pasien mengambil nafas dalam hingga obat habis</li> <li>8. Matikan nebulizer</li> <li>9. Bersihkan mulut dan hidung dengan tisu</li> <li>10. Bereskan alat/fasilitas</li> <li>11. Buka handscoon dan cuci tangan</li> </ol>
<b>Unit Terkait</b>	<b>IGD, Rawat Inap, ICCU, Rawat Jalan, Admisi</b>

## Lampiran 5. Surat Keterangan Bebas Administrasi



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Kendari

Jalan A.H Nasution No.G-14 Anduonohu,  
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231  
(0401) 3190492  
<https://poltekkeskendari.ac.id>

**SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI**  
**Nomor: PP.04.03/F.XXXVI.10/2024**

Dengan ini menyatakan bahwa:

**Nama** : Nurfioni  
**Nim** : P00320021128


Benar-benar telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 06 Mei 2024

Ketua Jurusan Keperawatan

  
Adukkuyukur Batu, S.Kep, Ns, MM  
NIP. 197312081998031001

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



## Lampiran 6. Surat Keterangan Bebas Pustaka



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Kendari

Jalan A.H Nasution No.G-14 Anduonohu,  
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231  
(0401) 3190492  
<https://poltekkeskendari.ac.id>

### **SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA** **NO: KM.06.02/1/ 134 /2024**

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Nurfioni  
NIM : P00320021128  
Tempat Tgl. Lahir : Bakala, 01 Februari 2004  
Jurusan : D-III Keperawatan  
Alamat : Jl. Kancil

Dengan ini Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut bebas dari peminjaman buku maupun administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2024.

Kendari, 05 Juli 2024

Kepala Unit Perpustakaan Terpadu  
Poltekkes Kemenkes Kendari

**Irmayanti Tahir, S.I.K**  
**NIP. 197509141999032001**

## Lampiran 7. Izin Pengambilan Data Awal



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI**  
Jalan Jend. A.H Nasution No. G. 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232  
Telp. (0401)390492 Fax. (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



Nomor : PP.08.02/F.XXXVI/4240/2023  
2023  
Sifat : BIASA  
Lampiran : -  
Hal : Izin Pengambilan Data

12 Desember

Yth. RSUD Kota Kendari  
Di  
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pengambilan data penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Nurfioni  
NIM : P00320021128  
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan  
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Kolaborasi Inhalasi Nebulizer Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Anak Toddler (1-3 tahun) Yang Mengalami Bronkopneumonia Di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data awal penelitian di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Direktur Politeknik Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Kendari,



**Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM**

## Lampiran 8. Permohonan Izin Penelitian dari Badan Riset dan Inovasi Daerah



**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Kendari**

Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93231

0852 9999 5657

<https://poltekkeskendari.ac.id/>

Nomor : PP.06.02/F.XXXVI/1952/2024 30 Mei 2024  
Sifat : Biasa  
Lampiran : Satu eksemplar  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,  
Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sultra  
di-  
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari :

Nama : Nurfioni  
NIM : P00320021128  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Kolaborasi Inhalasi Nebulizer Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Anak usia balita Yang Mengalami Bronkopneumonia Di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari  
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Mohon kiranya dapat diberikan izin penelitian oleh Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari,



**Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM**

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

## Lampiran 9. Persetujuan Menjadi Responden

### LEMBAR PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI SUBJEK PENELITIAN (INFORMED CONSENT)


Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta memahami penelitian yang dilakukan dengan judul: "Gambaran Penerapan Kolaborasi Inhalasi Nebulizer Terhadap Bersihan Jalan Napas Pada Anak Toddler Usia Balita Di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari". Saya dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia mengizinkan anak saya berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan catatan apabila suatu ketika merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Maka dengan surat ini saya menyatakan setuju anak saya menjadi subjek pada penelitian ini.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny H  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Umur : 39 tahun  
Data Anak  
Nama Anak : An A  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Umur Anak : 4 tahun

Kendari, 11 Juni.....2024

Yang menyetujui,

  
(.....)



## Lampiran 10. Surat Pengantar Penelitian Dari Sub Bagian Umum RSUD Kota Kendari



### PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH

Alamat : Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121  
Website : <https://brida.sultra prov.go.id> Email: [bridaprovsultra@gmail.com](mailto:bridaprovsultra@gmail.com)

Kendari, 05 Juni 2024

Nomor : 070/ 2018 /VI/2024  
Lampiran :  
Perihal : Izin Penelitian

Yth. Direktur RSUD Kota Kendari  
di –  
Tempat

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari Nomor : PP.06.02/F.XXXVI/1952/2024 tanggal, 30 Mei 2024 perihal tersebut, dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa atas nama :

Nama : NURFIONI  
NIM : P00320021128  
Prog. Studi : D-III Keperawatan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data pada wilayah sesuai Lokasi penelitiannya, dengan judul, " *Gambaran Penerapan Kolaborasi Inhalasi Nebulizer terhadap Bersihan Jalan Nafas pada Anak Usia Balita yang mengalami Bronkopneumonia di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari*".

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 05 Juni 2024 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya menyetujui pelaksanaan penelitian dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara hanya menerbitkan izin penelitian sekali untuk setiap penelitian
3. Menyerahkan 1 (satu) rangkap copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara Cq. Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.
4. Surat izin akan dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku apabila di salah gunakan.

Demikian surat Izin Penelitian ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.



Ditandatangani secara elektronik oleh:  
Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah  
Provinsi Sulawesi Tenggara

Dra. Hj. ISMA, M. Si  
NIP 19660306 198603 2 016

#### Tembusan:

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kemenkes di Kendari;
4. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Kendari;
6. Yang Bersangkutan.-;



## Lampiran 11. Surat Pengantar Penelitian



**PEMERINTAH KOTA KENDARI**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI**  
Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No.39 Kendari  
Email: [rsudkotakendari39@gmail.com](mailto:rsudkotakendari39@gmail.com)

### SURAT PENGANTAR PENELITIAN

Kepada Yth.  
Kepala... Ruangan Rawat .....  
Di\_ .....  
Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : Nuffioni  
NIM : P003202112B  
Jurusan/ Prodi : D-III Keperawatan  
Institusi : Poltarkes Kendari  
Judul penelitian : Gambaran penerapan kolaborasi inhalasi nebulizer terhadap  
bersihan jalan napas pada Anak usia Balita yang mengalami bronkopneu-  
monia di ruang rawat RSUD Kota Kendari

Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk melaksanakan penelitian di RSUD Kota Kendari.

Demikian surat pengantar ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 7 Juni ..... 2024

An. Direktur  
Kasubag Kepegawaian dan Diklat  
  
**Rachmawati A. SKM**  
NIP. 19841111 201001 2 033

## Lampiran 12. Surat Keterangan Peneliti Telah Melakukan Penelitian



**PEMERINTAH KOTA KENDARI**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI**

*Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No.39 Kendari*  
*Email: rsudkotakendari39@gmail.com*

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

**Nomor : 070/ 15097 / 2024**

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Nurfioni  
NIM : P00320021128  
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan  
Institusi : Poltekkes Kemenkes kendari

Nama tersebut di atas benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul **GAMBARAN PENERAPAN KOLABORASI INHALASI NEBULIZER TERHADAP BERSIHAN JALAN JALAN NAPAS PADA ANAK USIA BALITA YANG MENGALAMI BRONKOPNEUMONIA DI RUANG MAWAR RSUD KOTA KENDARI** ” sejak tanggal **11 Juni 2024 s/d 13 Juni 2024**.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 03 Juli 2024

An. Direktur,  
Kepala Bagian Sekretariat

**Wa Ode Harsen, SKM**  
NIP.19740624 199603 2 004

**Lampiran 13. Dokumentasi Tindakan Terapi Nebulizer**  
**DOKUMENTASI TINDAKAN**



**Gambar 1. Menjelaskan tujuan penelitian**



**Gambar 2. Mengkaji Responden**



**Gambar 3. Sebelum melakukan tindakan**



**Gambar 4. Saat melakukan tindakan pemberian terapi**



**Gambar 5. Setelah melakukan tindakan**