

BAB III

GAMBARAN KASUS

Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Pada An. D (2 tahun 7 bulan) dengan Pneumonia di Puskesmas Selasari Kecamatan Parigi Kabupaten Pangandaran

A. Biodata

1. Identitas Klien

- a. Nama/Nama panggilan : An. D
- b. Tempat tanggal lahir/Usia : Pangandaran, 29 Agustus 2023
- c. Jenis Kelamin : Laki-laki
- d. Agama : Islam
- e. Pendidikan : -
- f. Alamat : Dusun Cikadu, RT 002/RW 017, Desa Selasari, Kec.
Parigi. Kab. Pangandaran
- g. Tanggal Masuk : Kamis, 16 April 2026
- h. Tanggal pengkajian : Kamis, 16 April 2026
- i. Diagnosa Medik : ISPA Ringan (Pneumonia)
- j. NO Rekam medik : 002147722

2. Identitas Orang tua

Ayah

- a. Nama : Tn. S
- b. Usia : 24 Tahun
- c. Pendidikan : SD
- d. Pekerjaan/sumber penghasilan : Buruh Harian Lepas
- e. Agama : Islam

f. Alamat : Dusun Cikadu, RT 002/RW 017, Desa
Selasari, Kec. Parigi. Kab. Pangandaran

Ibu

a. Nama : Ny. P
b. Usia : 21
c. Pendidikan : SMP
d. Pekerjaan/sumber penghasilan : IRT
e. Agama : Islam
f. Alamat : Dusun Cikadu, RT 002/RW 017, Desa
Selasari, Kec. Parigi. Kab. Pangandaran

B. Keluhan Utama/Alasan Masuk Rumah Sakit

Sesak napas

C. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga klien mengatakan bahwa 4 hari yang lalu anaknya mengalami batuk pilek, selama periode tersebut keluarga sudah membawa anaknya ke dokter 2 hari yang lalu. namun tadi malam anaknya mengalami sesak berat, rewel dan tidak bisa tidur sehingga keluarga memutuskan untuk membawa anaknya ke puskesmas untuk mendapatkan penanganan medis lebih lanjut.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 April 2026 pukul 09.15 ditemukan bahwa sesak napas yang dialami dipicu oleh penumpukan secret di jalan napas dan diperberat ketika posisi anak tidur terlentang dan sedikit berkurang ketika anak diposisikan duduk atau di gendong tegak. Sesak yang dialami napasnya dangkal, cepat, dan terdengar suara ronchi akibat lendir yang menumpuk. Keluhan sesak

yang dirasakan terlihat di area dada hingga jalan napas atas, berdasarkan skala klinis sesak anak masuk kedalam kategori berat dengan frekuensi napas mencapai 45x/menit, adanya retraksi dinding dada, terjadi penurunan saturasi oksigen ke angka 92%. Keluhan sesak dilaporkan keluarga muncul terus menerus dan menetap sejak semalam.

Berdasarkan hasil pengkajian fisik dan antropometri di Puskesmas, klien memiliki berat badan 14,3 kg dengan tinggi badan 93 cm. Hasil pengukuran lingkaran tubuh menunjukkan lingkaran kepala 49 cm, lingkaran dada 49 cm, lingkaran perut 50 cm, dan lingkaran lengan atas 15 cm. Tanda-tanda vital saat ini menunjukkan denyut nadi 102 x/menit dan suhu tubuh 36,7 °C. Secara inspeksi, anak tampak gelisah dan terdapat penggunaan otot bantu napas berupa tarikan dinding dada yang nyata, yang menunjukkan adanya upaya berlebih dari anak untuk memenuhi kebutuhan oksigen akibat infeksi saluran pernapasan yang dialaminya.

2. Riwayat Kesehatan Lalu

Keluarga menyatakan bahwa pasien memiliki riwayat gangguan pernapasan berulang yang dimulai sejak usia 1 tahun. Menurut penuturan ibu pasien, kondisi ini dipicu oleh paparan asap rokok dari ayah pasien yang merokok di lingkungan rumah. Sejak kejadian pertama di usia 1 tahun tersebut, pasien tercatat sudah mengalami 5 kali serangan sesak napas berat yang serupa. Meskipun keluhan sesak sering berulang, pasien belum pernah menjalani rawat inap di puskesmas maupun rumah sakit. Biasanya, setiap kali serangan sesak muncul, keluarga hanya membawa pasien ke Puskesmas untuk mendapatkan terapi uap (nebulizer) sebanyak satu kali, yang kemudian dilanjutkan dengan rawat jalan di rumah hingga gejala mereda

(Khusus untuk anak usia 0 – 5 tahun)

Pre natal Care

- a. Pemeriksaan kehamilan : Ibu rutin memeriksakan kehamilan ke tenaga medis sesuai jadwal.
- b. Keluhan selama hamil : Tidak ada keluhan perdarahan, infeksi, atau demam.
Ibu hanya mengalami keluhan normal berupa ngidam serta mual dan muntah pada trimester pertama.
- c. Riwayat Paparan : Tidak ada riwayat terpapar sinar-X maupun terapi obat-obatan tertentu.
- d. Kenaikan Berat Badan selama hamil : Terdapat kenaikan BB sebesar 20 kg (BB sebelum hamil 59 kg menjadi 79 kg saat melahirkan).
- e. Immunisasi TT : Ibu menyatakan lupa jadwal pemberiannya.
- f. Golongan darah : Ibu memiliki golongan darah A, sementara golongan darah Ayah tidak diketahui.

Natal

- a. Tempat melahirkan: Rumah Sakit Pandega.
- b. Jenis persalinan : Tindakan bedah sesar (*Sectio Caesarea*).
- c. Penolong persalinan: Tim medis (Dokter dan Bidan).
- d. Indikasi Medis : Persalinan dilakukan secara SC karena kondisi air ketuban sudah kering.

Post natal

- a. Kondisi Bayi : Berat badan lahir 2,9 kg dengan panjang badan 48 cm.
- b. Kondisi Klinis : Tidak ada riwayat penyakit kuning, kebiruan (sianosis), maupun kemerahan pada kulit saat lahir.

- c. Problem menyusui : Terdapat masalah menyusui karena ASI ibu tidak keluar selama 1 bulan pertama, sehingga pasien diberikan susu formula.

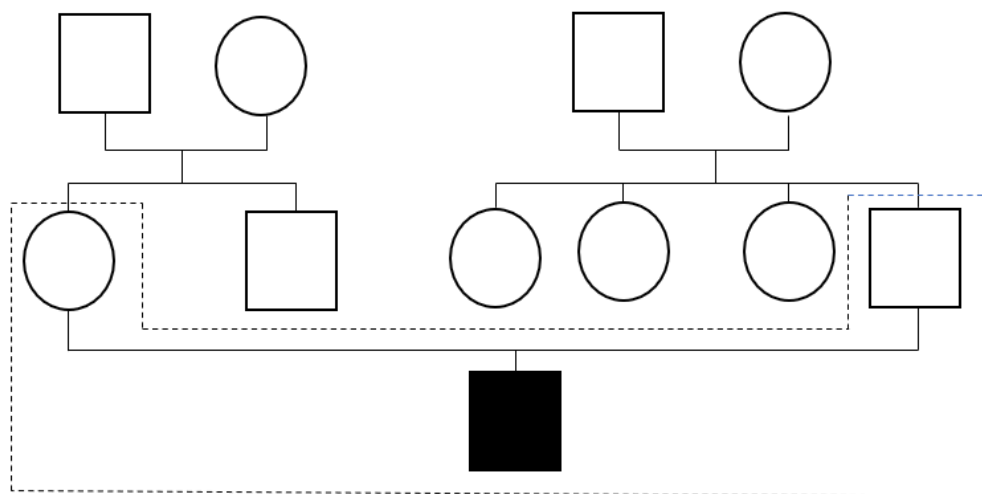
(Untuk Semua Usia)

- a. Penyakit yang pernah dialami : Pasien pernah mengalami batuk, demam, dan diare, namun tidak ada riwayat kejang.
- b. Kecelakaan yang dialami : Tidak ada riwayat kecelakaan serius maupun tindakan operasi
- c. Alergi : Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan, obat-obatan, zat kimia, maupun tekstil.
- d. Konsumsi obat-obatan bebas : Tidak ada riwayat mengonsumsi obat-obatan bebas secara rutin.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan bahwasannya tidak ada anggota keluarga yang memiliki Riwayat penyakit kronis, penyakit menular, maupun penyakit keturunan.

Bagan 3. 1 Genogram



Ket :



: Laki-laki



: Perempuan



: Klien

----- : tinggal serumah

| | : menikah

| | : Anak kandung

D. Riwayat Immunisasi

Tabel 3. 1 Riwayat Imunisasi

No	Jenis Immunisasi	Waktu Pemberian	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG	Usia 1 Bulan (26/12/23)	Muncul parut kecil
2.	DPT (I,II,III)	I: 2 Bulan (17/02/24) II: 4 Bulan (15/04/24) III: 9 Bulan (11/09/24) Lanjutan: 18 Bulan (05/06/25)	Tidak ada
3.	Polio (I,II,III,IV)	I: 1 Bulan (26/12/23) II: 2 Bulan (17/02/24) III: 4 Bulan (15/04/24) IV: 9 Bulan (11/09/24) Suntik (IPV): I: 12 Bulan (11/12/24)	Tidak ada
4.	Campak	Dasar: 12 Bulan (11/12/24) Lanjutan: 24 Bulan (23/12/25)	Tidak ada

5.	Hepatitis	HB0: 0 Bulan (21/11/23)	Tidak ada
6.	PCV	PCV 2: 3 Bulan (17/03/24)	Tidak ada

E. Riwayat tumbuh Kembang

1. Pertumbuhan Fisik

Berat Badan : 14,3 kg

Tinggi Badan : 93 cm

Waktu tumbuh gigi pertama saat usia klien 6 bulan.

Perkembangan tiap tahap

0-6 tahun dengan menggunakan DDST/KPSP

- a. Motorik Kasar : Klien sudah mampu berjalan dengan stabil dan berlari dengan koordinasi yang baik, dapat melakukan lompatan kecil dan menendang bola ke arah depan tanpa kehilangan keseimbangan, mampu mendorong atau menarik mainan sambil berjalan.
- b. Motorik Halus : Mampu memegang pensil untuk mencoret-coret kertas, sudah bisa membuka halaman buku secara mandiri (lembar demi lembar), menunjukkan kemandirian dengan mencoba makan sendiri meskipun terkadang masih berantakan.
- c. Bahasa : Perbendaharaan kata sudah kaya (lebih dari 10 kata yang jelas), klien mampu berkomunikasi menggunakan kalimat pendek yang terdiri dari 2-3 kata (misal: "Mau minum susu", "Ibu, adek sesak").
- d. Personal Sosial :
 - 1) Kemandirian: Mampu makan sendiri dan mulai menunjukkan keinginan untuk melakukan aktivitas secara mandiri.
 - 2) Sosialisasi: Masih berada pada tahap bermain paralel (senang bermain di

dekat anak lain meskipun belum banyak berinteraksi dalam permainan tersebut).

- 3) Status Keluarga: Sebagai anak tunggal, perhatian keluarga terfokus penuh pada tumbuh kembang pasien.

F. Riwayat Nutrisi

1. Pemberian susu formula

- a. Alasan pemberian : ASI tidak keluar
- b. Jumlah pemberian : 0-1 bulan 8-12x/hari dengan dosis sekali pemberian 50ml
- c. Cara memberikan : menggunakan dot

2. Pemberian makanan tambahan

- a. Pertama kali diberikan usia 6 bulan
- b. Jenis : Bubur beras merah

3. Pola perubahan nutrisi tiap tahapan usia sampai nutrisi saat ini

Tabel 3. 2 Pola Perubahan Nutrisi

Usia	Jenis Nutrisi	Lama pemberian
1. 0 – 6 Bulan	Susu formula (hanya 1 bulan), ASI	Sampai 6 bulan
2. 6 – 12 bulan	Susu formula, Bubur, biskuit, nasi tim	Sampai saat ini
3. Saat Ini	Makanan keluarga	Saat ini

G. Riwayat Psikososial

- 1. **Lingkungan berada di** : Pasien tinggal bersama kedua orang tuanya di rumah sendiri yang berlokasi di area pedesaan.
- 2. **Fasilitas sekitar** : Lokasi rumah cukup terpencil, di mana jarak menuju fasilitas sekolah maupun tempat bermain anak-anak tergolong jauh.
- 3. **Kondisi Rumah** :

a. Privasi

Klien belum memiliki kamar tidur sendiri (masih tidur bersama orang tua).

b. Ruang bermain

Di dalam rumah tidak tersedia ruang bermain khusus untuk anak.

c. Keamanan

Lingkungan rumah dinilai aman secara fisik, tidak terdapat tangga atau area yang berisiko membahayakan keselamatan pasien.

4. Hubungan Interpersonal : Hubungan antar anggota keluarga terjalin dengan sangat harmonis.

5. Pola Pengasuhan : Pengasuhan utama dilakukan oleh orang tua, dengan bantuan dari kakek atau nenek pada waktu-waktu tertentu.

H. Riwayat Spiritual

1. Support system dalam keluarga

a. Dukungan Keluarga

Sebagai anak tunggal, pasien mendapatkan perhatian penuh dari kedua orang tua. Hubungan antar anggota keluarga yang harmonis menjadi kekuatan utama (support system) dalam proses kesembuhan anak.

b. Keluarga besar

Adanya keterlibatan kakek dan nenek yang sesekali membantu pengasuhan memberikan dukungan tambahan, baik secara emosional maupun dalam pengawasan kesehatan anak di rumah.

2. Kegiatan keagamaan

a. Kebiasaan Ibadah

Keluarga klien merupakan keluarga yang taat beribadah. Di rumah, orang tua sering mengenalkan nilai-nilai agama kepada anak melalui doa-doa harian sederhana.

b. Keyakinan terhadap kesembuhan

Ibu klien mengatakan bahwa selain mengikuti pengobatan medis, keluarga juga terus berdoa untuk kesembuhan anak. Mereka percaya bahwa upaya medis yang dibarengi dengan doa akan mempercepat proses pemulihan.

I. Aktivitas Sehari-hari

1. Nutrisi

Tabel 3. 3 Aktivitas Sehari-hari Nutrisi

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Selera makan	Baik	Menurun
Menu makan	Nasi, lauk pauk, sayur	Bubur halus/makanan lunak
Frekuensi makan	3x sehari	2-3x sehari (habis sedikit)
Makanan yang disukai	Agam goreng	Tidak nafsu makan
Makanan pantangan	Tidak ada	Makanan berminyak/dingin
Pembatasan pola makan	Tidak ada	Diatur porsi sedikit tapi sering
Cara makan	Mandiri (meskipun berantakan)	Disuapi oleh ibu
Ritual saat makan	Berdoa, menonton video/sambil main	Berdoa, menonton video/sambil main

2. Cairan

Tabel 3. 4 Aktivitas Sehari-hari Cairan

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Oral	Air putih & Susu ($\pm$ 800-1000 ml/hari)	Air putih & Susu (Sedikit demi sedikit)
Output :		
BAK	$\pm$ 5-7x sehari	$\pm$ 4-5x sehari
BAB	1x sehari	Belum BAB selama sakit

3. Eliminasi (BAB & BAK)

Tabel 3. 5 Aktivitas Sehari-hari Eliminasi(BAB & BAK)

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Tempat pembuangan	Masih pipis sembarangan belum belajar toilet training	Masih pipis sembarangan belum belajar toilet training
Frekwensi (Waktu)	BAK: 5-7x, BAB: 2x	BAK: $\pm$ 4x, BAB: Belum
Konsistensi	Lunak, kuning kecokelatan	-
Kesulitan	Tidak ada	Anak tampak lemas saat bergerak
Obat pencahar	Tidak ada	Tidak ada

4. Istirahat Tidur

Tabel 3. 6 Aktivitas Sehari-hari Istirahat Tidur

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Jam tidur		
- Siang	$\pm$ 1-2 jam	Terganggu (hanya sebentar-sebentar)
- Malam	$\pm$ 9-10 jam	Terganggu (sering terbangun)
Pola tidur	Teratur	Tidak teratur
Kebiasaan sebelum tidur	Minum susu, didongengi	Harus digendong
Kesulitan tidur	Tidak ada	Sesak dan batuk terus-menerus

5. Olahraga

Tabel 3. 7 Aktivitas Sehari-hari Olahraga

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Program Olah raga	Tidak ada	Tidak ada
Jenis dan frekwensi	Bermain aktif, lari-lari	<i>Bedrest</i> (istirahat total)
Kondisi setelah olah raga	Ceria, berkeringat	-

6. Personal Hygiene

Tabel 3. 8 Aktivitas Sehari-hari Personal Hygiene

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Mandi (cara dan frekuensi)	Mandi biasa 2x sehari	<i>Seka</i> (Washlap)
Alat mandi	Sabun bayi, handuk	Washlap, air hangat
Cuci rambut	Setiap mandi	2 hari sekali
Gunting kuku	1x seminggu	Belum dilakukan
Gosok gigi	2x sehari (dibantu ibu)	2x sehari (dibantu ibu)

7. Mobilitas Fisik

Tabel 3. 9 Aktivitas Sehari-hari Mobilitas Fisik

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Kegiatan sehari-hari	Bermain aktif	Lemas, rewel
Pengaturan jadual harian	Teratur oleh orang tua	Terfokus pada pengobatan/uap
Penggunaan alat Bantu aktivitas	Tidak ada	Tidak ada
Kesulitan pergerakan tubuh	Tidak ada	Sesak napas meningkat saat bergerak dan berbaring

8. Rekreasi

Tabel 3. 10 Aktivitas Sehari-hari Rekreasi

Kondisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Perasaan saat sekolah	Belum sekolah (bermain di rumah)	-
Waktu luang	Bermain dengan teman	Menonton video (distraksi sesak)
Perasaan setelah rekreasi/bermain	Senang	Mudah lelah
Waktu senggang keluarga	Malam hari/ Akhir pekan bersama orang tua	Malam hari/ Akhir pekan bersama orang tua
Kegiatan hari libur	Jalan-jalan	-

J. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum Klien

Tampak sesak dan rewel

2. Tanda tanda Vital

- a. Suhu : 36,7 °C
- b. Nadi : 102 x/menit
- c. Respirasi : 45 x/menit
- d. Spo2 : 92% (FA)

3. Antropometri

- a. Tinggi Badan : 93 cm
- b. Berat badan : 14,3 kg
- c. Lingkar lengan atas : 15 cm
- d. Lingkar kepala : 49 cm
- e. Lingkar dada : 49 cm
- f. Lingkar perut : 50 cm

4. Sistem Pernafasan

a. Hidung :

- 9) Simetrisanm : Simetris kiri dan kanan.
- 10) pernafasan Cuping hidung : ada
- 11) secret : ada secret berwarna bening terkadang putih
- 12) polip : tidak ada
- 13) Epistaxis : tidak ada

b. Leher :

- 1) pembesaran kelenjar : Tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun getah bening.
- 2) tumor : tidak ada

c. Dada

- 1) Bentuk dada Normal : ya
- 2) Barrel : tidak ada
- 3) pigeon chest : tidak ada
- 4) Perbandingan ukuran anterior-posterior dengan transversal : 1:2
- 5) Gerakan dada : Simetris antara kiri dan kanan
- 6) Retraksi : ya (Terdapat tarikan dinding dada yang jelas/retraksi interkostal).
- 7) Otot Bantu pernafasan : tampak menggunakan otot bantu pernafasan tambahan (menunjukkan upaya napas yang berat).
- 8) Suara nafas : terdengarsuara napas tambahan ronchi
- 9) Vocal fremitus : Teraba simetris di seluruh lapang paru,

d. Apakah ada clubbing finger : tidak ada

5. Sistem Cardio Vaskuler

- a. konjungtiva : tidak anemis tidak anemis (merah muda, menunjukkan tidak ada tanda kurang darah).
- b. Arteri carotis : Teraba kuat dan teratur.
- c. Tekanan vena jugularis : Tidak ada peningkatan atau bendungan vena di area leher.
- d. Ukuran jantung : Ukuran jantung normal, tidak ditemukan adanya kardiomegali (pembesaran jantung).
- e. Ictus cordis/apex : teraba jelas di *Intercostal Space* (ICS) 5 linea midklavikula kiri, posisi normal dan tidak bergeser.
- f. Suara jantung : S1 dan S2: normal tidak ditemukan suara tambahan seperti bisings aorta, *murmur*, ataupun *gallop*.
- g. Capillary refilling Time : < 2 detik (Menunjukkan perfusi jaringan ke ujung-ujung jari masih sangat baik).

6. Sistem Pencernaan

- a. Sklera : Tidak ikterus (tidak kuning).
- b. Bibir : Mukosa bibir tampak lembab, tidak kering, dan tidak pecah-pecah. Tidak ditemukan kelainan kongenital seperti *labioskizis* (bibir sumbing).
- c. Mulut : Tidak terdapat *stomatitis* (sariawan) maupun *palatoskizis* (celah langit-langit).
 - 1) Jumlah Gigi: 15 buah
 - 2) Kemampuan Menelan: Baik, tidak ditemukan adanya kesulitan atau nyeri saat menelan.
- d. Gaster : Perut tidak kembung dan tidak ada nyeri tekan pada area epigastrium.

- 1) Bising Usus: Gerakan peristaltik usus terdengar normal, frekuensi 12x/menit.
- e. Abdomen: Hati (hepar), lien (limpa), dan ginjal tidak teraba (tidak ada pembesaran organ/massa)
- f. Anus : Kondisi area perianal bersih, tidak ada lecet (*diaper rash*), dan tidak ada hemoroid.

7. Sistem Indra

a. Mata

- 1) Kelopak mata : Tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ditemukan adanya edema (bengkak) maupun eritema (kemerahan).
- 2) Bulu mata & alis : Bulu mata bersih, tidak ada sekret (kotoran mata). Alis tumbuh normal dan simetris.
- 3) Visus (Gunakan snellen chard) : tidak dikaji
- 4) Lapang Pandang : dalam batas normal (anak mengikuti objek bergerak)

b. Hidung

- 1) Penciuman : Fungsi penciuman dinilai baik, tidak ada keluhan perih, riwayat trauma, maupun mimisan (epistaksis).
- 2) Sekret yang menghalangi penciuman : Terdapat sekret mukoid ringan (bening/putih) yang sedikit menghalangi jalan napas, konsisten dengan keluhan batuk pilek selama 4 hari.

c. Telinga

- 1) Keadaan daun telinga : Bentuk dan posisi normal, tidak ada kemerahan, dan tidak ditemukan lesi atau luka.

- 2) Kanal auditoris : Bersih, ditemukan serumen dalam jumlah minimal yang tidak mengganggu fungsi pendengaran.
- 3) Fungsi pendengaran : Baik; anak menunjukkan respon yang adekuat terhadap suara dan segera memalingkan kepala saat dipanggil atau mendengar bunyi di sekitarnya.

8. Sistem Syaraf

- a. Fungsi Cerebral: Anak merespon rangsangan dengan sangat baik, baik rangsangan verbal maupun taktil.
- b. Status Mental
 - 1) Orientasi : Baik; anak mampu mengenali orang tua dan anggota keluarga
 - 2) Daya Ingat : Baik; anak mampu merespon instruksi sederhana
 - 3) Perhatian : Anak mampu fokus pada objek atau mainan yang diberikan.
 - 4) Bahasa : Anak mampu fokus pada objek atau mainan yang diberikan.
- c. Kesadaran : *Compos Mentis* (GCS: E4 M6 V5)
- d. Fungsi Bicara : Ekspresif dan reseptif baik; anak mampu mengutarakan keinginan dan mengerti perintah sederhana.
- e. Fungsi cranial (Nervus I-XII) :
 - 1) N I (olfaktorius) : Sulit dinilai secara spesifik karena usia, namun fungsional normal.
 - 2) N II – XII : dalam batas normal yang ditandai dengan refleks cahaya positif, gerakan bola mata yang baik, refleks kornea adekuat, kemampuan menelan yang lancar, serta pergerakan wajah yang simetris
- f. Fungsi Motorik
 - 1) Massa otot : Sesuai dengan usia, tidak ditemukan adanya atrofi.

- 2) Tonus otot : normal,
- 3) kekuatan otot : 5/5 (Mampu melawan tahanan penuh pada ekstremitas atas dan bawah).
- g. Fungsi Sensorik : Respon terhadap suhu dan nyeri baik.
- h. Fungsi cerebellum : Koordinasi gerak baik (mampu meraih objek tanpa tremor) dan keseimbangan stabil saat berdiri maupun berjalan.
- i. Reflex : Tidak dikaji secara mendalam (fisiologis dalam batas normal melalui observasi gerak spontan).

9. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kepala : Bentuk kepala normal (mesosefal), pergerakan baik, dan leher terasa fleksibel saat digerakkan.
- b. Vertebrae : scoliosis : Tidak ada tanda-tanda skoliosis maupun kifosis. Lordosis masih dalam batas fisiologis sesuai usia anak. Rentang gerak (ROM) dan fungsi gerak dalam batas normal.
- c. Pelvis : Gaya berjalan normal untuk anak usia toddler, gerakan aktif, dan ROM normal.
- d. Lutut : Tidak ada bengkak maupun kaku. Gerakan lutut normal dan tidak ditemukan tanda-tanda efusi (cairan) pada sendi.
- e. Kaki : Tidak ada bengkak, pergerakan bebas, dan kemampuan berjalan sangat baik. Tidak ditemukan adanya tanda tarikan atau kelainan bentuk kaki.
- f. Tangan : Tidak ada bengkak atau edema pada kedua tangan, pergerakan aktif, dengan rentang gerak (ROM) yang normal.

- g. Kelainan Kulit: Tidak ditemukan adanya erupsi, ruam, maupun tahi lalat yang mencolok.
- h. Kuku :
 - 1) Warna : Merah muda (menunjukkan perfusi oksigen ke perifer masih cukup baik).
 - 2) Permukaan : Halus dan kuat (tidak mudah patah).
 - 3) Kebersihan : Baik dan terawat.

10. Sistem Endokrin

- a. Kelenjar Thiroid : Tidak teraba adanya pembesaran.
- b. Gejala metabolik : Tidak ada ekskresi urine berlebihan (poliuria), tidak ada rasa haus berlebihan (polidipsi), dan tidak ada nafsu makan berlebihan (polifagi).
- c. Keseimbangan suhu : Suhu tubuh stabil (36,7 °C), kadang ada keringat berlebihan yang tidak wajar.
- d. Riwayat glukosa : Tidak ada riwayat bekas air seni dikerubuti semut (menyingkirkan risiko diabetes anak).

11. Sistem Perkemihan

- a. Edema : Tidak ada edema palpebra (bengkak kelopak mata), tidak ada *moon face*, dan tidak ada edema anasarka (bengkak seluruh tubuh).
- b. Kondisi kandung kemih : Kandung kemih tidak tegang/penuh, BAK lancar.
- c. Keluhan perkemihan : Tidak ada nokturia (BAK berlebih malam hari), tidak ada disuria (nyeri saat BAK), dan tidak ada riwayat kencing batu.

12. Sistem Reproduksi

a. Laki-laki

- 1) Penis: Ukuran dan bentuk normal, tidak ada kelainan lubang kencing (hipospadia/epispadia).
- 2) Skrotum: Bersih, tidak ada kemerahan atau bengkak.
- 3) Testis: Kedua testis sudah turun ke dalam skrotum (tidak ada kriptorkismus).

13. Sistem Immun

- a. Alergi : Memiliki sensitivitas terhadap cuaca dingin yang memicu gejala batuk dan pilek.
- b. Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : Pasien sering mengalami Flu atau ISPA setiap kali terjadi perubahan cuaca (pancaroba).

K. Terapi Saat Ini

Tabel 3. 11 Terapi Saat Ini

Nama Obat	Golongan	Frekuensi & Dosis	Indikasi	Kontra Indikasi	Efek Samping
OPTIFLU Sirup	Obat Flu Kombinasi	3 x 1 cth (5ml)	Meredakan gejala flu seperti batuk, pilek, dan bersin.	Hipersensitif, gangguan jantung berat.	Mengantuk, pusing, mulut kering
Amoxicillin 125 mg	Antibiotik (Penisilin)	2 x 2 cth (dosis sirup)	Mengobati infeksi bakteri pada saluran napas (ISPA).	Alergi terhadap antibiotik golongan Penisilin.	Mual, diare ringan, ruam kulit.
Salbutamol Cairan Inhalasi	Bronkodilator (SABA)	1 x 1 (via Nebulizer)	Melebarkan jalan napas yang sempit (mengatasi wheezing/ sesak).	Penderita dengan takikardia berat.	Jantung berdebar (palpitasi), tremor/gemetar.

Salbutamol 2 mg (Tablet)	Bronkodilator	3 x 1 tablet	Mempertahankan saluran napas tetap terbuka dalam jangka waktu lama.	Hipersensitif terhadap salbutamol.	Gemetar, sakit kepala, kram otot.
Dexamethasone 0,5 mg	Kortikosteroid	3 x 1 tablet	Mengurangi peradangan/pembengkakan pada saluran napas.	Infeksi jamur sistemik, herpes simpleks.	Nafsu makan meningkat, gangguan lambung.

L. Analisa Data

Tabel 3. 12 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : - Ibu mengatakan anak batuk berdahak dan pilek sejak 4 hari lalu. - Ibu mengatakan anak sulit mengeluarkan dahaknya. DO : - Bunyi napas tambahan: ronki - Terdapat sekret mukoid bening/putih di hidung.	Bakteri, virus, jamur ↓ Terhirup masuk ke saluran pernapasan ↓ Menempel pada hidung, sinus, faring, laring, bronkus ↓ Mengiritasi sel ↓ Respon pertahanan sel ↓ Produksi mukus ↓ Kongesti pada hidung ↓ Kesulitan saat bernapas ↓ Bersihkan jalan napas tidak efektif	Bersihkan jalan napas tidak efektif

DS : - Ibu mengatakan anak sesak napas parah sejak semalam DO : - Takipnea: RR 45 x/menit. - Penggunaan otot bantu napas tambahan. - Napas cepat dan dangkal - Terlihat retraksi dinding dada - Terdapat pernapasan cuping hidung - SPO2 : 92% (FA)	Bakteri, virus, jamur ↓ Terhirup masuk ke saluran pernapasan ↓ Menempel pada hidung, sinus, faring, laring, bronkus ↓ Peradangan ↓ Sekret ↓ Merusak epitel ↓ Akumulasi sekret ↓ Bronkus menyempit ↓ suplai oksigen menurun ↓ Pola napas tidak efektif	Pola napas tidak efektif
--	--	---------------------------------

M. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
dibuktikan dengan :

DS :

- Ibu mengatakan anak batuk berdahak dan pilek sejak 4 hari lalu.
- Ibu mengatakan anak sulit mengeluarkan dahaknya.

DO :

- Bunyi napas tambahan: ronki
- Terdapat sekret mukoid bening/putih di hidung.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan :

DS :

- Ibu mengatakan anak sesak napas parah sejak semalam

DO :

- Takipnea: RR 45 x/menit.
- Penggunaan otot bantu napas tambahan.
- Napas cepat dan dangkal
- Terlihat retraksi dinding dada
- Terdapat pernapasan cuping hidung
- SPO2 : 92% (FA)

N. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 13 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari diharapkan masalah bersihan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Dispnea menurun 6. Frekuensi napas membaik 7. Pola napas membaik	Manajemen jalan nafas (I.01012) 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. Berikan teknik perawatan uap air hangat dan minyak kayu putih 5. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi

		2. Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari diharapkan masalah pola nafas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil : 6. Dispnea menurun 7. Penggunaan otot bantu menurun 8. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 9. Frekuensi napas membaik 10. Kedalaman napas membaik	Pemantauan Respirasi (L.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

O. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 14 Implementasi dan Evauasi Keperawatan

No Dx.Kep	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi (SOAPIE)	TTD
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Kamis, 16 April 2026	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Respon: Frekuensi napas 45x/menit, napas tampak dangkal, dan terdapat penggunaan otot bantu pernapasan (retraksi dinding dada) serta napas cuping hidung. 2. Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Respon: Terdengar suara napas tambahan berupa ronchi pada area basal paru kanan dan kiri. 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) Respon: Terdapat sekret berwarna bening terkadang putih (mukoid) pada hidung; anak sulit mengeluarkan dahak secara mandiri. 4. Memposisikan semi-fowler atau fowler	S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan sesak napas anak sudah berkurang setelah diberikan terapi uap (nebulizer). 2. Ibu mengatakan anak masih batuk, namun dahak belum bisa keluar secara mandiri. 3. Ibu mengatakan bersedia mencoba memberikan minum hangat lebih sering di rumah. 4. Ibu menyatakan memahami penjelasan lisan tentang manfaat terapi uap air hangat dan fisioterapi dada yang dijelaskan perawat. O (Objektif): 1. Auskultasi paru: Suara napas tambahan Ronchi masih terdengar, namun	

	Respon: Anak diposisikan duduk bersandar; anak tampak sedikit lebih tenang dan ekspansi dada lebih maksimal. 5. Memberikan minum hangat Respon: Anak mau minum air hangat sedikit demi sedikit; mukosa bibir tetap lembab. 6. Menganjurkan asupan cairan 1.215 ml/hari Respon: Ibu memahami target kebutuhan cairan harian anak sebesar 1.215 ml (berdasarkan perhitungan berat badan 14,3 kg). 7. Mengajarkan teknik perawatan uap air hangat dan minyak kayu putih di rumah serta fisioterapi dada. Respon : Ibu pasien mendengarkan penjelasan perawat mengenai manfaat terapi uap air hangat yang dicampur minyak kayu putih untuk membantu mengencerkan sekret dan melegakan jalan napas. Ibu juga diberikan penjelasan mengenai teknik fisioterapi dada (<i>clapping</i>) untuk membantu pengeluaran dahak. Ibu menyatakan	intensitasnya berkurang jika dibandingkan sebelum nebulizer. 2. Sekret mukoid bening/putih masih tampak di area hidung. 3. Batuk pasien masih tampak tidak efektif (belum kuat mengeluarkan sekret). 4. Status hidrasi: Mukosa bibir lembab dan anak mau minum air hangat yang diberikan. 5. Tanda-tanda vital post-terapi: RR 36 x/menit dan SpO2 96%. A (Analisis/Assesment): 1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif teratasi sebagian. a. <i>Justifikasi:</i> Sesak berkurang dan saturasi membaik, namun suara napas tambahan (ronchi) dan sekret masih ditemukan.	
--	---	---	--

		memahami penjelasan yang diberikan secara lisan dan bersedia untuk melihat serta mempraktikkan demonstrasinya pada pertemuan hari kedua. 8. Mengedukasi keluarga mengenai faktor pencetus Respon: Keluarga memahami bahwa paparan asap rokok dan cuaca dingin memperburuk kondisi pernapasan anak. 9. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat. Respon: Obat diberikan sesuai dosis (Salbutamol inhalasi/nebulizer, Optiflu sirup, Amoxicillin, dan Dexamethasone); tidak ditemukan tanda-tanda alergi obat atau takikardia ekstrem pasca nebulizer.	P (Perencanaan/Plan): 1. Lanjutkan pemantauan bunyi napas tambahan dan produksi sputum secara mandiri di rumah. 2. Anjurkan ibu tetap memberikan minum hangat dan menjaga hidrasi harian anak (target 1.215 ml/hari). 3. Pertahankan pemberian posisi <i>semi-fowler</i> untuk memudahkan pengeluaran sekret. 4. Rencana Hari ke-2: Lakukan demonstrasi teknik perawatan uap air hangat dengan minyak kayu putih serta teknik fisioterapi dada (<i>clapping</i>). 5. Lanjutkan kolaborasi pemberian obat oral (Optiflu, Amoxicillin, Salbutamol, dan Dexamethasone) sesuai instruksi dokter.	
--	--	--	--	--

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)	Kamis, 16 April 2026	1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Respon: Frekuensi napas membaik menjadi 32 x/menit (setelah nebulizer), irama teratur, napas tidak sedalam sebelumnya, dan usaha napas berkurang. 2. Memonitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) Respon: Gejala takipnea (napas cepat) sudah mulai mereda dari RR 45 x/menit menjadi 36 x/menit 3. Memonitor kemampuan mengeluarkan secret secara alami. Respon: Anak tampak batuk secara spontan namun tidak mampu mengeluarkan dahak sendiri (dahak sering tertelan atau tertahan). 4. Memonitor adanya produksi sputum Respon: Terdapat sekret mukoid berwarna bening	S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan sesak napas anak sudah jauh berkurang setelah diberikan terapi nebulizer di Puskesmas. 2. Ibu mengatakan napas anak sudah tidak tampak memburu/cepat seperti saat datang. 3. Ibu mengatakan merasa lebih tenang setelah mengetahui saturasi oksigen anak sudah kembali normal. 4. Ibu menyatakan memahami tujuan pemantauan yang dilakukan oleh perawat. O (Objektif): 1. Tanda-Tanda Vital (Post-Nebulizer): a. RR: 36 x/menit (sebelumnya 45 x/menit, gejala takipnea mereda). b. SpO2: 96% (sebelumnya 92% saat pengkajian awal). 2. Pola Napas: Irama napas teratur, kedalaman napas membaik (tidak dangkal), dan upaya napas berkurang.	
---	----------------------	---	---	--

	pada hidung, konsistensi agak kental. 5. Mengauskultasi bunyi napas Respon: Suara napas tambahan ronchi masih terdengar di basal paru, namun intensitasnya lebih halus/berkurang. 6. Memonitor saturasi oksigen Respon: Saturasi oksigen (SpO2) meningkat dari 92% menjadi 96% setelah pemberian terapi oksigen/nebulizer. 7. Memonitor adanya sumbatanjalan napas (retraksi dinding dada dan cuping hidung) Respon: Retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung tampak minimal/berkurang signifikan. 8. Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Respon: Observasi ketat dilakukan setiap 15 menit pasca nebulizer hingga kondisi pasien stabil sebelum dipulangkan (rawat jalan). 9. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	3. Sumbatan Jalan Napas: Retraksi dinding dada dan pernapasan cuping hidung tampak minimal hingga berkurang signifikan. 4. Auskultasi: Suara napas tambahan ronchi masih terdengar di basal paru dengan intensitas yang lebih halus/berkurang. 5. Sputum: Terlihat sekret mukoid bening agak kental di hidung; anak batuk spontan namun belum mampu mengeluarkan dahak sendiri (dahak tertahan/tertelan). 6. Dokumentasi: Hasil pemantauan telah dicatat pada rekam medis pasien. A (Analisis/Assesment): 1. Pola Napas Tidak Efektif teratasi sebagian. a. <i>Justifikasi:</i> Terjadi perbaikan frekuensi napas (takipnea mereda) dan peningkatan saturasi oksigen, namun suara napas tambahan (ronchi) masih terdengar.	
--	--	--	--

		Respon: Ibu pasien memahami tujuan pemantauan saturasi dan napas untuk memastikan kondisi anak tidak memburuk (sianosis). 10. Menginformasikan hasil pemantauan Respon: Ibu merasa lebih tenang setelah mengetahui saturasi anak sudah normal (96%) dan napasnya sudah tidak secepat saat datang. 11. Mendokumentasikan hasil pemantauan. Respon: Semua hasil observasi (RR, SpO₂, Suara napas) dicatat dalam buku register dan rekam medis pasien.	P (Perencanaan/Plan): 1. Lanjutkan pemantauan frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas secara mandiri oleh orang tua di rumah. 2. Edukasi ibu untuk tetap memberikan posisi <i>semi-fowler</i> (kepala lebih tinggi) saat anak beristirahat untuk menjaga keefektifan pola napas. 3. Informasikan kepada keluarga untuk segera kembali ke Puskesmas jika anak kembali tampak sesak, napas cepat (>40x/menit), atau muncul kebiruan (sianosis). 4. Rencana Pertemuan Berikutnya: Demonstrasi terapi uap air hangat dan minyak kayu putih dan fisioterapi dada untuk membantu mengatasi masalah sekret yang masih tertahan (Bersihkan Jalan Napas).	
--	--	--	--	--

			5. Lanjutkan kolaborasi pemberian obat oral sesuai resep.	
--	--	--	---	--

P. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 15 Catatan Perkembangan

No Dx.Kep	Hari/Tanggal /Jam	Catatan Perkembangan (SOAPIE)	
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubung an dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Jumat, 17 April 2026	S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan anak masih batuk dan dahak belum keluar maksimal. 2. Ibu mengatakan anaknya masih terlihat sesak dan rewel O (Objektif): 1. RR: 35 x/menit 2. SpO₂ : 94% 3. Sekret bening, 4. Ronchi masih terdengar 5. Terdapat pernapasan cuping hidung 6. Retraksi dinding dada masih ada 7. Batuk masih ada	

		A (Assessment): 1. Bersihan jalan napas tidak efektif → teratasi sebagian P (Plan): 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) 4. Bimbing ibu melakukan terapi uap air hangat dengan minyak kayu putih di rumah 5. Anjurkan durasi $\pm 10-15$ menit, 1-2x/hari 6. Anjurkan posisi semi-fowler/fowler saat terapi 7. Anjurkan hidrasi yang cukup, dan gunakan air hangat 8. Lanjutkan kolaborasi pemberian obat oral sesuai resep I (Implementasi):	
	13.00	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Respon: Frekuensi napas 30 x/menit, irama teratur, kedalaman napas mulai membaik (tidak terlalu dangkal), usaha napas berkurang, tidak tampak retraksi berat, napas cuping hidung berkurang	
	13.03	2. Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Respon: Masih terdengar suara napas tambahan berupa ronchi ringan pada basal paru, namun intensitasnya berkurang.	
	13.05	3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	

		Respon: Sekret berwarna bening, konsistensi lebih encer, jumlah sedikit, tidak berbau; anak masih belum mampu mengeluarkan dahak secara maksimal.	
13.06	4.	Membimbing ibu melakukan terapi uap air hangat dengan minyak kayu putih di rumah Respon: Ibu mampu mempraktikkan terapi uap air hangat sesuai demonstrasi, anak kooperatif selama terapi berlangsung.	
13.08	5.	Menganjurkan durasi $\pm 10-15$ menit, 1-2x/hari Respon: Ibu memahami durasi dan frekuensi terapi, serta bersedia melakukannya secara rutin di rumah.	
13.10	6.	Menganjurkan posisi semi-fowler/fowler saat terapi Respon: Anak diposisikan fowler, tampak lebih nyaman, napas lebih lega, dan ekspansi dada lebih optimal.	
13.25	7.	Mengingatkan pemberian minum hangat Respon: Anak mau minum air hangat sedikit demi sedikit, mukosa bibir tampak lembab, ibu memahami pentingnya menjaga hidrasi.	
13.28	8.	Mengingatkan ibu obat yang dikasih dari puskesmas untuk di konsumsi sampai habis dan jika keadaan anak memburuk segera dibawa ke faskes terdekat. Respon : Ibu memahami pentingnya obat dan terapi uap hanya terapi pendamping bukan terapi utama, dan jika keadaan anak memburuk ibu bersedia membawa anaknya ke faskes terdekat.	
14.00	E (Evaluasi): 1. Ibu mampu melakukan terapi secara mandiri dan benar		

		2. Terjadi penurunan frekuensi napas dari 35x/menit menjadi 30x/menit dan perbaikan pola napas 3. Tidak tampak retraksi berat, napas cuping hidung berkurang 4. Sekret mulai encer meskipun belum keluar maksimal R (Replanning): 1. Lanjutkan intervensi	
Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)		S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan napas anak sudah tidak secepat kemarin, namun masih kadang tampak cepat saat batuk. O (Objektif): 1. RR: 35 x/menit 2. SpO ₂ : 94% 3. Irama napas teratur 4. Terdapat pernapasan cuping hidung 5. Retraksi dinding dada masih ada 6. Sekret mukoid bening, 7. Ronchi masih terdengar A (Assessment): 1. Pola napas tidak efektif → teratasi sebagian P (Plan): 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	

		2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Monitor adanya sumbatan jalan napas 5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 6. Auskultasi bunyi napas 7. Monitor saturasi oksigen 8. Lanjutkan terapi uap air hangat + minyak kayu putih 9. Pertahankan posisi semi-fowler/fowler 10. Edukasi tentang ISPA I (Implementasi):	
	13.00	1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Respon: RR 30 x/menit, irama teratur, kedalaman napas cukup, usaha napas masih tampak ringan (sedikit penggunaan otot bantu).	
	13.02	2. Memonitor pola napas Respon: Pola napas masih menunjukkan takipnea ringan saat batuk, tidak ditemukan pola napas abnormal lainnya (Kussmaul/Cheyne-stokes tidak ada).	
	13.03	3. Memonitor adanya produksi sputum Respon: Terdapat sekret mukoid berwarna bening, konsistensi agak encer, jumlah sedikit.	
	13.04	4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas	

		Respon: Tidak terdapat sumbatan berat, namun masih tampak napas cuping hidung dan retraksi ringan.	
13.05	5. Mempalpasi kesimetrisan ekspansi paru	Respon: Ekspansi paru kanan dan kiri simetris, tidak ada keterlambatan ekspansi.	
13.06	6. Mengauskultasi bunyi napas	Respon: Masih terdengar ronchi pada basal paru, intensitas sedang.	
13.07	7. Memonitor saturasi oksigen	Respon: SpO₂ 96%, dalam batas cukup namun masih perlu pemantauan.	
13.08	8. Membimbing terapi uap air hangat + minyak kayu putih	Respon: Terapi dilakukan ±10–15 menit, anak kooperatif, setelah terapi napas terasa lebih lega.	
13.10	9. Mempertahankan posisi semi-fowler/fowler	Respon: Anak tampak lebih nyaman, pernapasan lebih teratur dan ekspansi dada lebih optimal.	
13.12	10. Mengedukasi ibu tentang ISPA		
14.00	E (Evaluasi): 1. Ibu mampu melakukan terapi secara mandiri dan benar 2. Terjadi penurunan frekuensi napas dari 35x/menit menjadi 30x/menit dan perbaikan pola napas 3. Tidak tampak retraksi berat, napas cuping hidung berkurang 4. Sekret mulai encer meskipun belum keluar maksimal		

		5. Terjadi peningkatan saturasi oksigen dari 94% menjadi 96% 6. Ibu mampu menjelaskan pengertian ISPA, bahaya asap rokok di rumah, dampak bagi kesehatan keluarga, tanda dan bahaya ISPA, perawatan di rumah dan cara pencegahannya. R (Replanning): 1. Lanjutkan intervensi	
Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Sabtu, 18 April 2026	S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan batuk anak sudah berkurang dibandingkan kemarin. 2. Ibu mengatakan dahak mulai keluar sedikit setelah dilakukan terapi uap. 3. Ibu mengatakan anak sudah tidak terlalu sesak dan lebih tenang. O (Objektif): 1. RR: 30 x/menit 2. SpO₂: 97% 3. Sekret bening, lebih encer 4. Ronchi masih terdengar namun lebih ringan 5. Napas cuping hidung mulai berkurang 6. Retraksi dinding dada ringan 7. Batuk sudah berkurang A (Assessment): 1. Bersihan jalan napas tidak efektif → teratasi sebagian P (Plan):	

		1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Lanjutkan terapi uap air hangat + minyak kayu putih 5. Pertahankan durasi $\pm 10-15$ menit, 1-2x/hari 6. Pertahankan posisi semi-fowler/fowler 7. Anjurkan hidrasi cukup dengan air hangat 8. Lanjutkan terapi obat sesuai anjuran I (Implementasi):	
	14.00	1. Memonitor pola napas Respon: RR 28 x/menit, irama teratur, kedalaman napas membaik, usaha napas minimal.	
	14.03	2. Memonitor bunyi napas tambahan Respon: Ronchi masih ada namun lebih halus dibanding hari sebelumnya.	
	14.05	3. Memonitor sputum Respon: Sekret bening, lebih encer, mulai keluar sedikit saat batuk.	
	14.06	4. Melanjutkan terapi uap air hangat + minyak kayu putih Respon: Terapi dilakukan rutin, anak kooperatif, napas terasa lebih lega setelah terapi.	
	14.08	5. Menganjurkan durasi terapi Respon: Ibu melakukan terapi sesuai anjuran ($\pm 10-15$ menit, 1-2x/hari).	

	14.10 6. Mempertahankan posisi semi-fowler/fowler Respon: Anak tampak lebih nyaman dan napas lebih teratur. 14.25 7. Menganjurkan minum hangat Respon: Anak mau minum lebih banyak, mukosa bibir lembab. 14.28 8. Mengingatkan kepatuhan obat Respon: Ibu mengatakan obat diminum sesuai anjuran. 15.00 E (Evaluasi): 1. Terjadi penurunan RR dari 30 x/menit menjadi 28 x/menit 2. Sekret lebih encer dan mulai keluar 3. Ronchi berkurang 4. Napas lebih lega, retraksi minimal 5. Anak tampak lebih nyaman dan tidak rewel R (Replanning): 1. Lanjutkan intervensi	
Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan	S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan napas anak sudah lebih normal. 2. Ibu mengatakan anak tidak tampak sesak seperti sebelumnya. O (Objektif): 1. RR: 30 x/menit 2. SpO₂: 97	

upaya napas (D.0005)		3. Irama napas teratur 4. Napas cuping hidung minimal 5. Retraksi ringan 6. Ronchi masih ada namun berkurang A (Assessment): 1. Pola napas tidak efektif → membaik P (Plan): 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor sputum dan sumbatan jalan napas 4. Auskultasi bunyi napas 5. Monitor saturasi oksigen 6. Lanjutkan terapi uap air hangat + minyak kayu putih 7. Pertahankan posisi semi-fowler 8. Lanjutkan edukasi I (Implementasi): 14.00 1. Memonitor frekuensi dan pola napas Respon: RR 30 x/menit, irama teratur, napas lebih stabil. 14.02 2. Memonitor sputum Respon: Sekret lebih encer dan mulai keluar.	
----------------------------	--	---	--

	14.03	3. Memonitor sumbatan jalan napas Respon: Tidak ada sumbatan berat, cuping hidung minimal.	
	14.04	4. Auskultasi bunyi napas Respon: Ronchi masih ada namun berkurang.	
	14.05	5. Memonitor saturasi oksigen Respon: SpO₂ meningkat menjadi 98%.	
	14.08	6. Melanjutkan terapi uap Respon: Anak lebih nyaman setelah terapi.	
	14.10	7. Mempertahankan posisi semi-fowler Respon: Napas lebih teratur.	
	14.12	8. Memperkuat edukasi Respon: Ibu konsisten melakukan perawatan di rumah.	
	15.00	E (Evaluasi): 1. RR menurun dan mendekati normal dari 30x/menit menjadi 28x/menit 2. Saturasi oksigen meningkat dari 97% menjadi 98% 3. Napas lebih teratur 4. Tanda sesak berkurang signifikan R (Replanning): 1. Lanjutkan intervensi	

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Minggu, 19 April 2026	S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan anak sudah tidak batuk. 2. Ibu mengatakan anak masih pilek (hidung berair). 3. Ibu mengatakan anak sudah tidak sesak dan tampak lebih aktif. O (Objektif): 1. RR: 27 x/menit 2. SpO₂: 98% 3. Sekret bening, jumlah sedikit (pada hidung) 4. Ronchi tidak terdengar 5. Tidak terdapat napas cuping hidung 6. Tidak ada retraksi dinding dada 7. Batuk tidak ada A (Assessment): 1. Bersihan jalan napas tidak efektif → teratasi P (Plan): 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor sputum 3. Lanjutkan terapi uap air hangat + minyak kayu putih bila diperlukan 4. Pertahankan posisi nyaman (semi-fowler saat pilek) 5. Anjurkan hidrasi cukup dengan air hangat	
--	------------------------------	--	--

		6. Lanjutkan terapi obat sesuai anjuran 7. Edukasi pencegahan kekambuhan I (Implementasi):	
	09.00	1. Memonitor pola napas Respon: RR 26 x/menit, irama teratur, kedalaman napas normal, tidak ada usaha napas tambahan.	
	09.03	2. Memonitor sputum Respon: Sekret bening, jumlah sedikit, keluar melalui hidung (pilek).	
	09.05	3. Mengauskultasi bunyi napas Respon: Tidak terdengar ronchi, suara napas vesikuler normal.	
	09.06	4. Melanjutkan terapi uap air hangat + minyak kayu putih Respon: Terapi dilakukan, membantu melegakan hidung tersumbat, anak tampak nyaman.	
	09.10	5. Menganjurkan posisi semi-fowler Respon: Anak tampak nyaman, napas tetap stabil.	
	09.25	6. Menganjurkan minum hangat Respon: Anak mau minum, mukosa lembab.	
	09.28	7. Mengingatkan kepatuhan obat Respon: Ibu tetap memberikan obat sesuai anjuran.	
	10.00	E (Evaluasi): 1. RR dalam batas normal 26x/menit)	

		2. Tidak ada batuk dan tidak ada ronchi 3. Sekret berkurang, hanya pilek ringan 4. Tidak ada tanda sesak (retraksi/cuping hidung) 5. Anak tampak aktif dan nyaman R (Replanning): 1. Anjurkan untuk melanjutkan terapi uap air hangat dan kayu putih bila di perlukan dan jika obat habis tetapi belum membaik bisa 103paya103kes terdekat untuk mendapatkan terapi obat lanjutan.	
Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)		S (Subjektif): 1. Ibu mengatakan napas anak sudah normal. 2. Ibu mengatakan anak sudah aktif dan tidak tampak sesak. O (Objektif): 1. RR: 27 x/menit 2. SpO₂: 98% 3. Irama napas teratur 4. Tidak ada napas cuping hidung 5. Tidak ada retraksi 6. Tidak terdengar ronchi A (Assessment): 1. Pola napas tidak efektif → teratasi	

		P (Plan): 1. Monitor kondisi umum anak 2. Lanjutkan terapi bila diperlukan saja 3. Edukasi pencegahan kekambuhan 4. Anjurkan kontrol bila gejala muncul kembali I (Implementasi):	
	09.00	1. Memonitor frekuensi dan pola napas Respon: RR 26 x/menit, irama teratur, napas stabil.	
	09.05	2. Memonitor saturasi oksigen Respon: SpO₂ 98%.	
	09.06	3. Memonitor sumbatan jalan napas Respon: Tidak ada sumbatan, napas normal.	
	09.10	4. Melanjutkan terapi uap Respon: Terapi membantu melegakan pilek ringan.	
	09.12	5. Memberikan edukasi pencegahan Respon: Ibu memahami tanda kekambuhan dan cara pencegahan.	
	15.00	E (Evaluasi): 1. RR dalam batas normal 26x/menit 2. Saturasi oksigen optimal 98% 3. Pola napas normal	

		4. Tidak ada tanda sesak R (Replanning): 1. Anjurkan untuk melanjutkan terapi uap air hangat dan kayu putih bila di perlukan dan jika obat habis tetapi belum membaik bisa ke faskes terdekat untuk mendapatkan terapi obat lanjutan.	
--	--	---	--