

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN

Bab ini memuat uraian lengkap mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa medis bronkitis akut dan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif. Proses keperawatan ini dilaksanakan di Ruang Dahlia RSUD Darmayu Ponorogo, dimulai pada tanggal 8 Juli 2025 pukul 12.00 WIB hingga 10 Juli 2025. Subjek penelitian adalah seorang anak laki-laki bernama An. Y berusia 1 tahun yang dirawat dengan keluhan utama gangguan pernapasan. Asuhan keperawatan diberikan secara sistematis dengan mengikuti tahapan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, analisis data, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan (implementasi), serta evaluasi dari hasil tindakan yang telah dilakukan.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas Klien

Nama/Inisial	: An. Y	Penanggung Jawab	: Tn. E
Umur	: 1 tahun	Nama Ayah/Ibu	: Tn. E/Ny. S
Tanggal Lahir	: 28 November 2023	Pekerjaan Ayah/Ibu	: Petani/Perawat
Jenis Kelamin	: Laki- laki	Pendidikan Ayah/Ibu	: SMA/S1
Agama	: Islam	Umur Ayah/Ibu	: 31/30
MRS	: 8 Juli 2025, jam 09.00 wib	Suka/Bangsa	: Indonesia
No. Register	: 53xxx	Alamat	: Baosanlor, Ngrayun
Dx. Medis	: <i>Acute Bronchitis</i>		

4.1.2 Keluhan Utama

Saat MRS : Klien datang dengan keluhan batuk berdahak dan demam.

Saat Pengkajian : Ibu klien mengatakan klien masih batuk berdahak.

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang dengan keluhan demam sejak kemarin dengan suhu 38,2 awal demam sekitar 1 minggu yang lalu setelah melakukan imunisasi (campak), kemudian demam membaik dan muncul lagi kemarin tanggal 7 juli 2025 pukul 08.00 pagi disertai batuk berdahak, dan BAB cair 2x, nafsu makan dan minum menurun. Klien sempat diberikan obat sanmol dan hufagrib, pada pukul 10.00 malam klien panas lagi dan diberikan obat yang sama, saat pagi hari demam dan batuk belum membaik akhirnya klien dibawa orang tuanya keIGD RSUD Darmayu pada hari selasa 8 Juli 2025 pukul 09.45 pagi, diIGD klien mendapatkan terapi nebulizer lasal 1 resp x nacl 2 cc tiap 8 jam dan dipasang infus D51/4 NS 10 tpm. Pada pukul 10.00 klien dipindahkan keruang anak dahlia kemudian klien dikaji oleh perawat ruangan dengan hasil GCS 456, keadaan umum baik, respirasi 20x/m, nadi 89x/m, Spo2 99%, suhu 36,8 °C. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 8 Juli 2025 pukul 12.00 WIB keadaan pasien tampak pucat dan lemas, suhu 36,2 °C, respirasi 21x/m, nadi 89x/m disertai dengan batuk berdahak.

4.1.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan bawa keluarga yang lain tidak memiliki penyakit yang sama dengan klien saat ini.

4.1.5 Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

a. Prenatal

Ibu klien mengatakan klien anak kedua, pemeriksaan antenatal teratur dan tidak ada komplikasi. Saat hamil klien tidak ada pantangan makanan tetapi pada trimester 1 ibu klien sering merasa mual.

b. Natal

Ibu klien mengatakan melahirkan klien dengan SC pada usia kehamilan 41 minggu dengan berat badan lahir 3250 gram dan panjang lahir 50 cm.

c. Post natal

Ibu klien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan, nifas 40 hari, dan klien disusui secara eksklusif.

4.1.6 Riwayat Penyakit Masa Lalu

a. Penyakit Waktu Kecil

Ibu klien mengatakan pasien memiliki penyakit semasa kecil yaitu *undescended testis* (UDT).

b. Pernah dirawat dirumah sakit

Ibu klien mengatakan klien dirawat dirumah sakit sudah kedua kali ini dan yang pertama saat klien operasi UDT.

c. Penggunaan obat-obatan

Ibu klien mengatakan klien tidak mengkonsumsi obat apapun.

d. Tindakan (misal operasi atau tindakan lain)

Ibu klien mengatakan pada saat klien berusia 10 bulan klien pernah dilakukan tindakan operasi yaitu *undescended testis* (UDT).

b. Yang mengasuh anak

Sehari hari klien diasuh orang tuanya, tetapi terkadang diasuh oleh nenek. Ibu klien adalah seorang perawat dan berperan dalam pengasuhan diluar jam kerjanya saja, sedangkan ayahnya adalah seorang petani sesekali ayahnya juga berperan dalam pengasuhan disaat tidak berkebun.

c. Hubungan dengan anggota keluarga

Ibu pasien mengatakan klien memiliki hubungan yang baik dan hangat dengan semua anggota keluarga di rumah. Tetapi pasien lebih dekat dengan ayahnya dibanding ibunya.

d. Hubungan dengan teman sebaya

Klien merupakan anak yang sulit untuk berkenalan dengan teman sebayanya, mungkin dikarenakan klien masih berumur 1 tahun.

e. Pembawa secara umum

Klien dikenal sebagai anak yang pendiam, dilingkungann rumah pun klien hanya akan bisa tertawa dan bermain dengan orang yang ada didalam rumah atau satu keluarga dengan klien.

f. Lingkungan rumah

Klien tinggal di lingkungan rumah yang bersih dan cukup sehat. Rumah terdiri dari 2 kamar dan ventilasi baik. Lingkungan sekitar termasuk aman, tidak dekat dengan jalan raya. Akses air bersih dan sanitasi baik. Pasien tidur bersama ibu dan ayah di kamar yang sama.

4.1.8 Kebutuhan Dasar

a. Makanan yang disukai/tidak disukai :

1. Makanan yang disukai : Klien tidak terlalu suka sayur berkuah seperti

sop, juga kurang menyukai makanan yang terlalu pedas.

1. Makanan yang disukai : Klien menyukai makanan yang gurih dan manis, seperti ayam goreng, biskuit, sayur mayur. Ia juga suka buah seperti pisang dan melon.
 2. Selera : Nafsu makan klien cukup baik namun saat sakit nafsu makan menurun
 3. Alat makan yang digunakan : Menggunakan sendok makan biasa, makan masih dibantu ibu/ayah.
 4. Jam makan : Klien sarapan pagi sekitar pukul 07.00 tetapi terkadang disaat ibu/nenek belum siap masak, klien diberi susu dulu. Makan siang sekitar pukul 11.00-12.00, dan makan malam sekitar jam 19.00 terkadang hanya minum susu saja.
- b. Pola tidur : Saat waktunya tidur klien hanya diberi susu dan digendong.
- c. Mandi : klien mandi 2x sehari sebelum sakit dan saat sakit klien hanya disibin.
- d. Aktivitas/bermain : sebelum sakit klien bermain dengan ceria saat sakit klien hanya terbaring diranjang dan hanya minta digendong.
- e. Eliminasi :
1. BAK : Klien masih menggunakan pampers, sehari ganti pampers sebanyak 3 kali dan selalu penuh.
 2. BAB : Klien biasanya per hari 1-2 kali, warna kecoklatan dan selama sakit awalnya BAB cair 2x.

4.1.9 Keadaan Kesehatan Saat Ini

a. Diagnosa Medis : *Acute Bronchitis*

b. Tindakan operasi : Klien tidak melakukan tindakan operasi

c. Status nutrisi :

Berat Badan : 10,2 kg

Tinggi Badan : 90 cm

IMT : 12,60

d. Status cairan :

Tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi. Mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, BAK lancar.

e. Obat-obatan :

Klien saat ini mendapatkan terapi obat-obatan seperti cefotaxime 3x250 mg, santagesik 3x200 mg, ranitidine 2x1/4 amp, paracetamol sirup 4x1 cth, L bio 2x1 sach, ceitirizine sirup 2x1/2 cth, dan lasal 1 resp + nacl 2 cc tiap 8 jam.

f. Aktivitas : Selama dirawat, klien hanya terbaring diranjang dan minta digendong. Aktivitas terbatas, enggan untuk bermain.

g. Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil Laboratorium

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

NO	Nama Test	Hail	Satuan	Nilai Rujukan
1.	HEMATOLOGI			

2	➤ Darah Lengkap			
3	Hemoglobin	13.8	g/dl	12.0-16.0
4	Leukosit	15.3	$10^3/\text{UL}$	1.0-12.0
5	Hematokrit	41.1	%	36-48
6	Trombosit	237	$10^3/\text{UL}$	150-450
7	Eritrosit	5.09	g/dl	4.0-5.8
8	MCV	80.9	FL	8-.100
9	MCH	27.1		27.0-34.0
10	MCHC	33.5	g/dl	32.0-36.0
11	Hitung Jenis	...	%	
12	Basofil	0	%	0-1
13	Eosinofil	0	%	0.5-5.0
14	Segmen	72.4	%	50-70
15	Limfosit	19.5	%	20-40
16	Monosit	8.1	%	3-12

2. Hasil Foto/Lain-lain : Tidak dilakukan pemeriksaan

4.1.10 Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan saat sakit : klien tampak pucat dan lemas

S : 36,2°C

Berat Badan : 10,2 kg

R : 21x/m

Tinggi Badan : 90 cm

N : 89x/m

b. *Head to Toe*

1. Kepala:

Inspeksi : kepala nampak simetris, penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam dan tebal, tidak terdapat edema dan ketombe.

Palpasi : Tidak terdapat benjolan ataupun lesi kulit kepala halus, kepala simetris.

2. Muka :

Inspeksi : Muka tampak lesu, pucat, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada edema, tidak ada benjolan

3. Mata :

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi dikelopak mata, mata nampak sayu, tidak ada sekret.

Palpasi : Pergerakan bola mata normal dan bebas kesegala arah

4. Telinga

Inspeksi : Telinga kanan kiri simetris, tidak ada lesi, tidak ada sekret
Palpasi : Tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan.

5. Hidung

Inspeksi : hidung nampak simetris, tidak terdapat lesi, tidak ada polip, terdapat permapasan cuping hidung

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada sinus

6. Mulut dan faring

Inspeksi : mukosa bibir tampak kering, tidak terdapat lesi dan stomatitis, faring tampak kemerahan, tonsil tidak membesar.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, pada mandibulla tidak ada benjolan dan disekitar mulut

7. Leher

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar limfa dan tidak ada pembesaran kelenjar tirod

Palpasi : Tidak terdapat benjolan

8. Payudara dan ketiak

Inspeksi : Tidak ada kemerahan, ketiak bersih,

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, pada ketiak tidak terdapat kelenjar getah bening

9. Thorak

Inspeksi : Simetris, adanya retaksi interkostal

Palpasi : Simetris gerakan ekspansi dada

10. Paru paru

Inspeksi: frekuensi napas 21x/m, gerakan pernapasan simetris kanan kiri

Palpasi : fremitus taktil normal pada kedua sisi paru

Perkusi : bunyi hipersonor pada kedua lapang paru

Auskultasi : terdengar ronki

11. Jantung

Inspeksi : tidak ada sianosis sentral, tidak ada pembesaran area prekordium

Palpasi : ictus kordis teraba dilokasi normal pada ICS 4&5

Perkusi : batas jantung sesuai usia, perkusi redup ringan didaerah jantung

Auskultasi : irama reguler, tidak ada murmur, B1 dan B2 terdengar normal

12. Abdomen

Inspeksi : perut buncit, simetris, tidak ada lesi

Auskultasi : bising usus normal 20x/menit

Perkusi : timpani, pekak di area hati, tidak ada shifting dullness

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

13. Sistem Integumen

Inspeksi : terdapat ruam ruam pada selangkangan, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

14. Ekstremitas

Inspeksi : Tidak ada sianosis perifer, tidak ada edema, tangan kanan terpasang infus

Palpasi : Akral teraba hangat, CRT <2 detik, tonus otot sesuai, turgor kulit normal.

15. Genetalia dan Sekitarnya

Inspeksi : terdapat ruam ruam merah, tidak ada kelainan

Palpasi : testis sudah turun, tidak ada nyeri tekan

16. Status neurologis

Tingkat kesadaran composmentis, anak tampak lemas dan lesu

GCS : E4V5M6

17. Uji syaraf cranial

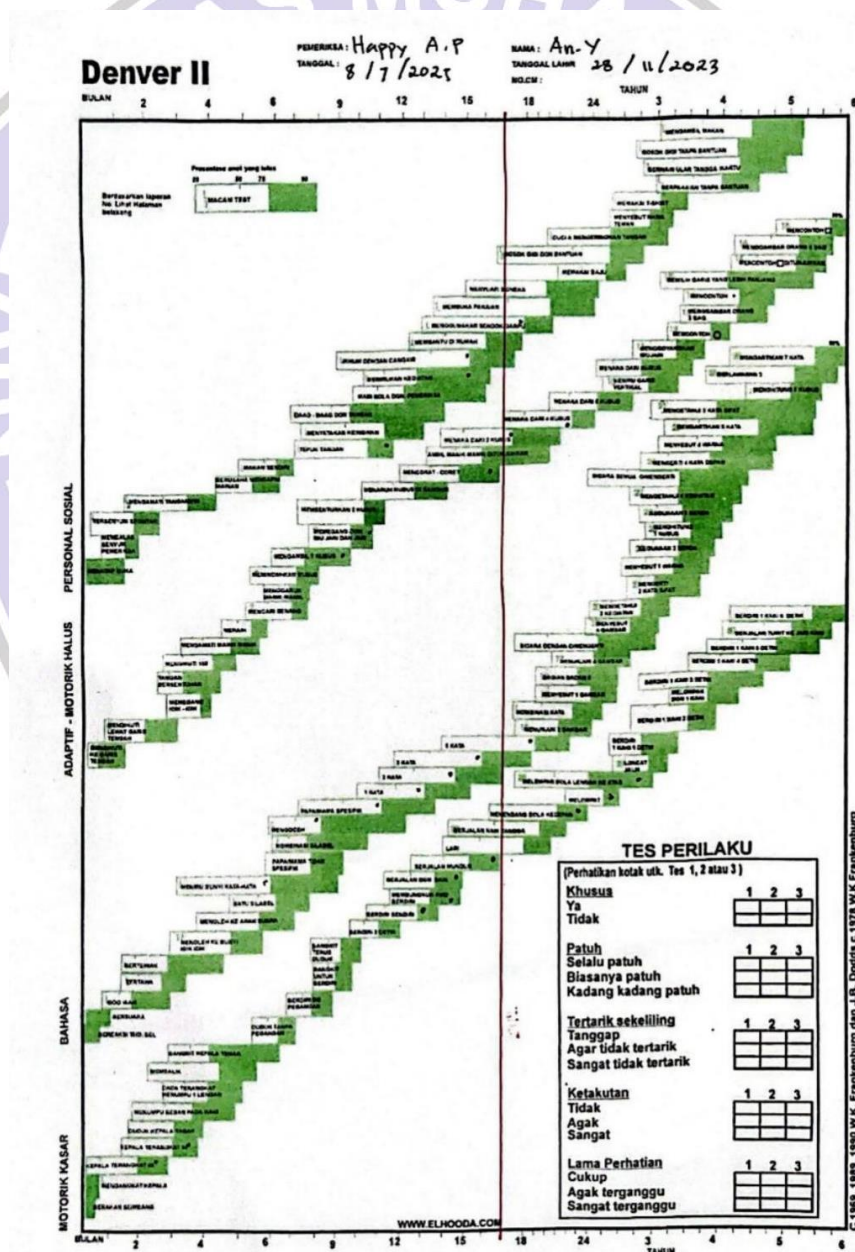
- 1) N.I: Tidak diujikan (karena sulit untuk anak 1 tahun)
- 2) N. II : Dapat mengenali benda dan orang disekitar, pupil isokor dan reaktif terhadap cahaya
- 3) N. III, IV, VI : Gerakan bola mata penuh kesegala arah, tidak ada ptosis
- 4) N. V : Sensasi wajah utuh, mampu mengunyah makanan
- 5) N. VII : Mampu senyum dan menutup mata
- 6) N. VIII : Dapat mendengarkan suara percakapan dengan baik
- 7) N. IX, X : Tidak ada gangguan menelan.
- 8) Fungsi Motorik : Gerakan aktif baik di semua ekstremitas. Tidak ada tremor, ataksia, atau gerakan abnormal. Anak dapat duduk dan berdiri dengan bantuan ringan karena lemas.
- 9) Fungsi sensorik: Sensasi terhadap sentuhan ringan, nyeri, dan suhu dalam batas normal di ekstremitas atas dan bawah. Tidak ada parestesia atau anestesia yang dilaporkan pasien.

10) Refleks fisiologis: Refleks biceps, triceps, patella, dan achilles positif kanan dan kiri, simetris, dalam batas normal. Refleks perut tidak diuji karena anak lemah.

11) Refleks patologis: Refleks Babinski negatif, tidak ada tanda patologis lain. Tidak ditemukan klonus.

4.1.11 Pemeriksaan Tingkat Perkembangan (DDST)

Gambar 4.2 Lembar DDS



Kesimpulan hasil pemantaua perkembangan :

1. Pesonal Sosial : Tidak ditemukan hasil F (*False*) pada saat pemeriksaan sehingga kesimpulan pemeriksaan pada sektor perkembangan personal sosial anak normal dan tidak mengalami keterlambatan. Dilakukan 4 pemeriksaan meliputi tepuk tangan, menirukan kegiatan, minum dengan cangkir, dan menggunakan sendok/garpu.
2. Motorik Halus : Tidak ditemukan hasil F (*False*) pada saat pemeriksaan sehingga kesimpulan pemeriksaan pada sektor perkembangan motorik halus anak normal dan tidak mengalami keterlambatan. Dilakukan 5 pemeriksaan meliputi mengambil 1 kubus, memegang dengan ibu jari dan jari, mencoret coret, membuat menara 2 kubus, dan membuat menara 4 kubus.
3. Bahasa : Tidak ditemukan hasil F (*False*) pada saat pemeriksaan sehingga kesimpulan pemeriksaan pada sektor perkembangan bahasa anak normal dan tidak mengalami keterlambatan. Dilakukan 6 pemeriksaan meliputi mengoceh, menyebut papa/mama yang spesifik, 1 kata, 2 kata, 3 kata, dan 4 kata.
4. Motorik Kasar : Tidak ditemukan hasil F (*False*) pada saat pemeriksaan sehingga kesimpulan pemeriksaan pada sektor perkembangan motorik kasar anak normal dan tidak mengalami keterlambatan. Dilakukan 7 pemeriksaan meliputi berdiri sendiri, membungkuk lalu berdiri, berjalan dengan baik, berjalan mundur, menendang bola kedepan, melompat, dan melempar bola lengan ke atas.

4.2 Analisa Data

Nama : An. Y

Ruang : Dahlia

Umur : 1 Tahun

No. Reg : 53xxx

Tabel 4.3 Analisa Data

Tgl/jam	Kelompok Data	Penyebab	Masalah
8 Juli 2025 pukul 12.00	DS: 1. Ibu klien mengatakan klien batuk berdahak sejak kemarin. 2. Ibu klien mengatakan klien demam sejak 9 hari yang lalu DO: 1. Klien tampak batuk tetapi tidak efektif 2. Terdengar suara nafas tambahan (ronkhi) 3. Tampak penggunaan otot bantu napas cuping hidung 4. Klien tampak gelisah 5. Bibir klien tampak kebiruan (sianosis) 6. Kesadaran : composmentis 7. TTV : RR : 21x/m Nadi : 89x/m Suhu : 36,2 °C	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d Hipersekresi Jalan Napas d.d Sekresi yang tertahan.	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif

Sumber : Data Primer, 2025

4.3 Daftar Diagnosa Keperawatan

Nama : An. Y

Ruang : Dahlia

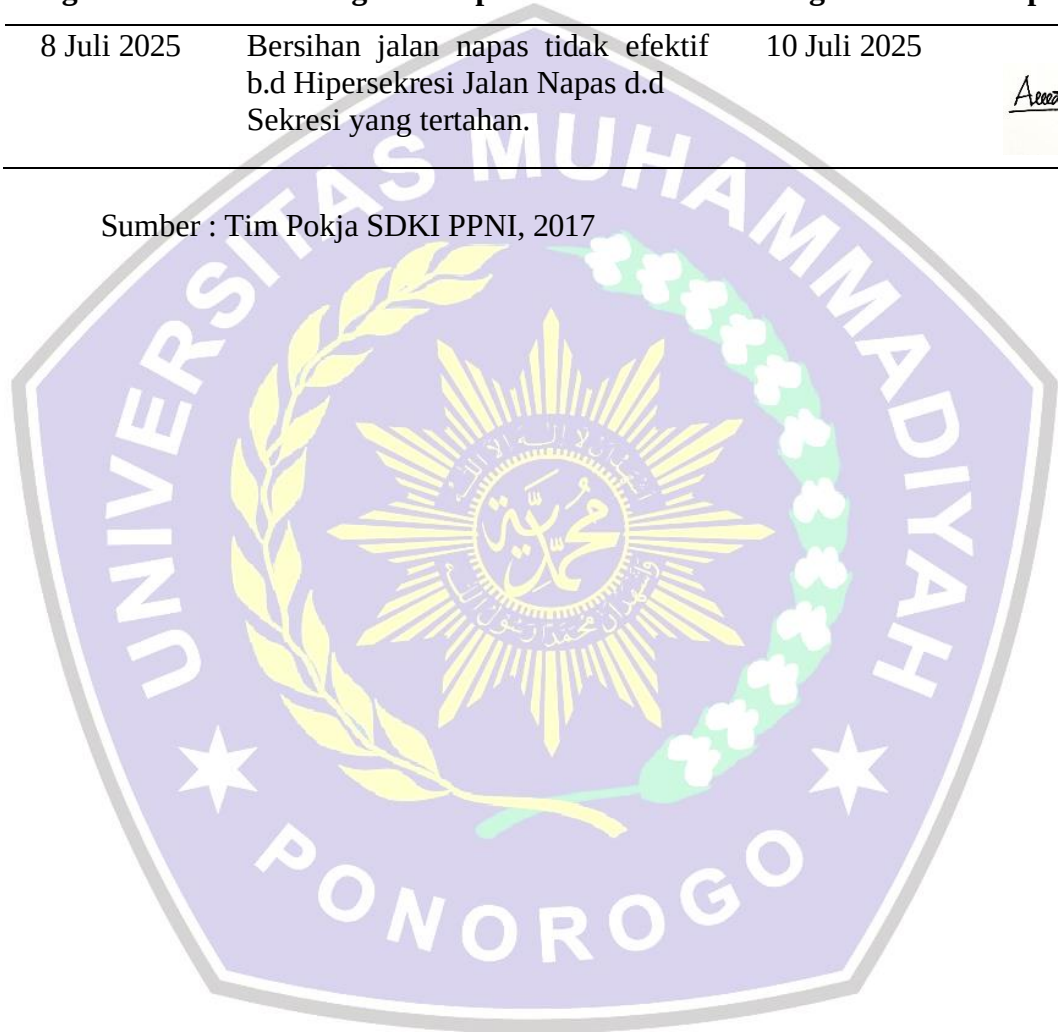
Umur : 1 Tahun

No. Reg : 53xxx

Tabel 4.4 Daftar Diagnosa Keperawatan

Tgl muncul	Diagnosa Keperawatan	Tgl teratasi	paraf
8 Juli 2025	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Hipersekresi Jalan Napas d.d Sekresi yang tertahan.	10 Juli 2025	

Sumber : Tim Pokja SDKI PPNI, 2017



4.4 Intervensi Keperawatan

Nama : An. Y

Ruang : Dahlia

Umur : 1 Tahun

No. Reg : 53xxx

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran (Tujuan & Kriteria Hasil) (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(D.0149) Bersihan jalan napas tidak efektif	L.01001 Bersihan jalan napas Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Ronkhi menurun 4. Gelisah membaik 5. Sianosis menurun 6. Pola napas membaik	(I.01011) Manajemen Jalan Napas Observasi : 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Memposisikan semi fowler 2. Memberikan minum hangat Edukasi 1. Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 2. Mengajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu.</i>

Sumber : Tim Pokja SIKI PPNI, 2017

4.5 Catatan Tindakan Keperawatan

Nama : An. Y

Ruang : Dahlia

Umur : 1 Tahun

No. Reg : 53xxx

Tabel 4.6 Catatan Tindakan Keperawatan

No	Tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	8 juli 2015	12.00	- Melakukan pengkajian R/Ibu klien kooperatif, membantu proses pengkajian dan menjawab sesuai pertanyaan.	
		12.15	- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) R/ Tampak ada pernapasan cuping hidung	
		12.20	-Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) R/ Terdapat bunyi ronkhi pada pasien	
		17.00	- Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) R/ Saat pasien batuk sputum/dahak sulit keluar	
		17.15	- Menganjurkan asupan cair 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi R/ Klien tampak lebih banyak minum karena nafsu makan juga menurun	
		18.00	-Memberikan minuman hangat R/ Klien mau meminum air yang diberikan	
		18.05	-Memposisikan semi fowler R/Klien dibantu oleh ibu	
		18.10	- Mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu R/klien tampak sedikit memberontak saat diberikan terapi nebulizer Obat : lasal 1 resp + nacl 2 cc tiap 8 jam	

2. 9 Juli 2025 06.00 - Mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*
R/klien tampak memberontak saat diberikan terapi nebulizer
Obat : lasal 1 resp + nacl 2 cc tiap 8 jam
- 06.15 -Memeriksa TTV
R/Klien napak masih batuk grok grok, suara serak dan hampir hilang, Suhu 36,6 °C, R : 22x/m, N:89x/m
- 09.00 -Menganjurkan asupan cairan cairan 2000/hari, jika perlu
R/ Ibu klien mengatakan semalam klien minum susu sebanyak 3 botol.
- 09.15 -Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
R/masih tampak ada pernapasan cuping hidup
- 09.30 -Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
R/terdapat bunyi ronki
- 12.50 -Memposisikan semi fowler
R/Klien dibantu oleh ibu
- 13.00 -Mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*
R/Klien mau diberikan terapi nebulizer, namun juga sedikit memberontak
Obat : lasal 1 resp+nacl 2cc tiap 8 jam

Aceandaf

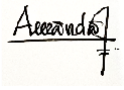
Aceandaf

Aceandaf

Aceandaf

Aceandaf

Aceandaf

3.	10 Juli 2025	13.00	-Memposisikan semi fowler R/Klien dibantu oleh ibu	
		13.05	-Mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> R/klien mau diberi terapi nebulizer Obat : lasal 1 resp + nacl 2 cc tiap 8 jam	
		13.45	- Memeriksa TTV R/ Klien nampak masih batuk grok grok, suara serak dan hampir hilang, S : 36,6 °C, R : 22x/m, N: 89x/m.	
		14.15	-Menganjurkan asupan cairan cairan 2000/hari, jika perlu R/ Ibu klien mengatakan semalam klien minum susu saja.	
		14.20	- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) R/Tampak pernapasan cuping hidung berkurang.	
		14.30	- Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, whezzing, ronkhi kering) R/Bunyi ronkhi berkurang	
		14.35	- Mengajarkan teknik batuk efektif R/ Ibu klien kooperatif	

4.6 Catatan Perkembangan

Nama : An. Y

Ruang : Dahlia

Umur : 1 Tahun

No. Reg : 53xxx

Tabel 4.7 Catatan Perkembangan

Dx	Tgl/Jam	Perkembangan	Paraf
1	8 Juli 2025	S (Subjektif) : 1. Ibu mengatakan anaknya batuk berdahak 2. Ibu mengatakan anaknya sangat rewel dan gelisah O (Objektif) : 1. Klien tampak batuk berdahak 2. Terdapat bunyi ronkhi 3. Klien tampak sulit mengeluarkan sputum 4. TTV R : 21x/m S : 36,2°C N : 89x/m A (Assesment) : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif belum teratasi P (Planning) : Melanjutkan intervensi SIKI I.01011 Manajemen Jalan Napas Observasi : 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering) Terapeutik : 1. Memposisikan semi fowler Edukasi : 1. Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari Kolaborasi : 1. Mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>	

1 9 Juli 2025 **S (Subjektif) :**

- Ibu mengatakan anaknya masih batuk grok grok
- Ibu mengatakan suara anaknya serak dan hampir hilang
- Ibu juga mengatakan sputum belum berkurang

Aceandia

O (Objektif) :

- Klien nampak masih batuk
- Masih terdengar bunyi ronkhi
- Klien tampak lemas dan rewel

- TTV

R : 22x/m

N : 89x/m

S : 36,6°C

A (Assessment) :

Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif belum teratasi

P (Planning) :

Melanjutkan intervensi SIKI I.01011

Manajemen Jalan Napas :

Observasi :

1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

Terapeutik :

1. Memposisikan semi fowler

Edukasi :

1. Mengajarkan asupan cairan 2000 ml/hari
2. Mengajarkan batuk efektif

Kolaborasi :

1. Mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

1 10 Juli 2025 **S (Subjektif) :**

- Ibu mengatakan anaknya masih batuk tetapi jarang dan sudah mengeluarkan dahak
- Ibu mengatakan anaknya sudah lebih baik dari sebelumnya



O (Objektif) :

- Klien masih batuk sesekali tetapi sudah tidak terdengar ronki.

- TTV

R : 21x/m

S : 36,0°C

N : 89x/m

A (Assessment) :

Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif Teratasi

P (Planning) :

1. Membawa anak kontrol 1 minggu setelah pulang dari rumah sakit.
 2. Membawakan obat yang telah diresepkan dokter untuk dilanjutkan dirumah (cefotaxime 3x250 mg, L-Bio 2x1 sachet, dan cetirizine sirup 2x1/2 cth)
 3. Menyarankan keluarga untuk mempertahankan hidrasi pasien, dan menjaga kebersihan lingkungan
-