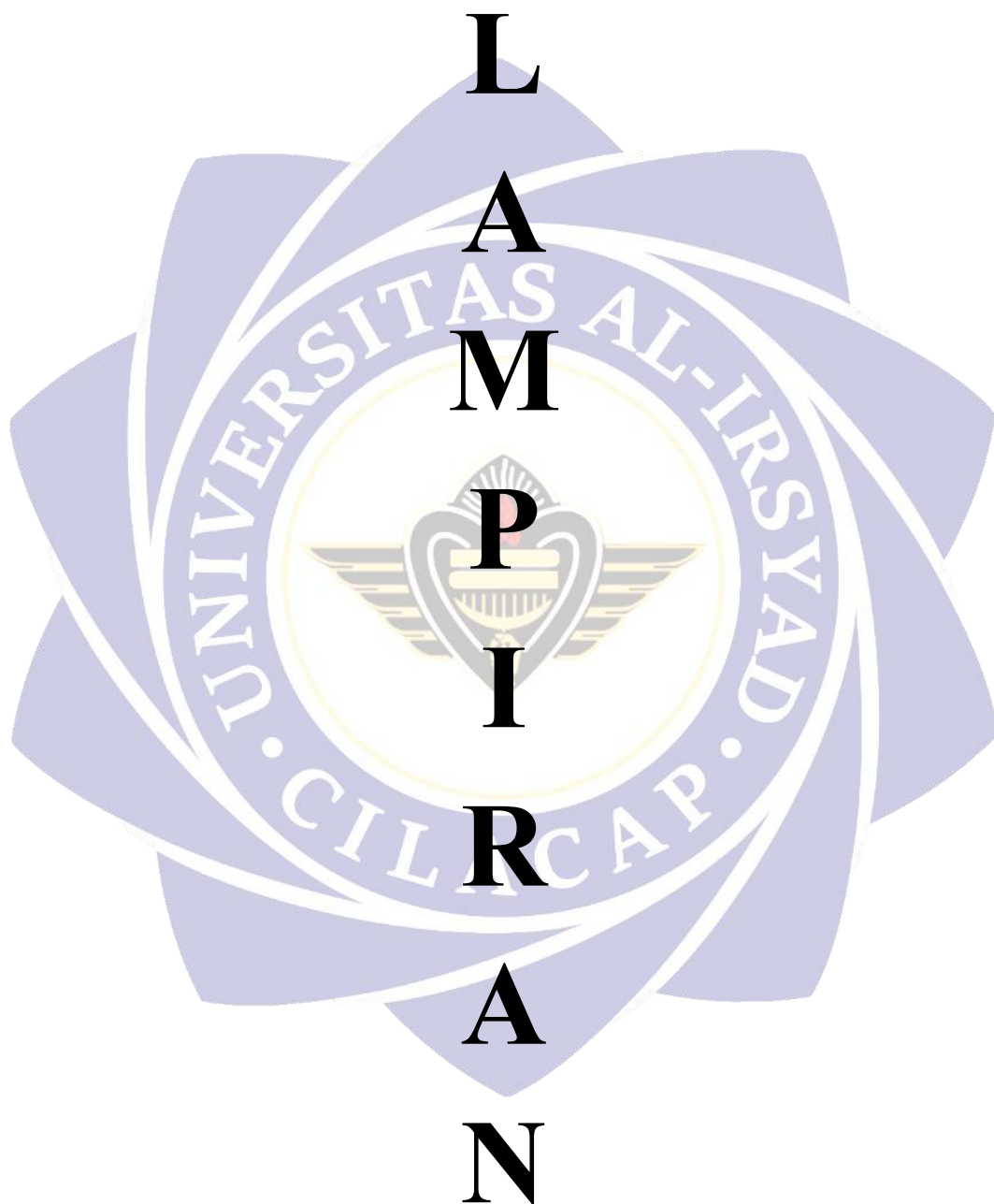




Lampiran 1 Format Pengkajian Anak

UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**KEPERAWATAN ANAK****FORMAT PENGKAJIAN ANAK**

Nama mahasiswa :

Tempat praktik :

Tanggal Pengkajian :

I. Identitas data

Nama	:	Alamat	:
Tempat/ tgl lahir	:	Agama	:
Usia	:	Suku bangsa	:
Nama ayah/ibu	:	Pendidikan ayah	:
Pekerjaan ayah	:	Pendidikan ibu	:
Pekerjaan ibu	:		:

II. Keluhan Utama**III. Riwayat kehamilan dan kelahiran**

- a. Prenatal :
- b. Intra natal :
- c. Post natal :.

IV. Riwayat masa lampau

- a. Penyakit waktu kecil :
- b. Pernah di rawat di RS :
- c. Obat-obatan yang digunakan :
- d. Tindakan (operasi) :
- e. Alergi :
- f. Kecelakaan :

g. Imunisasi :

V. Riwayat keluarga (disertai genogram)

VI. Riwayat Sosial

- a. Yang mengasuh :
- b. Hubungan dengan anggota keluarga :
- c. Hubungan dengan teman sebaya :
- d. Pembawaan secara umum :
- e. Lingkungan rumah :

VII. Kebutuhan Dasar

- a. Makanan yang disukai/ tidak disukai :
- Selera :
- Alat makan yang dipakai :
- Pola makan/ jam :

- b. Pola tidur :

Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dll) :

- Tidur sian :
- c. Mandi :
- d. Aktifitas bermain :
- e. Eliminasi :

VIII. Keadaan Kesehatan Saat Ini

- a. Diagnosis medis :
- b. Tindakan operasi :
- c. Status nutrisi :
- d. Status cairan :

e. Obat-obatan :

f. Aktivitas :

g. Tindakan keperawatan :

h. Hasil laboratorium :

i. Hasil rontgen :

j. Data tambahan :

IX. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

b. TB / BB :

c. Lingkar kepala :

d. Mata :

e. Hidung :

f. Mulut :

g. Telinga :

h. Tengukuk :

i. Dada :

j. Jantung :

k. Paru – paru :

l. Perut :

m. Punggung :

n. Genetalia :

o. Ekstremitas :

p. Kulit :

q. Tanda vital :



X. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN

a. Kemandirian dan bergaul

b. Motorik halus

c. Kognitif dan bahasa

d. Motorik kasar

XI. INFORMASI LAIN

XII. Ringkasan Riwayat Keperawatan

Analisa data

Data (DS / DO)	Etiologi / Penyebab	Masalah / Problem

Prioritas Diagnosa Keperawatan

- 1.
- 2.

Rencana Keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa	SLKI	SIKI	Tanda Tanagn

Asuhan keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	Tanda Tangan

Catatan Perkembangan

Tgl/waktu	Diagnosa Kepeeawatan	Evaluasi Sumatif	Tanda Tangan



Lampiran 2 Tools Fisioterapi Dada



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

 FAKULTAS ILMU KESEHATAN
 LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

 PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN
 FISIOTHERAPY DADA

 NAMA : _____ TANGGAL : _____
 NIM : _____

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			Y A	TIDA K
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program Fisiotherapy dada	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C	FASE KERJA			
	Mengucap basmallah			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi fowler	4		
4	Memasang pernak, pengalas dan bengkak (dipangkuan pasien bila duduk atau di dekat mulut bila tidur miring)	4		
5	Memakai sarung tangan	4		
6	Melakukan clapping dengan cara tangan perawat menepuk punggung pasien secara bergantian	8		
7	Menganjurkan pasien inspirasi dalam, tahan sebentar kedua tangan perawat dipunggung pasien	10		

8	Meminta pasien untuk melakukan ekspirasi,pada saat yang	10		
	bersamaan tangan perawat melakukan vibrasi			
9	Meminta pasien untuk menarik nafas,menahan nafas dan m	10		
	membatukkan dengan kuat			
10	Menampung lendir dalam sputum pot	10		
11	Melakukan auskultasi paru	4		
12	Merapihkan pasien dan alat	4		
13	Mencuci tangan	4		
	Mengucap hamdallah			
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	TOTAL	100		

Keterangan :

TIDAK

: Tidak dilakukan

YA

: Dilakukan dengan sempurna

Observer



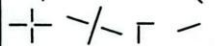
Lampiran 3 Format KPSP

Lampiran 3 Format KPSP

KPSP PADA ANAK UMUR 60 BULAN

Alat dan bahan yang dibutuhkan:

- Kertas dan Pensil
- Kertas Warna

		YA	TIDAK
Anak duduk sendiri ditepi meja periksa			
1	Isi titik-titik di bawah ini dengan jawaban anak. Jangan membantu kecuali mengulangi pertanyaan. • "Apa yang kamu lakukan jika kamu kedinginan?" • "Apa yang kamu lakukan jika kamu lapar?" • "Apa yang kamu lakukan jika kamu lelah?" Jawab "YA" bila anak menjawab ke 3 pertanyaan tadi dengan benar, bukan dengan gerakan atau syarat. Jika kedinginan, jawaban yang benar adalah, "menggigit", "pakai mantel" atau "masuk ke dalam rumah". Jika lapar, jawaban yang benar adalah "makan" Jika lelah, jawaban yang benar adalah "mengantuk", "tidur", berbaring/tidur-tiduran, "Istirahat" atau "diam sejenak".	Bicara dan Bahasa	✓
2	Jangan mengoreksi/membantu anak. Jangan menyebut kata "lebih panjang". Perhatikan gambar kedua garis ini, pada anak. Tanyakan, "Mana garis yang lebih panjang?" 	Gerak Halus	✓
3	Minta anak menunjuk garis yang lebih panjang. Setelah anak menunjuk, putar lembar ini dan ulangi pertanyaan tersebut Apakah anak dapat menunjuk garis yang lebih panjang sebanyak 3 kali dengan benar? Jangan membantu anak dan jangan memberitahu nama gambar ini, suruh anak menggambar seperti contoh ini di kertas kosong yang tersedia. Berikan 3 kali kesempatan. Apakah anak dapat menggambar seperti contoh ini?  Jawablah: YA Jawablah: TIDAK 	Gerak Halus	✓
4	 Jangan menunjuk, membantu atau membetulkan, katakan pada anak: "Tunjukkan segi empat merah" "Tunjukkan segi empat kuning" "Tunjukkan segi empat biru" "Tunjukkan segi empat hijau" Dapatkah anak menunjuk keempat warna itu dengan benar?	Bicara dan Bahasa	✓

Tanya Ibu			
Apakah anak dapat mengancingkan bajunya atau pakalan boneka?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓	
Apakah anak bereaksi dengan tenang dan tidak rewel (tanpa menangis atau menggelayut pada anda) pada saat anda meninggalkannya?	Sosialisasi dan Kemandirian		✓
Dapatkah anak sepenuhnya berpakaian sendiri tanpa bantuan?	Sosialisasi dan Kemandirian		✓
Minta anak untuk berdiri			
Suruh anak berdiri satu kaki tanpa berpegangan. Jika perlu tunjukkan caranya dan beri anak anda kesempatan melakukannya 3 kali. Dapatkah dia mempertahankan keseimbangan dalam waktu 6 detik atau lebih?	Gerak Kasar		✓
Suruh anak melompat dengan satu kaki beberapa kali tanpa berpegangan (lompatan dengan dua kaki tidak ikut dinilai). Apakah ia dapat melompat 2-3 kali dengan satu kaki.	Gerak Kasar		✓
Ikuti perintah ini dengan seksama. Jangan memberi isyarat dengan telunjuk atau mata pada saat memberikan perintah berikut ini: • "Letakkan kertas ini di atas lantai". • "Letakkan kertas ini di bawah kursi". • "Letakkan kertas ini di depan kamu". • "Letakkan kertas ini di belakang kamu". Jawab YA hanya jika anak mengerti arti "di atas", "di bawah", "di depan" dan "di belakang".	Bicara dan Bahasa	✓	

Lihat Algoritme untuk Interpretasi dan Tindakan
 Perinci untuk Aspek Perkembangan dengan jawaban "Tidak"

Gerak Kasar	
Gerak Halus	
Bicara dan Bahasa	
Sosialisasi dan Kemandirian	

Lampiran 4 Lembar Plagiarisme

LEMBAR BEBAS PLAGIARISME

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang saya susun sebagai syarat untuk menyelesaikan program studi D3 Keperawatan di Universitas Al-Irsyad Cilacap seluruhnya merupakan hasil karya saya sendiri. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan laporan KTI yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dalam sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika penulisan karya ilmiah. Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian laporan KTI ini bukan hasil karya saya sendiri atau adanya plagiasi dalam bagian-bagian tertentu, saya bersedia menerima sanksi, sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Cilacap, 24 Juni 2025

(Tia Septiani)

Lampiran 5 Lembar Konsultasi (LOG BOOK)

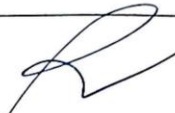
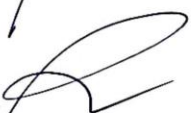
LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/THN	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	23/12/6	Revisi tata letak peta : Daftar Isi Daftar tabel. BAB 3. - Kalimat proposal di susun. BAB 4 - Tambahkan teori dalam pembahasan	 
2.	24/12/6	Ace Maju bany Hasil KTI	


Ahmad Subandi.

Lampiran 5 Lembar Konsultasi (LOG BOOK)

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/THN	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	14/4/25	Membahas tentang Pengkajian pasien dan koreksi data pasien dengan kasus.	
2.	17/4/25	Membahas terkait Dipro pada analisis data.	
3.	23/6/25	Perbaiki kesimpulan bab V. Perbaiki semua kata sesuai judul. Perbaiki Askep seluruh utuh.	
4.	24/6.2025	acc materi utuh hasil KTI	

**SURAT PERNYATAAN
LAYAK UJI HASIL KARYA TULIS ILMIAH**

Berdasarkan hasil evaluasi selama proses bimbingan serta kelengkapan sebagai Karya Tulis Ilmiah (KTI), maka dengan ini pembimbing memberikan pertimbangan bahwa :

Nama Mahasiswa : TIA SEPTIANI

NIM : 106122028

Judul KTI : IMPLEMENTASI FISIOTERAPI DADA PADA PASIEN AN. R DENGAN MASALAH KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG ATH-THUUR RS ISLAM FATIMAH CILACAP

Dinyatakan **layak** untuk diujikan di hadapan Dewan Penguji Ujian Hasil KTI Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap, Tahun Akademik 2024/2025

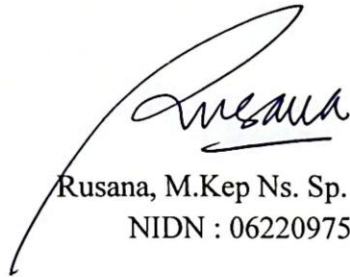
Cilacap, 24 Juni 2025

Dosen Pembimbing Utama



Ahmad Subandi, M.Kep.,Sp,Kep,An
NIDN : 0618027702

Dosen Pembimbing Pendamping



Rusana, M.Kep Ns. Sp. Kep.An
NIDN : 0622097501

SURAT PERSETUJUAN PASIEN**(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Resti Anggraeni
Umur : 36 th
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Angsana Rt 04 / 69 Tritis Kulon Cilacap Utara

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

Nama Mahasiswa : TIA SEPTIANI

NIM : 106122028

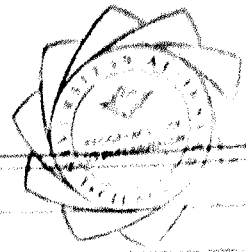
Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis. Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 15. Juni 2025



Yang bersangkutan

Nama pasien/wali pasi



FORMAT PENGKAJIAN ANAK

Nama Mahasiswa • Tia Septiani
Tempat Praktek • RSI Fatimah, Ruang Ahi Thaur
Tanggal Masuk • 15 Juni 2015

I. Identitas Data

Nama	= An. R	Alamat	= Jln. Anaranga
Tempat Lahir	= 21 April 2010	Agama	= Islam
Usia	= 5 tahun 2 bulan	Sukubangsa	= Indonesia
Nama Ayah	= Fiat Indarto	Pendidikan Ayah	= SMK
Pekerjaan ayah	= wiraswasta	Pendidikan Ibu	= SD
Nama Ibu	= Resti		
Pekerjaan Ibu	= RT		

ii. Keluhan Utama.

Pasien pada saat batuk tidak mampu mengeluarkan lendir, jumlah sputum 3cc berbau amis, konsistensi encer, tidak berwarna, terdapat Reinkhir di paru-paru kanan bagian tengah.

iii. Riwayat Kehamilan

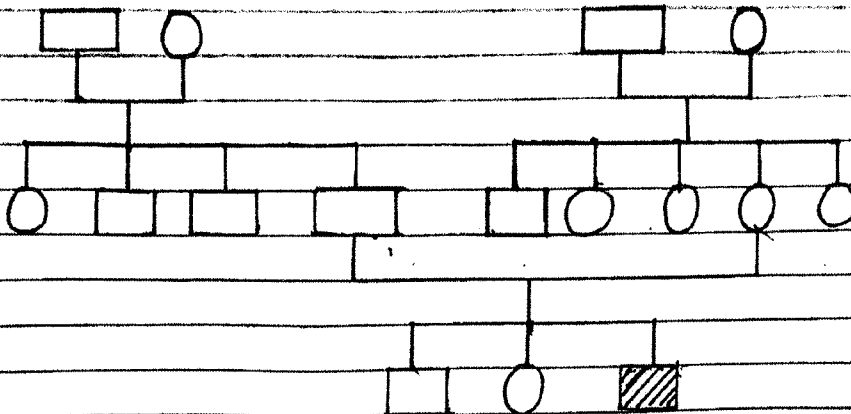
- a. Prenatal • Kehamilan selama 9 bulan
- b. Intra natal • Melahirkan secara pervagina, dr bidan praktek mandiri
- c. Post natal • tidak ada perdarahan, BB anak : 2.1 gram, PB 46cm.

iv. Riwayat Masa lampau.

- a. Penyakit waktu kecil • Riwayat kojang umur 2 tahun dan 3 tahun.
- b. Pernah di Rawat di RS • Pernah di Rawat 3x di RSI 1x di RSUD dengan sakit yang sama, demam, batuk, pilek.
- c. Obat-obatan yang digunakan • tidak ada Obat-obatan yang digunakan.
- d. tindakan operasi • belum pernah melakukan tindakan operasi
- e. Alergi • tidak punya alergi
- f. Kecelakaan • belum pernah mengalami kecelakaan
- g. Imunisasi • imunisasi lengkap (HB-024) jam setelah lahir, BCG
Polio 1 usia 1 bulan, DPT-Hib1 - polio 2 usia 2 bulan
DPT Hib 2 - polio 3 usia 3 bulan, DPT-Hib 3 - polio 4
usia 4 bulan.

SIDU

V. Riwayat keluarga (diurutkan kronologis)



Ket:

- = laki-laki └─┘ = garis pemikahan
- = Perempuan | = garis keturunan
- ◼ = Pasien

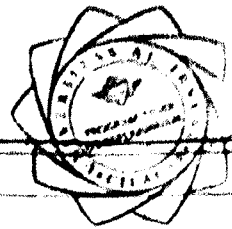
VI. Riwayat Sosial

- a. Yang Mengarah = Pasien di aruh oleh kedua orangtuanya Th.T.M.R
- b. Hubungan dengan anggota keluarga = Pasien baik dengan keluarganya
- c. Hubungan dengan teman sebaya = Pasien mudah bergaul dengan teman sebayanya.
- d. Pembawaan secara umum = Baik dan dapat memahami perintah
- e. Lingkungan rumah = lingkungan rumahnya dekat dengan pemukiman warga.

VII. Kebutuhan Dasar

- a. Makanan yang disukai = Pasien menyukai semua makanan
- selem = Pasien menyukai selem makanan yang lembut.
- Alat makan = menggunakan tangan / sendok sesuai jenis makanan
- pola makan = Sebelum sakit pasien makan 2-3 x/hari
- b. Pola tidur = sebelum sakit jarang tidur siang
- kebiasaan sebelum tidur = Penuh mainan di bacaan cerita, benda yang di bawa saat tidur dan lain-lain.
- c. tidur siang = jarang tidur siang sebelum sakit, pas sakit tidur siang
- d. Mandi = pasien mandi 2x/sehari di bantu orang tua.
- e. Aktivitas bermain = Pasien aktif bermain sebelum sakit.
- f. Eliminasi = BAB 2x/hari pas sakit.
BAK 5x/hari pas sakit.

SIDU



VIII. keadaan kesehatan saat ini

- a. Diagnosa medis : ISPA
- b. Tindakan operasi : tidak dilakukan tindakan operasi
- c. Status Nutriti : pasien makan 3x sehari
- d. Status cairan : Pasien minum 4 gelas sehari, setiap gelas berisi 240 ml
- e. Obat-obatan : Cefadroxil, Dry syr, dexametazone, salbutamol, budemez, Puyer batuk, Paracetamol syr, OBH syr, ondansetron 1/2
- f. Aktivitas : Pasien tidak hanya beraktivitas, hanya menonton hp
- g. Tindakan keperawatan : fisioterapi dada, Monitor suhu tubuh
- h. klasr laboantotum

12 Juni 2025.

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Darah Rutin analyzer 5 DIFF			
Hemoglobin	13.4	10.2 - 15.2	g/dL
leukosit	13870	5000 - 17000	10 ³ /L
Hematokrit	39.8	35 - 45	%
Trombosit	349000	150.000 - 400000	10 ³ /L
Eritrosit	4.92	4.00 - 5.20	10 ⁶ /L
HtL			
Eosinofil	0.17%	1 - 4	%
Neutrofil	74.17%	30 - 60	%
Basofil	0.16	0 - 1	%
Limfosit	17.2%	20 - 60	%
Monosit	4.8	2 - 8	%
MCV	80.9	78 - 94	fL
MCH	27.2	23 - 31	pg
MCHC	33.6	30 - 36	%
IMMUNOFENOLOGI			
MS I TES	Positif	Positif	

1. hasil Rontgen.

Tidak ada ..

1. Data tambahan

pasien batuk, pilek demam $S = 39.1^{\circ}C$, $M = 107x/menit$

$PR = 24x/menit$ $SpO_2 = 98\%$.

Sidu

IX. Pemeriksaan Fisik.

- a. keadaan umum : Baik, tidak terdapat cacat tubuh
- b. BB / TB : 24 kg / 110 cm.
- c. Lingkar kepala : 50 cm.
- d. Mata : Bentuk simetris, tidak tampak sekret, tidak menggunakan alat bantu lihat
- e. hidung : tidak tampak sekret, tidak terdapat pembesaran kista
- f. Mulut : bersih, tidak terdapat stomatitis, bibir tampak kering
- g. Telinga : simetris, tidak menggunakan alat bantu.
- h. Dada : simetris kanan - kiri, anterior posterior lateral 1, 2
- i. Jantung : tidak terdapat kelainan terdengar suara lup - clip.
- j. paru-paru : tidak terdapat lesi, tidak ada nyeri tekan, rales +/- basilar tengah.
- k. perut : tidak ada lesi, peristaltik perut normal
- l. punggung : normal, tidak tampak kelainan
- m. Genitalia : bersih tidak ada benjolan
- n. Ekstremitas : baik, tidak terdapat kelainan bentuk
- o. Kulit : baik, tidak ada udem, turgor kulit elastis
- p. tanda vital : S : 36,7°C RR : 27x/menit, SPO₂ : 98% M : 106x/menit.

X. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

a. Kemandirian dan Bermain.

Pasien mampu bergaul dengan teman sebayanya.

b. Motorik halus

Pasien mampu menulis angka 1-10, Mengenal abjad 1-2

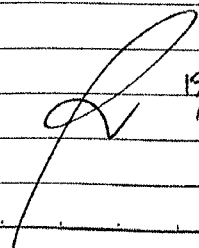
c. Kognitif Bahasa

Pasien mampu berkomunikasi dengan baik.

d. Motorik kasar.

Pasien mampu berjalan, naik turun tangga, menendang bola.

XI. Informasi Lain

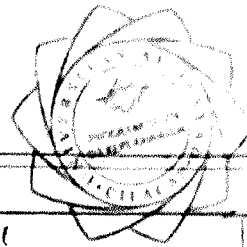
 19/6/2025

Pencana keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SLKI	td.
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif.	Bersihan jalan nafas (L.01001).	manajemen jalan nafas (L.01001)	4
		Ekspetasi : Meningkatkan	observasi :	
		kriteria hasil :	- monitor bunyi nafas dan	
		- Batuk efektif s (meningkat)	bahan :	
		- Produktif sputum s (menurun)	- monitor sputum	
		- Ronkhi s (menurun)	Terapeutik :	
			- posisikan semi Fowler	
			atau Fowler.	
			- berikan minum air	
			hangat	
			- lakukan fisioterapi dada	
			Edukasi :	
			- anjurkan asupan cairan	
			200ml/hari jika tidak	
			kontraindikasi.	
			- ajarkan teknik batuk	
			efektif.	
			Edaborasi :	
			- edaborasi pemberian	
			bronkodilator, ekspektoran,	
			mukolitik jika	
			perlu.	
			Fisioterapi dada (L.01004)	4
			observasi :	
			- identifikasi fisioterapi dada	
			- identifikasi kontraindikasi	
			Fisioterapi dada	
			- identifikasi respon paru	
			yang mengandung sekret	
			benak.	
			- monitor sputum	
			Terapeutik :	
			- posisikan pasien sesuai	
			letak sputum.	
			- lakukan perkusi 3-5	
			menit.	
			- lakukan vibrasi saat perkusi	

SIDU

Raf. Sdk



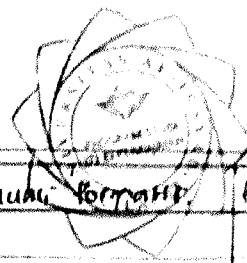
NO	Diagnosa Keperawatan	SLEI	SLEI	titik
1.	bersihan jalan nafas tidak efektif		- lakukan fisioterapi dada sesedikitnya 2 jam setelah makan. Edukasi : - jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada. - anjurkan batuk sesedikit.	+
2.		Termoregulasi (L.14134) Ekspektasi (Menurun) Kriteria hasil : suhu tubuh < 38 (membuat) suhu kulit < 38 (membuat) tindakan < 5 (menurun)	Manajemen hipertermia (L.15506) Observasi : - identifikasi penyebab hipertermi - monitor suhu tubuh - monitor komplikasi akibat hipertermia. Terapeutik : - secatkan lingkungan yang dingin. - longgarkan / lepaskan pakaian - basahi dan kipas permukaan tubuh. - berikan cairan oral Edukasi : - anjurkan tirah baring. kolaborasi : - kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu.	+

hari ke I

Waktu	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi formatif	Evaluasi sumatif	tk
14.00	Bersihan jalan nafas	manajemen jalan nafas		S: Ibu pasien anaknya	
15/02/20	tidak efektif	(1.01011)		batuk berdahak	
		observasi:		O: tenggorokan merah	4
		- mendengarkan bunyi nafas tambahan	S: Ibu mengatakan anaknya batuk berdahak	di paru-paru kanan bagian tengah. sputum	
			O: tenggorokan merah	tidak berwarna	
14.20			Ronchi di paru-paru kanan bagian tengah.	berbau amis, jumlah 3cc, konsistensi encer.	
		- monitor sputum (warna, konsistensi, jumlah, bau)	S: Ibu pasien mengatakan anaknya batuk berdahak.	Kriteria. 12 EP	
			O: lendir bau amis, tidak berwarna	batuk efektif 3 5	
				produksi sputum 3 5	
				Ronchi 3 5	
14.30		Temporali:	Bercer, jumlah 3cc	A: Masalah belum teratasi	
		- memberikan posisi Semi Fowler / Fowler.	S: -	P: Lanjutkan intervensi kepe	
14.35		- berikan minum air hangat.	O: Pasien tampak nyaman.	ramatan.	
			S: Pasien mengatakan telah bersedia.		
			O: memberikan esolol air hangat		
		Edukasi:	BOCC		
15.00		- menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari	S: Ibu pasien mengatakan bersedia		
			O: berikan cairan		
			Olah Porum BB anak 1500 + (24-20) x 20 = 1580ml/hari		
20.00		kolaborasi:			
		melakukan kolaborasi medis.	S: Ibu pasien mengatakan bersedia.		
			O: lakukan nebulizer		
			berdosis 0,25 mg/ml.		

SIDU

R. 15/2/20



Waktu	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi Formatif	Nilai
5/6/16		Fisioterapi dada (1-61004)	S: -		
20:00		observasi:	O: pasien dengan		4
		- mengidentifikasi	hipertekansi jalan		
		indikasi fisioterapi	nafas.		
		dada.			
20:10		- membetuk segmen	S: -		
		paru	O: terdengar bunyi		4
			Rontgen di paru -		
			paru kanan bagian		
			tengah.		
		Terapeutik:	S: -		
20:15		- memposisikan semi	O: Pasien tampak		4
20:20		fowler / fowler.	nyaman, ^{posisi semi} fowler		
		- Berikan minum	S: Ibu pasien mang		
		air hangat	takan botol di		
			O: membetuk seg		4
		Edukasi:	las air hangat & cc		
20:22		- menganjurkan	S: -		
		batuk (tarikan)	O: memonitor sputum		
		dalam 3x di tawikan	berwarna bening		
		natus dalam ke 3	encer, jumlah		4
		dibutuhkan dengan	2cc, berbau amis		
		keras.	M: 107 x / menit		
			SpO ₂ : 98% / Rontgen		
			RR: 22 x / menit		
			S: 38.0°C		
15/4/16	Hipertermia.	Manajemen hiper			
		termi (I. 15506)			
		observasi:	S: Ibu pasien mengat		
20:25		- Mengidentifikasi	anakanya batuk, pilek		4
		Penyebab hipertermi	demam		
			O: Demam akibat		
			proses penyakit		
			S: 38.0°C		
			M: 107 / menit		
			RR: 22 x / menit		
			SpO ₂ : 98%		

SIDU

R. K. R.

No/Umur	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi formatif	Evaluasi sumatif	Nilai
8/6/20	Hipotermia	- monitor suhu tubuh	S: - O: S = 38.0 °C N = 101x/menit	S: Ibu pasien me nantikan, dengan milk turun.	4
20/10		Edukasi: - Mengajarkan teknik batang sikap paru.	S: Ibu pasien merasa takut sedikit O: Ibu pasien dan pasien tampak kooperatif.	O: Demam naik turun S: 38.0 °C N = 101x/menit. Kulit terasa panas.	4
20/10		Kolaborasi: - kolaborasi medik. pemberian cairan intravena 106 at perum panas.	S: - O: terpasang infus Pamcatamul 280ml pct sikap demam S: 38.0 °C N = 101x/menit suhu kulit lempa panas	A: masalah belum teratasi dengan kriteria hari: Kriteria K E P suhu tubuh 4 5 suhu kulit 4 5 takikardi 2 1 P: lanjutkan inter vensi keperawatan sikat suhu tubuh milk berikan pamcatamul.	4
20/10	Bersihan jalan nafas tidak efektif hari ke 2	Observasi: - monitor sputum (warna, konsistensi, bau, jumlah)	S: Ibu mengatakan anaknyanya masih batuk berdahak O: sputum berwarna bening, encer jumlah 2cc tidak berbau	S: Ibu mengatakan anaknyanya batuk berdahak. O: mampu batuk efektif, produksi sputum 2cc berwarna fetori ngan, berbau amis. SpO ₂ : 98x/menit N: 98x/menit Menurun RR: 25x/menit	4
20/10		Terapeutik: - Posisikan semi Fowler / Fowler	S: - O: Pasien tampak nyaman.		4
20/15		- berikan minum hangat. 240ml	S: pasien mengi takan beres O: membatan sogelas air hangat 80/240ml	A: masalah belum teratasi Kriteria batuk efektif 4 5 produksi sputum 4 5 konkhi 4 5	6

SIDU

R. 3/2

Waktu	Diagnosa / Perawatan	Implementasi	Waktu / Farmasi	Evaluasi / Tindakan	Catatan
08.00	Gangguan jalan nafas tidak efektif	kolaborasi : - kolaborasi medik	S : - O : obat puyer batuk Nebulizer Dudusma 0,25ml	P : lanjutan terapi jalan nafas	+
13.10	hau 102	fisioterapi dada. (I.61004). observasi : memastikan regmen paru.	S : - O : Tindakan Pengkiri di paru-paru kanan bagian tengah.		+
13.15		terapeutik : - memposisikan pasien sesuai letak sputum.	S : - O : memposisikan pasien supinasi		+
13.15		- melakukan perkusi 3-5 menit.	S : - O : pasien tampak nyaman.		+
13.15		- melakukan vibrasi (naik & turun dalam)	S : - O : pasien tampak nyaman, vibrasi membantu relaksasi		+
13.20		- melanjutkan batuk regoz.	S : - O : monitor sputum tidak berwarna, tidak berbau pinki menurun, spo2 : 95% / min + 11: 95% / min		+
14.10	hipertensi.	Manajemen hiper tensi (I.15506) observasi : - monitor suhu tubuh.	S : - O : suhu tubuh 36,5°C kulit tidak teraba hangat.		+

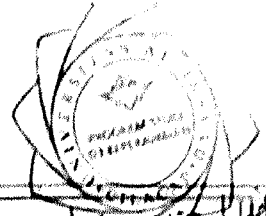
SiDU

Ry. 12

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi formatif	Evaluasi sumatif	Ad												
14/05 14-15	keperawatan keperawatan	Edukasi : - menganjurkan tindakan haring.	S : - Ibu pasien mengata kan bersedia . O : - Ibu pasien dan pacir kooperatif.	S : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam . O : Suhu tubuh 36,5 °C M : 95 x /mnt RL : 25 x /mnt SpO ₂ : 98 x /mnt A : Masalah belum teratasi .	+												
15-00		kolaborasi : - kolaborasi medis pemberian . Ca ⁺⁺ 10 .	S : - O : terpacang infus . RL 100cc G0tpm .	<table border="1"><thead><tr><th>Kriteria</th><th>IL</th><th>ER</th></tr></thead><tbody><tr><td>Suhu tubuh</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Suhu kulit</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Takikardi</td><td>2</td><td>1</td></tr></tbody></table> p : Lanjutkan intensifikasi keperawatan , jika suhu tubuh naik berikan parasetamol	Kriteria	IL	ER	Suhu tubuh	4	5	Suhu kulit	4	5	Takikardi	2	1	+
Kriteria	IL	ER															
Suhu tubuh	4	5															
Suhu kulit	4	5															
Takikardi	2	1															
17/05 08-00	Benihan jalan nafas tidak efektif . hari ke 3	Manajemen jalan nafas (I . OLOU) - monitoring sputum (warna , konsistensi bau , jumlah) .	S : ibu mengatakan anaknya batuknya sudah mereda O : sputum tidak berwarna , tidak berbau , encer . jumlah 2 cc		+												
20-00		Temporale : - memposisikan semi fowler / fowler .	S : - O : pasien tampak nyaman .		+												
		kolaborasi : - kolaborasi medis	S : - O : dexametason 1mg 5mg / 1ml .		+												
10-30		Pilo terapi dada (I . OLOU) observasi : - memeriksa respon paru .	S : - O : terdapat ronkhi di paru - paru dengan bunyi terengah		+												

SIDU

17/05/20



No/Date	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi Sumatif	Nilai
19/6/25	Berjalan jalan	Teknik : - memposisikan	S : - O : memposisikan pasien	S : Ibu mengatakan	4
10-30	Nafas tidak efektif	- memposisikan Pasien sesuai letak sputum (duduk di pangkuan pasien tiduran di samping mulut pasien)	supinasi	anaknya, masih batuk tetapi sudah berkurang	
				O : produksi sputum 2cc, tidak ber warna, tidak	
				berbau, encer.	4
10-32		- melakukan perkusi	S : -	SpO ₂ : 98%	
		3-5 menit	O : pasien tampak kooperatif.	H : 100x/menit	
10-33		- melakukan vibrasi	S : -	RR : 26x/menit.	
			O : pasien tampak lebih nyaman.	A : Masalah belum teratasi Pasien pulang	4
10-35		- menganjurkan pasien batuk	S : -	Kriteria	
		kegaya. (tarik kawat dalam lalu batukan dengan kuat	O : sputum tidak berwarna, tidak berbau, jumlah 2cc, Rontgen paru RR : 26x/menit SpO ₂ : 98%.	IK ER batuk efektif 4 5 produksi sputum 4 5 Rontgen 4 5	4
				P : Hentikan intervensi keperawatan pasien sudah pulang	
10-40		- menjelaskan tujuan dan prosedur filio terapi dada.	S : - O : menjelaskan tujuan dan prosedur fisioter api dada, untuk di lakukan mandiri di rumah.		4
16/25	Hipertensi.	Manajemen hipertensi (1.1006)		S : Ibu mengatakan demam anak sudah turun	
2-55		Observasi :		O : S : 36,0 °C kulit	
		- memonitor suhu tubuh.	S : Ibu pasien mengatakan demam anak sudah turun.	tempat tidak panas H : 100x/menit	4
			O : S : 36,0 °C, kulit tempat tidak panas H : 100x/menit.	A : Masalah teratasi	
				Kriteria	
			S : -	IK ER suhu tubuh 5 5 suhu kulit 5 5	
		- kolaborasi pember ian cairan IV	O : terpasang infus RL 100cc, 60 TPM	P : Hentikan intervensi karena pasien pulang.	4
		pamcatama jika panas			