

Lampiran 1 *Informed Consent*

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :

Umur :

Agama :

Pekerjaan :

Alamat :

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 a.n :

Nama Mahasiswa :

NIM :

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap,.....2024

Yang bersangkutan

.....

Nama pasien/wali pasien

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rodiyah

Umur : 37 tahun

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Pringmuti Kalisabule rt 01/11

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 a.n :

Nama Mahasiswa : Josephira Reynawati Putri Jatmiko

NIM : 100121027.....

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 18 Juni2024

Yang bersangkutan


.....

Nama pasien/wali pasien

Lampiran 2 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 :
 a. 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 siang :
- 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. Aktifitas :
- 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. Tengkuluk :
- 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

Lampiran 3 Kuisisioner Praskrining

Kuesioner Praskrining untuk Bayi 9 Bulan

No	PEMERIKSAAN		YA	TIDAK
1	<p>Pada posisi bayi telentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi duduk. Dapatkah bayi mempertahankan lehernya secara kaku seperti gambar disebelah kiri? Jawab TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali seperti gambar sebelah kanan.</p>  <p>Jawab: YA Jawab : TIDAK</p>	Gerak kasar	✓	
2	<p>Pernahkah anda melihat bayi memindahkan mainan atau kue kering dari satu tangan ke tangan yang lain? Benda-benda panjang seperti sendok atau kerincingan bertangkai tidak ikut dinilai.</p>	Gerak halus	✓	
3	<p>Tarik perhatian bayi dengan memperlihatkan selendang, sapu tangan atau serbet, kemudian jatuhkan ke lantai. Apakah bayi mencoba mencarinya? Misalnya mencari di bawah meja atau di belakang kursi?</p>	Gerak halus	✓	
4	<p>Apakah bayi dapat memungut dua benda seperti mainan/kue kering, dan masing-masing tangan memegang satu benda pada saat yang sama? Jawab TIDAK bila bayi tidak pernah melakukan perbuatan ini.</p>	Gerak halus	✓	
5	<p>Jika anda mengangkat bayi melalui ketiaknya ke posisi berdiri, dapatkah ia menyangga sebagian berat badan dengan kedua kakinya? Jawab YA bila ia mencoba berdiri dan sebagian berat badan tertumpu pada kedua kakinya.</p>	Gerak kasar	✓	
6	<p>Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai seperti gambar ?</p> 	Gerak halus	✓	
7	<p>Tanpa disangga oleh bantal, kursi atau dinding, dapatkah bayi duduk sendiri selama 60 detik?</p> 	Gerak kasar	✓	
8	<p>Apakah bayi dapat makan kue kering sendiri?</p>	Sosialisasi dan kemandirian	✓	

9	Pada waktu bayi bermain sendiri dan anda diam-diam datang berdiri di belakangnya, apakah ia menengok ke belakang seperti mendengar kedatangan anda? Suara keras tidak ikut dihitung. Jawab YA hanya jika anda melihat reaksinya terhadap suara yang perlahan atau bisikan.	Bicara & bahasa		
10	Letakkan suatu mainan yang diinginkan diluar jangkauan bayi, apakah ia mencoba mendapatkannya dengan mengulurkan lengan atau badannya?	Sosialisasi dan kemandirian	✓	
Jumlah jawaban			10	0
No	PEMERIKSAAN		YA	TIDAK
1	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulang-ulang dihadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan anda muncul kembali?	Sosialisasi dan kemandirian	✓	
2	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Sulitkah anda mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak halus	✓	
3	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	Gerak kasar	✓	
4	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: "ma-ma", "da-da" atau "pa-pa". Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	Bicara & bahasa	✓	
5	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	Gerak kasar	✓	✓
6	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya.	Sosialisasi dan kemandirian	✓	
7	Apakah anak dapat mengambil benda kecil seperti kacang atau kismis, dengan meremas di antara ibu jari dan jarinya seperti pada gambar? 	Gerak halus	✓	
8	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	Gerak kasar	✓	
9	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bicara & bahasa	✓	
10	Tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukan dua kubus kecil yang ia pegang? Kerincingan bertangkai dan tutup panel tidak ikut dinilai.	Gerak halus	✓	
Jumlah jawaban			9	1

Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur Pemberian LGG

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN LARUTAN GULA GARAM			
Pengertian	Larutan gula garam adalah larutan untuk menggantikan cairan yang hilang bersama dengan tinja yang keluar, larutan ini sering disebut rehidrasi oral.		
Tujuan	Untuk mengganti cairan yang hilang bersama tinja		
Indikasi	Anak yang mengalami diare		
Fase Prainteraksi	Menyiapkan alat dan bahan : 1) Gula Pasir 2) Garam Dapur 3) Air matang 4) Gelas 5) Sendok Teh		
Fase Orientasi	SOP	Nilai	
		Ya	Tidak
	1. Mengucapkan salam terapeutik kepada responden dan orang tua		
	2. Memperkenalkan diri		
	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan		
	4. Menanyakan persetujuan		
Fase Kerja	1. Membaca Bismillah		
	2. Mencuci tangan dengan bersih agar tidak ada kuman penyakit yang menyebar		
	3. Memasukan satu sendok teh gula pasir		
	4. Masukan seperempat sendok teh garam		
	5. Aduk larutan sampai gula merata		
	6. Setelah selesai berikan larutan pada pasien untuk diminum		
	7. Beri reinforcement positif		
	8. Merapikan pasien		
	9. Membaca alhamdulillah		
Fase Terminasi	1. Mengevaluasi tindakan		
	2. Berpamitan dan mengucapkan salam		
	3. Melakukan dokumentasi hasil tindakan		

Lampiran 5 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Memahami cara pembuatan larutan gula garam
Sub Pokok Bahasan	: Pembuatan larutan gula garam
Topik	: Pembuatan larutan gula garam
Sasaran	: Pasien anak dan ibu pasien
Pemberi Materi	: Josephira Reynawati Putri Jatmiko
Hari/ Tanggal	: (...) Juni 2024
Waktu	:
Tempat	: Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan ibu pasien diharapkan mampu memahami dan mendemonstrasikan cara pembuatan larutan gula garam dengan benar.

B. Tujuan Intruksional

Setelah dilakukan tindakan keperawatan / pendidikan kesehatan selama 1x30 menit ibu pasien diharapkan mampu :

1. Menjelaskan pengertian larutan gula garam dengan benar
2. Menjelaskan manfaat gula garam dengan benar
3. Menjelaskan cara pemberian larutan gula garam dengan benar
4. Mendemonstrasikan cara pembuatan larutan gula garam dengan benar

C. Karakteristik Peserta Penyuluhan

Ibu pasien anak dengan masalah diare yang dirawat di RSI Fatimah Cilacap

D. Analisis Tugas

1. *Know*

- a. Mengetahui pengertian larutan gula garam
- b. Mengetahui manfaat larutan gula garam
- c. Menjelaskan cara pemberian larutan gula garam
- d. Menjelaskan cara pembuatan larutan gula garam

2. *Do*

Memberi tanggapan/pertanyaan pada saat penyuluhan

3. *Show*

Mendengarkan dengan penuh perhatian saat penyuluhan

E. Materi dan Penyuluhan

Materi yang akan disampaikan :

1. Pengertian larutan gula garam
2. Manfaat larutan gula garam
3. Cara pemberian larutan gula garam yang benar
4. Cara pembuatan larutan gula garam

F. Lokasi Waktu

1. Apersepsi : 5 menit
2. Kegiatan membuka : 5 menit
3. Penjelasan/uraian materi : 15menit
4. Evaluasi dan penutup : 5 menit

G. Strategi Instruksional

1. Menjelaskan materi penyuluhan
2. Menggunakan media pengajaran untuk mempermudah pemahaman peserta penyuluhan
3. Memberikan kesempatan bertanya kepada peserta penyuluhan
4. Mengadakan evaluasi

H. Media Penyuluhan

Leaflet/ Lembar balik

I. Evaluasi

a. Peserta

- 1) Peserta penyuluhan mengikuti kegiatan sampai selesai.
- 2) Peserta penyuluhan kooperatif dan aktif berpartisipasi selama proses penyuluhan
- 3) Pertemuan berjalan dengan lancar.

b. Penyuluh

- 1) Bisa memfasilitasi jalannya penyuluhan.

- 2) Bisa menjalankan perannya sesuai tugas dan tanggung jawab.
- 3) Suasana selama kegiatan penyuluhan kondusif.

J. Langkah kegiatan

No	Waktu	Kegiatan	Peserta	Metode
1.	5 menit	Kegiatan membuka penyuluhan a. Mengucap salam b. Memperkenalkan diri c. Menggali pengetahuan tentang larutan gula garam d. Menjelaskan tujuan yang akan dicapai berkaitan dengan materi penyuluhan yang akan disampaikan	a. Menjawab salam b. Mengenal petugas penyuluhan c. Mengemukakan pendapat sesuai dengan apa yang diketahui d. Menyimak dengan seksama	Tanya jawab Ceramah
2	20 menit	Kegiatan Inti a. Menjelaskan pengertian larutan gula garam b. Menjelaskan manfaat larutan gula garam c. Menjelaskan cara pemberian larutan gula garam d. Mampu memdemonstrasikan cara pembuatan larutan gula garam	a. Mendengar dengan seksama b. Menyimak dengan seksama c. Ibu pasien mendengarkan penjelasan d. Ibu pasien menyimak penjelasan	Ceramah
3	5 menit	Kegiatan Penutup a. Mengajukan pertanyaan sebagai evaluasi b. Mengucapkan salam	a. Ibu pasien menjawab pertanyaan yang diberikan b. Menjawab salam	Tanya Jawab Ceramah

MATERI PENYULUHAN PEMBUATAN LARUTAN GULA GARAM

A. Pengertian larutan gula garam

Cairan yang berisi campuran air matang dengan gula garam yang diminumkan pada penderita yang mengalami kekurangan cairan dan mineral yang dibutuhkan oleh tubuh

B. Manfaat larutan gula garam

1. Untuk mengembalikan cairan yang hilang akibat diare.
2. Mengganti mineral yang hilang akibat diare
3. Mempercepat proses kesembuhan dari diare

C. Cara pembuatan larutan gula garam

1. Persiapan alat
 - a) Gula pasir sebanyak satu sendok teh
 - b) Garam dapur sebanyak seperempat sendok teh
 - c) Air masak atau air teh yang masih hangat namun tidak selagi mendidih. Takarannya sebanyak satu gelas atau sekitar 200 ml
 - d) Gelas kaca yang berukuran normal
 - e) Sendok teh
2. Cara pembuatan larutan gula garam
 - a) Cuci tangan sampai bersih agar tidak ada kuman penyakit yang menyebar
 - b) Tuangkan air masak atau air teh tersebut ke dalam gelas sebanyak satu gelas penuh
 - c) Masukkan gula pasir serta garam dapur itu sesuai dengan takaran yang telah ditentukan ke dalam gelas tersebut
 - d) Aduk sampai gula dan garamnya benar-benar larut dalam air
 - e) Setelah selesai berikan larutan tersebut untuk diminum pada penderita diare.

Lampiran 6 Penilaian Tingkat Perkembangan (KPSP)

PENILAIAN TINGKAT PERKEMBANGAN (KPSP)

NAMA :
NIM :

TANGGAL :
OBSERVER :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program Penilaian tingkat perkembangan (KPSP)	4		
2	Menyiapkan alat	4		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	5		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	5		
4	Menjelaskan langkah prosedur	5		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
6	Menyiapkan alat tulis,kertas dan form KPSP	5		
C	FASE KERJA			
1	Membaca Bismillahirrohmaanirrohiim	3		
2	Menghitung usia kronologis dengan benar	12		
3	Menggunakan form KPSP sesuai usia anak	12		
4	Menanyakan dan melakukan tes perkembangan sesuai dengan form KPSP yang digunakan (sesuai dandan usia anak)	12		
5	Menginterpretasikan hasil KPSP	12		
6	Membaca Alhamdulillah	3		
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan intervensi interpretasi hasil KPSP kepada orang tua	5		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	5		
3	Berpamitan	4		
	TOTAL	100		

Keterangan :

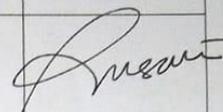
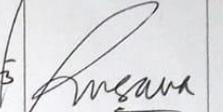
TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer

()

Lampiran 7 Lembar Konsul Pembimbing Utama

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	27 Mei 2024	Jurnal KTI	
2.	29 Mei 2024	BAB I - Latar Belakang Berkaitan Daire (EE) → dx webis & dx keg → dx are. tambahkan hospitalisasi; FCC, AC.	
3.	3 Juni 2024	BAB I aee. BAB II revisi cekes lagi BAB III revisi sesuai masukan Tambahkan Daftar pustaka dan lampiran	
4.	5/6-2024.	BAB II aee. BAB III aee. Latar dan cover s.d lampiran	
5.	6/6-2024	aee dan proposal KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	24/6/2024	BAB IV = sesuai panduan KTI Sub bab pembahasannya terkait justifikasi teor (sesuai H-2000) keterbatasan →	
2.	27/6/2024	BAB V - simpulan yg sesuai dgn fokus - saran (aplikatif) sesuai yg ditanyakan dan solusi saat ini fokus	
3.	28/6/2024	BAB I revisi sesuai masukan BAB II revisi sesuai masukan BAB III sesuai yg sudah ditaksir → revisi konsultasi lengkap.	
4.	20/6/2024	BAB I - BAB V all cover dan lampiran sesuai yg dibutuhkan	
5-	1 Juli 2024	all revisi sesuai KTI	

Lampiran 8 Lembar Konsul Pembimbing Pendamping

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	3/6.24	BAB 5 - Perbaiki tujuan, format & buku panduan bab ii, iii - Perbaiki tata urut penulisan huruf / penomoran - Rapiakan tulisan.	 Band.
	5/6.24	- Perbaiki Daftar. - Arah Misi hidup Proposal KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL./BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	27/6/24	BAB IV - Pembahasan meliputi proses keperawatan - Pembahasan dikaitkan dengan teori & jurnal.	
	1/7/24	Perbaiki Cover Acc Mgr Seminar Hasil KTI !!	



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
KEPERAWATAN ANAK
FORMAT PENGKAJIAN ANAK

Nama : Josephina Reynawati Putri Jatmiko
Alamat : Ruang Arafah 2, Rumah Sakti Islam Fatimah Cilacap
Tanggal : 18 Juni 2024

Nama Anak : An K
Alamat : Jl. Inpres RT 01 RW 01, Kalibatak
Tanggal Lahir : Cilacap, 13 Juni 2023
Agama : Islam
Usia : 1 tahun
Suku Bangsa : Jawa, Indonesia
Pendidikan Ayah : Tn. S / Ny. R
Pendidikan Ibu : SNP Sederajat
Pendidikan Ayah : Burch harian lepas
Pendidikan Ibu : SMP Sederajat
Tempat Lahir : Ibu Rumah Tangga

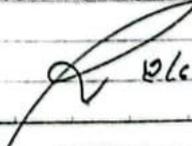
Utama : mengatakan An. K mengalami diare sejak : miny yang lalu, berwarna hijau, cair dan berlendir
BAB 3-5 kali dalam sehari.

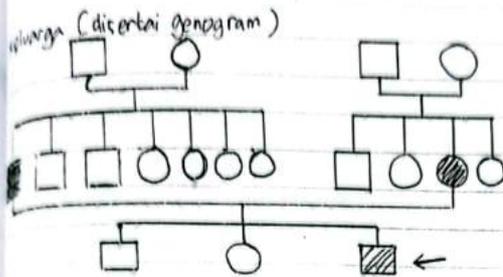
kehamilan dan kelahiran

Alam : Ibu pasien mengatakan rutin mengontrol kehamilannya ke dokter kandungan (Dokter Adit).
tidak terdapat gangguan pada kehamilannya, tidak terdapat masalah pada Ibu dan bayi.
Riwayat : Ibu pasien mengatakan mengalami Preeklamsia saat kontrol kehamilan, usia kehamilan 34 minggu,
dan bayi lahir secara SC (sectio Caesarea).
Kandungan : Ibu pasien mengatakan bayi lahir secara SC, Bayi dengan BBLR : 1,8 kg, usia kehamilan 34m
tidak terdapat kelainan.

masa lampau

Waktu kecil : Tidak ada
dirawat di RS : Tidak Pernah / Pernah, saat bayi baru lahir karena BBLR
obat-obatan yang digunakan : Puyer dari PKM, sirup dan obat dari dokter, parasetamol sirup
keperawatan (operasi) : Tidak Ada
infeksi : Tidak Ada
vaksinasi : Tidak Pernah
vaksinasi : Hib D, BCG, Polio 1, DPTa+Hib 1 polio 2, DPT-HB-Hib* polio 3, DPT-HB-Hib 5 polio 4.


12/6/2024



genogram :
 pasien : ○ : perempuan
 ayah pasien : □ : laki-laki
 ibu pasien : ○ : perempuan
 anak pasien : □ : laki-laki

Sosial

pengaruh : Ayah dan Ibu pasien

hubungan dengan anggota keluarga : Hubungan baik, saling membantu dan saling menyayangi.

hubungan dengan teman sebaya : An. K belum memiliki teman sebaya

hubungan secara umum : An. K tampak sedikit pendiam dan malu malu saat didekati.

lingkungan rumah : Ibu pasien mengatakan lingkungan rumah aman, nyaman, dengan pengawasan keluarga rumah milik sendiri, lingkungan rumah mendukung terhadap perkembangan pasien.

Dasar

makan yang disukai / tidak disukai : Makanan yang disukai : telur dimix dengan nasi
Makanan yang tidak disukai : ati ayam, tempe

selera makan : Selera makan An. K berkurang

alat makan yang dipakai : Alat makan yang bersih, piring, mangkuk, sendok, garpu

makan / jam : 3x dalam sehari, jam 06.00 pagi, jam 12.00 siang, jam 19.00 malam

tidur : Tidur siang sebelum dirawat 1-2 jam sehari

Tidur siang saat dirawat 30 menit sehari.

Tidur malam 8-9 jam sehari.

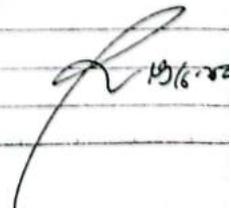
kebiasaan sebelum tidur : Ibu pasien mengatakan saat mau tidur harus dirutin dan dipukuk dulu.

medikasi : 2x dalam sehari, pagi dan sore, saat sakit hanya direka

aktivitas Bermain : Ibu pasien mengatakan An. K paling suka bermain mobil-mobilan mini

eliminasi : BAK 6-8 kali dalam sehari, berwarna kekuningan

BAB 3-4 kali dalam sehari, cair, berwarna kuning kehijauan


 19/6/20



keadaan Saat ini

anamnesis medis: Gastrointest (GE) dan Demam Berdarah Dengue (DBD)

anamnesis umum: Tidak Ada

anamnesis nutrisi: Menghabiskan $\frac{1}{2}$ dari yang disediakan (3x sehari) BB: 8,9 TB: 80cm
 Kalori: 100 kkal/KBB/hr: 100 (8,9) 890 kkal, IMT = $\frac{8,9}{1,64^2} = 13,9 \text{ kg/m}^2$ (normal)

status Cairan: Intake cairan (minum: 500 ml, cairan infus: 1500 ml, obat-obatan: 25 ml), Output cairan (urine: 200 ml (1500 ml, BAB 60 ml) IWL: 258 ml) Balance cairan = (2596 - 2358) = + 238 ml

obat-obatan: - Infus RL 25 tetes per menit

- Inj. Asam Traneksamat 100 mg / 0,1 cc

- Ceftriaxone inj 1 g

Da:

- Metronidazole 3x ~~100ml~~ sehari 100 ml

- Sucralfat susp 3x ~~100ml~~ sehari 5 ml, sed'ran 100 ml

aktivitas: Aktifitas berkurang, tertatar, selalu meminta untuk digendong ayahnya.

keperawatan: - Memonitor KU

- Memonitor tanda-tanda vital

- Memonitor frekuensi diare

- Memonitor daerah perianal

- Menghitung balance cairan

- Membenakan LGG

laboratorium: Hemoglobin 5,4 g/dL

Leukosit 18630 $10^3/\mu\text{L}$

Hematokrit 22,8 %

Trombosit 336000 $1^3/\mu\text{L}$

Eritrosit 4,56 $10^6/\mu\text{L}$

MCV 52,3 fL

hasil Rontgen: Tidak Ada

Data Tambahan: Tidak ada

keadaan Fisik

keadaan Umum: Pasien tampak lemas, kompos Mentis

T/B/D: + 69cm / 8,9 kg

tinggi kepala: 46 cm

Mata: Kompungtiva anemis, bola mata normal, tidak terdapat gangguan dan kelainan.

hidung: Simetris, tidak terdapat pembesaran polip, hidung epistaksis

Mulut: Mukosa bibir kering, gigi berjumlah (), kebersihan mulut terjaga, lidah berwarna pink

19/6/2024

902A

Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : Compor Menthis
- b. TB/BB : 80 cm / 8,9 kg
- c. Lingk. Kepala : 46 cm
- d. Mata : Konjungtiva anemis, bola mata normal, tidak terdapat gangguan dan kelainan
- e. Hidung : Simetris, tidak ada polip, epitaksis
- f. Mulut : Mukosa bibir kering, gigi berjumlah 4, kebersihan mulut terjaga
- g. Telinga : Simetris, tidak ada luka, tidak terdapat penumpukan serumen
- h. Tenguk : Tidak ada jejas, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- i. Dada : Simetris, datar, bunyi sonor, tidak ada gangguan
- j. Jantung : Simetris, normal
- k. Paru-paru : Pergerakan ekspirasi dan inspirasi seimbang
- l. Punggung : Simetris, normal, tidak ada kelainan
- m. Genitalia : Kelamin laki-laki, terdapat kemerahan di daerah perianal
- n. Ekstremitas : Simetris, lengkap, tidak ada edema
- o. Kulit : Tidak terdapat jejas, terdapat kemerahan pada kulit di areola
- p. Tanda vital : S = 37,1 °C N = 100x/mnt, Frekuensi nafas = 30x/mnt, SpO₂ = 100%
- q. Perut : Simetris, tampak buncit, bising usus 35x/menit.

i. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

- a. Kemandirian dan tingkat bergaul : Kemandirian An.k pada saat sehat mandiri, baik, tampak mudah bergaul, tetapi belum memiliki teman sebaya bermain.
- b. Motorik Halus : An.k mampu menggenggam benda sendiri, normal tidak ada gangguan
- c. Kognitif dan Bahasa : An.k mampu mengucapkan 1 kata diulang-ulang
- d. Motorik Kasar : An.k mampu duduk, merangkak, berdiri merambat di dinding

Form b
blan

- Informasi lain : An.k terpasang inps RL ditangan kanan
- Ringkasan Keperawatan / Ringkasan Riwayat kesehatan



29/6.2024

Data

Data Fokus	Etiologi	Problem
DS: Ibu pasien mengatakan An.K mengalami diare sejak 1 minggu yang lalu	Proses Infeksi	Diare (0.0020)
DO: Frekuensi BAB 5-7 kali dalam sehari Feses cair dan berlendir Bising usus hiperaktif 35 x/menit Peristaltik usus pada An.K meningkat Terpasang terapi Metronidazole infus 3 x 100 ml		
DS: Ibu pasien mengatakan An.K mengalami diare sejak 1 mngg BAB cair, frekuensi 5-7 kali dalam sehari	Diare (kondisi klinis terkait)	Risiko hipovolemia (0.0034)
DO: Mukosa bibir tampak kering An.K tampak haus terus (sering menyusu) Terpasang infus RL 500 cc 25 tetes/menit Hasil laboratorium tanggal 15 Juni 2024: - HB: 5,4 g/dL - Trombosit 336.000/uL	Faktor risiko: kehilangan cairan secara aktif	
DS: Ibu pasien mengatakan terdapat kemerahan di area bokong kiri An.K & nafsu makan menurun	Faktor risiko: gangguan integritas kulit.	Risiko Infeksi (0.0142)
DO: tampak kemerahan pada area perianal An.K Nafsu makan menurun Feses cair, hijau dan berlendir - Leukosit: 18630.000/uL		

Risiko Diagnosis Keperawatan

diare berhubungan dengan proses infeksi ditandai dengan frekuensi BAB di atas 3 kali dalam 1 jam (5-7 kali), cair & berlendir.

Risiko hipovolemia dibuktikan dengan mukosa bibir tampak kering faktor risiko kehilangan cairan secara aktif.

Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko gangguan integritas kulit

 20/6-2024

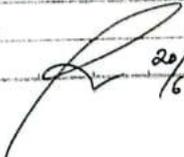
Tanggal / Jam	Dx. Kep.	SLKI	SIKI	Paraf																					
6-2024 02 WIB	Diare	<p>Eliminasi Fekal (L.04033) :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan eliminasi fekal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="459 403 826 689"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kontrol Pengeluaran Feses</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengedan saat defekasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>SA = Skor Awal ST = Skor Tujuan SS = Skor Sekarang</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	Kontrol Pengeluaran Feses	2	5	Mengedan saat defekasi	3	5	Distensi abdomen	3	5	Konsistensi feses	2	5	Frekuensi defekasi	2	5	Peristaltik usus	2	5	<p>Manajemen Diare (I.03101) :</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab diare - Identifikasi riwayat pemberian makanan - Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses - Monitor tanda dan gejala hipovolemia - Monitor intansi dan ulserasi kulit di perianal <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benikan asupan cairan oral - Benikan cairan intravena - Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu. <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antimotilitas - Kolaborasi pemberian antiparasitik - Kolaborasi pemberian obat penguat feses. 	<p>f reina</p>
Kriteria Hasil	SA	ST																							
Kontrol Pengeluaran Feses	2	5																							
Mengedan saat defekasi	3	5																							
Distensi abdomen	3	5																							
Konsistensi feses	2	5																							
Frekuensi defekasi	2	5																							
Peristaltik usus	2	5																							
6-2024 02 WIB	Risiko hipovolemia	<p>Status Cairan (L.03026) :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="459 1355 826 1556"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Turgor Kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Membran Mukosa</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Intake Cairan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar HB</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	SA	ST	Turgor Kulit	3	5	Membran Mukosa	3	5	Intake Cairan	3	5	Kadar HB	3	5	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03104) :</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipovolemia <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hitung kebutuhan cairan - Benikan asupan cairan oral <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan iv isotonis (mis. NaCl, RL) 	<p>f reina</p>						
Kriteria Hasil	SA	ST																							
Turgor Kulit	3	5																							
Membran Mukosa	3	5																							
Intake Cairan	3	5																							
Kadar HB	3	5																							

20/6-2024

Tgl/Tam	Ox. Kep	SLKI	SIKI	Paraf																		
16/06-2024 14.14.15	Risiko Infeksi	Tingkat Infeksi (L. 14137): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kultur feses</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	SA	ST	Kebersihan tangan	3	5	Nafsu makan	3	5	Kemerahan	3	5	Kadar sel darah putih	4	5	Kultur feses	2	5	Pencegahan Infeksi (I. 14139) Tindakan Observasi: - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dg pasien dan lingkungan pasien Edukasi: - Jelaskan tanda & gejala infeksi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan & nutrisi Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	 reina
Kriteria Hasil	SA	ST																				
Kebersihan tangan	3	5																				
Nafsu makan	3	5																				
Kemerahan	3	5																				
Kadar sel darah putih	4	5																				
Kultur feses	2	5																				

ASUHAN KEPERAWATAN

Tgl/Jam	Nb. Dx Kep	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
16 Juni 2024 13.30	Diare (0.0020)	- Mengidentifikasi penyebab diare	S: - O: Disebabkan oleh bakteri/virus (infeksi) GE (Gastroenteritis)	
13.35		- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan	S: Ibu pasien mengatakan selama dirawat An.K hanya yang diberikan RS O: An.K memakan makanan yg disediakan sedikit tapi sering	
13.37		- Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses	S: Ibu pasien mengatakan BAB cair berwarna hijau, volume 40-50 ml, 5-7 kali dalam sehari O: BAB Cair, berwarna hijau, volume 40-50 ml, 5-7 kali dalam sehari	
13.39		- Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di perianal	S: Ibu pasien mengatakan An.K mengalami kemerahan di area perianal O: Terdapat kemerahan di area perianal bag. kiri An.K.	


20/6/2024

Tgl/Jam	No. Dx/Kep	Implementasi	Evaluasi Formatif
13 40		- Memberikan asupan cairan oral (Larutan Gula Garam)	S: Ibu pasien mengatakan An.k mau minum O: An.k minum larutan gula garam disuapi sedikit demi sedikit menggunakan sendok teh.
13 50		- Memberikan cairan intravena (Ringer Laktat) - Mengkaji keberhasilan pemberian obat antimotilitas	S: - O: Infus RL 500 ml 25 tetes/mnt S: - O: Sucalfal sirup 3x 5ml sehari
13 35	Risiko hipovolemia	- Memeriksa gejala & tanda hipovolemia	S: Ibu pasien mengatakan An.k BAB 5-7x sehari O: Mukosa bibir tampak kering An.k tampak haus terus (sering menyusu)
13 40		- Menghitung kebutuhan cairan	S: - O: Intake Cairan = 2596 ml Output Cairan = 2358 ml Balance Cairan = +238 ml
14 00		- Memberikan asupan cairan oral	S: - O: Pasien tampak selesai minum ASI dan mau minum LGG
14 30		- Mengajukan memperbanyak asupan cairan oral	S: Ibu pasien mengatakan sudah habis 1/4 gelas LGG. O: Ibu dan pasien anak kooperatif.
14 35		- Mengkaji keberhasilan pemberian cairan IV isotonis (RL)	S: - O: Infus RL 25 tpm
13 45	Risiko Infeksi	- Memonitor tanda gejala Infeksi	S: Ibu pasien mengatakan An.k mengalami kemerahan di area perianal O: kemerahan di area perianal kiri
13 46		- Membatasi jumlah pengunjung	S: - O: Pasien anak di jaga oleh ayah dan ibu
13 50		- Mencuci tangan saat sebelum dan sesudah kontak dg pasien	S: - O: Tangan tampak bersih.
14 05		- Anjurkan meningkatkan cairan dan nutrisi	S: Ibu pasien mengatakan mau makan-makan sehat agar ASI lebih sehat untuk pasien O: Ibu pasien kooperatif


 20/6-2

Catatan Perkembangan

11/ Juni 2024
15.00 WIB

No. Dx. Keperawatan: Diare

Evaluasi Sumatif

S: Ibu pasien mengatakan anaknya diare sejak 1 minggu yang lalu, frekuensi 5-7 kali dalam sehari
 O: BAB tampak cair, feses berwarna hijau dan berlendir
 Bisingusus hiperaktif 35 X/menit

A:

Kriteria Hasil	SA	ST	SS
Kontrol pengeluaran Feses	2	5	2
Mengedan saat defekasi	3	5	3
Distensi Abdomen	3	5	4
Konsistensi Feses	2	5	2
Frekuensi Defekasi	2	5	2
Peristaltik Usus	2	5	3

Masalah keperawatan diare belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi keperawatan (pembenan L66)
 - Managemen diare

13/ Juni 2024
15.05 WIB

Risiko hipovolemia

S: Ibu pasien mengatakan An.k mengalami diare sejak 1 minggu yang lalu, frekuensi 5-7 kali dalam sehari.
 O: Mukosa bibir tampak kering
 An.k tampak sering menyusu

A:

Kriteria Hasil	SA	ST	SS
Turgor kulit	3	5	4
Membran mukosa	3	5	3
Intake Cairan	3	5	3
Kadar HB	3	5	4

Masalah Keperawatan risiko hipovolemia belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen hipovolemia.

13/ Juni 2024
15.07 WIB

Risiko Infeksi

S: Ibu pasien mengatakan terdapat kemerahan di area bokong kiri dan nafsu makan menurun
 O: Tampak kemerahan pada area perianal An.k
 Nafsu makan menurun
 Feses cair, hijau & berlendir.

Kriteria Hasil	SA	ST	SS
Kebersihan tangan	3	5	4
Nafsu makan	3	5	3

Tgl/Waktu	No. Dx. Keperawatan	Evaluasi Sumatif	Paraf												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kultur feses</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Kadar sel darah putih	4	5	5	Kultur feses	2	5	2	
Kriteria Hasil	SA	ST	SS												
Kadar sel darah putih	4	5	5												
Kultur feses	2	5	2												
		Masalah keperawatan di risiko infeksi belum teratasi													
		P: Lanjutkan intervensi keperawatan pencegahan infeksi													

Hari ke 2

Asuhan Keperawatan

Tgl/Tam	No. Dx. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Enoxatif	Paraf
---------	---------------------	--------------	-------------------	-------

Catatan Perkembangan

Waktu	No. Dx Keperawatan	Evaluasi Subatif	Paraf																												
Juni 2024 00 WIB	Diare	<p>S: Ibu pasien mengatakan BAB masih cair, berwarna kuning kehijauan, volume 20-25 ml, frekuensi 3-5 kali sehari</p> <p>O: BAB cair, berwarna kuning kehijauan, vol. 20-25 ml, frekuensi 3-5 kali sehari</p> <p>Kemerahan berkurang di area perianal An.K</p> <p>A: Masalah Keperawatan diare belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kontrol pengeluaran feses</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mengegan saat defekasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Distensi Abdomen</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Penistaltik Ucus</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi keperawatan Manajemen diare</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Kontrol pengeluaran feses	2	5	3	Mengegan saat defekasi	3	5	4	Distensi Abdomen	2	5	5	Konsistensi feses	2	5	3	Frekuensi defekasi	2	5	3	Penistaltik Ucus	2	5	4	
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																												
Kontrol pengeluaran feses	2	5	3																												
Mengegan saat defekasi	3	5	4																												
Distensi Abdomen	2	5	5																												
Konsistensi feses	2	5	3																												
Frekuensi defekasi	2	5	3																												
Penistaltik Ucus	2	5	4																												
Juni 2024 15.15 WIB	Risiko Hipovolemia	<p>S: Ibu pasien mengatakan hari ini An.K masih diare, BAB cair, frekuensi 3-5 kali sehari</p> <p>O: Mukosa bibir kering, BAB cair, vol 20-25 ml, sering BAK.</p> <p>A: Masalah kep. risiko hipovolemia belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Membran mukosa</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Intake Cairan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kadar Hb</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen hipovolemia</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Turgor kulit	3	5	5	Membran mukosa	3	5	4	Intake Cairan	3	5	4	Kadar Hb	3	5	5									
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																												
Turgor kulit	3	5	5																												
Membran mukosa	3	5	4																												
Intake Cairan	3	5	4																												
Kadar Hb	3	5	5																												
Juni 2024 1.30 WIB	Risiko infeksi	<p>S: Ibu pasien mengatakan kemerahan berketung</p> <p>O: Kemerahan pada perianal An.K berketung</p> <p>A: Masalah kep risiko infeksi belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Kebersihan tangan	3	5	5	Nafsu makan	3	5	4	Kemerahan	3	5	4													
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																												
Kebersihan tangan	3	5	5																												
Nafsu makan	3	5	4																												
Kemerahan	3	5	4																												

Hari ke 3

Asuhan Keperawatan

Tgl./Jam	No. Dx. Kep	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
20 Juni 2024 13.05	Diare	- Memonitor warna, volume, frekuensi & konsistensi feser	S: Ibu pasien mengatakan BAB sudah ada ampasnya, volume 5-10 ml, frekuensi 2 kali sehari O: BAB sudah ada ampasnya, berwarna kuning, vol 5-10 ml, frekuensi 2x sehari	✓
13.15		- Memonitor intasi di perianal	S: Ibu pasien mengatakan kulit di area perianal An.K sudah tidak kemerahan O: Tampak sudah tidak ada kemerahan di area perianal An.K.	✓
13.30		- Memberikan asupan cairan oral (LGG)	S: Ibu pasien mengatakan An.K mau minum O: An.K menghabiskan seperempat gelas menggunakan sendok teh.	✓
20 Juni 2024 13.20	Risiko tipovdemia	- Mengedukasi pemberian cairan RL	S: - O: Ibu RL 25 tpm	✓
13.30		- Menganjurkan memperbanyak cairan oral	S: Ibu pasien mengatakan sudah habis 1/4 gelas LGG O: Ibu pasien dan pasien tampak kooperatif	✓
20 Juni 2024 13.35	Risiko Infeksi	- Mencuci tangan saat sebelum	S: - O: Tangan tampak bersih	✓
13.40		- Membatasi jumlah pengunjung	S: - O: Pasien anak di jaga oleh ibu dan kakaknya.	✓
13.50		- Menganjurkan meningkatkan cairan & nutrisi	S: Ibu pasien mengatakan nafsu makan An.K sudah baik O: An.K tampak nafsu makan Mulut bibir basah An.K tampak ceria	✓

21/6/2024

Catatan Perkembangan



Tgl/Tam	NO. dx Keperawatan	Evaluasi Sumatif	Paraf																								
17 Juni 2024 15.05 WIB	Diare	<p>S: Ibu pasien mengatakan BAB sudah ada ampasnya, frekuensi 2 kali sehari</p> <p>O: BAB sudah ada ampasnya, berwarna kuning, vol 5-10 ml, frekuensi 2x sehari</p> <p>A: Masalah keperawatan diare teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kontrol pengeluaran peres</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengetaam saat defekasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Konsistensi peres</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Peristaltik Usus</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi manajemen diare</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Kontrol pengeluaran peres	2	5	5	Mengetaam saat defekasi	3	5	5	Konsistensi peres	2	5	5	Frekuensi defekasi	2	5	5	Peristaltik Usus	2	5	5	f
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																								
Kontrol pengeluaran peres	2	5	5																								
Mengetaam saat defekasi	3	5	5																								
Konsistensi peres	2	5	5																								
Frekuensi defekasi	2	5	5																								
Peristaltik Usus	2	5	5																								
18 Juni 2024 15.30 WIB	Risiko Hipovolemia	<p>S: Ibu pasien mengatakan sudah tidak diare dan tidak rening BAK</p> <p>O: Mukosa bibir tampak basah</p> <p>A: Masalah kep. diare risiko hipovolemia teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Membran Mukosa</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Intake cairan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar t13</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi manajemen hipovolemia</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Turgor kulit	3	5	5	Membran Mukosa	3	5	5	Intake cairan	3	5	5	Kadar t13	3	5	5	f				
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																								
Turgor kulit	3	5	5																								
Membran Mukosa	3	5	5																								
Intake cairan	3	5	5																								
Kadar t13	3	5	5																								
20 Juni 2024 16.00 WIB	Risiko Infeksi	<p>S: Ibu pasien mengatakan kemerahan pada kulit di perineal An.K sudah berkurang / tidak ada</p> <p>O: Kemerahan pada perineal An.K tidak tampak.</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi pencegahan infeksi.</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Kebersihan tangan	3	5	5	Nafsu makan	3	5	5	Kemerahan	3	5	5	f								
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																								
Kebersihan tangan	3	5	5																								
Nafsu makan	3	5	5																								
Kemerahan	3	5	5																								

[Signature]
21/6/2024