

L

A

M

P

I

R

A

N

Lampiran 1. Format pengkajian 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 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. 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 KESEHATAN KELUARGA

XIII. ANALISIS DATA

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

XIV. PRIORITAS DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1.
2.
3.

RENCANA KEPERAWATAN

TGL/JAM	DP	SLKI	SIKI	PARAF/NAMA

ASUHAN KEPERAWATAN

Tgl, jam	No. Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi formatif	Tanda tangan nama

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/waktu	No. Diagnosis Keperawatan	Evaluasi sumatif	Paraf/Nama

Lampiran 2. SOP Terapi Nebulizer

Standar Operasional Prosedur (SOP) pemberian terapi nebulizer menurut PPNI (2021), yaitu:

a. Persiapan alat

Alat-alat yang digunakan untuk pemberian obat inhalasi (nebulizer), antara lain:

1. Mesin nebulizer
2. Masker atau selang nebulizer sesuai kebutuhan
3. Obat inhalasi sesuai program
4. Cairan NaCl sebagai pengencer, jika perlu
5. Sumber oksigen, jika tidak menggunakan mesin nebulizer
6. Sarung tangan
7. Tisu

b. Prosedur pelaksanaan

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat
4. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)
5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
6. Pasang sarung tangan
7. Posisikan pasien nyaman mungkin dengan semi-fowler atau fowler
8. Masukkan obat ke dalam chamber nebulizer
9. Hubungkan selang ke mesin nebulizer atau sumber oksigen
10. Pasang masker menutupi hidung dan mulut
11. Anjurkan untuk melakukan napas dalam saat inhalasi dilakukan
12. Mulai lakukan inhalasi dengan menyalakan mesin nebulizer atau mengalirkan oksigen 6-8 liter/menit
13. Monitor respon pasien hingga obat habis
14. Bersihkan daerah mulut dan hidung dengan tisu
15. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
16. Lepaskan sarung tangan
17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

Lampiran 3. Tools Inhalasi Nebulizer

**PENILAIAN PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN
INHALASI NEBULIZER**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			ya	tidak
A	TAHAP PRE INTERAKSI			
1	Melakukan verifikasi program	4		
2	Mencuci tangan	3		
3	Menempatkan alat didekat pasien	3		
B	TAHAP ORIENTASI			
1	Memberikan salam dan menyapa nama pasien	3		
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur	3		
3	Menanyakan kesiapan pasien	3		
C	TAHAP KERJA			
	Mengucap basmallah			
1	Mencuci tangan	3		
2	Menjaga privacy klien	3		
3	Mengatur pasien dalam posisi duduk	6		
4	Menempatkan alat didekat pasien	6		
5	Mengisi nebulizer dengan aquadest	8		
6	Memasukkan obat sesuai dosis	8		
7	Memastikan alat berfungsi dengan baik	6		
8	Memasang masker pada pasien	6		
9	Menghidupkan nebulizer dan meminta pasien nafas dalam sampai obat habis	10		
10	Bersihkan mulut & hidung dg tissue	4		
11	Membereskan alat	3		
12	Mencuci tangan	3		
	Mengucap hamdallah			
D	TAHAP TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Berpamitan dengan klien	3		
3	Membereskan alat-alat	3		
4	Mencuci tangan	3		
5	Mencatat kegiatan dlm lembar catatan Keperawatan	3		
	JUMLAH	100		

Lampiran 4. Tools Penilaian Tingkat Perkembangan (KPSP)

PENILAIAN TINGKAT PERKEMBANGAN (KPSP)

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 Bismillahirrohmanirrohiim	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		

PROSEDUR ANTROPOMETRI

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program pengukuran antropometri	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			
	Mengucapkan Basmallah			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Melepas pakaian bayi dan anak	4		
4	Menimbang berat badan	10		
5	Memasang selimut mandi	4		
6	Mengukur panjang/Tinggi badan (lutut tidak menekuk)	10		
7	Mengukur lingkar kepala	10		
8	Mengukur lingkar dada	10		
9	Mengukur lingkar lengan atas (LILA)	10		
10	Memakaikan kembali pakaian bayi/anak	6		
11	Merapihkan pasien dan alat	4		
	Mengucapkan Hamdallah			
12	Mencuci tangan	4		
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	TOTAL	100		

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama :

Umur :

Agama :

Pekerjaan :

Alamat :

Sebagai pasien atau wali pasien, bersedia 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 kerahasiaannya oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap,.....2024

Yang bersangkutan

Nama pasien/wali pasien



Nama mahasiswa : Neni Permatasari
Tempat praktik : Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap
Tanggal Pengkajian : 18 Juni 2024

I. Identitas data

Nama : An-A
Tempat / tanggal lahir : Cilacap, 29 Juni 2015
Usia : 8 tahun 11 bulan 19 hari
Agama : Islam
Suku bangsa : Jawa
Nama ayah / ibu : Tn J / Ny W
Pendidikan ayah : SMP
Pendidikan ibu : SMP
Pekerjaan ayah : Swasta
Pekerjaan ibu : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jl Kanti Rt 003 Rw 005, Penggalang
Adipala, Cilacap
Tanggal Masuk RS : 17 Juni 2024, Jam 03.30

ii Keluhan Utama
Batuk berdahak

iii Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

a. Prenatal

Ibu pasien menyatakan tidak terdapat kelainan / penyakit selama hamil, berat badan bertambah 10 kg selama hamil. Makan teratur dan banyak, ngidam makanan sehat (bukan yang aneh-aneh) dan minum susu ~~hanya~~ ibu hamil. Selama hamil rutin memeriksakan diri ke bidan, 2 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 3 kali pada trimester tiga.

b. Intra natal

Ibu pasien mengatakan melahirkan pasien di bidan, tidak terdapat penyulit saat melahirkan. Pasien lahir langsung menangis, normal (lewat jalan lahir tanpa prosedur tambahan / vakum)

c. Post natal

Ibu pasien mengatakan pasien lahir dengan berat badan lahir 3200 gram, pasien minum ASI sampai umur 3 tahun.

iv Riwayat masa lampau

a Penyakit waktu kecil

Ibu pasien mengatakan pasien pernah mengalami demam berdarah di umur 3 tahun

b Pernah dirawat di RS

Ibu pasien mengatakan pasien pernah dirawat di RS saat umur 3 tahun

c Obat-obatan yang digunakan

- Ventolin nebulas 2.5 mg 1x sehari 1
- Astharol Syr 2 mg/ml 3x sehari 5 ml
- Dexamethasone inj 5 mg/ml 3x sehari 1
- Budesma 0.25 Mg/ml 3x sehari 1

d Tindakan operasi

Ibu pasien mengatakan pasien tidak pernah melakukan tindakan operasi

e Alergi

Ibu pasien mengatakan hingga saat ini pasien belum pernah mengalami alergi baik terhadap makanan, obat-obatan

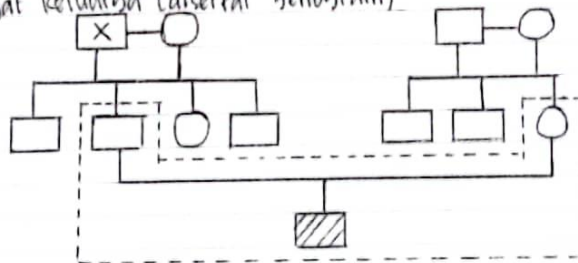
f Kecelakaan

Ibu pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami kecelakaan

g Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mendaratkan imunisasi lengkap

v Riwayat keluarga (disertai genogram)



Keterangan: □ laki-laki

▨ pasien

○ perempuan

| garis keturunan

□ laki-laki meninggal

--- tinggal serumah

— garis perkawinan

vi Riwayat sosial

- a Yang mengasuh: Tn J dan Ny W (orang tua kandung)
- b Hubungan dengan anggota keluarga: Baik
- c Hubungan dengan teman sebaya: Baik
- d Pembawaan secara umum: Pasien tampak nyaman bersama ayah dan ibunya
- e Lingkungan rumah: Ibu pasien mengatakan tinggal di lingkungan yang tidak padat dan bersih, tempat pembuangan sampah ada dibelakang rumah, kamar mandi dan wc berada didalam rumah, rumah berlantai keramik, ventilasi baik

vii Kebutuhan dasar

- a Makanan yang disukai / tidak disukai: ayam goreng / cumi
Selera
Alat makan yang dipakai: sendok, piring, gelas
Pola makan / saji: 3-4 kali sehari
- b Pola tidur: normal
Kebiasaan tidur: bermain hp
Tidur siang jarang tidur
- c Mandi: 2 kali sehari (Pagi dan sore hari)
- d Aktifitas bermain: bermain setiap hari bersama teman
- e Eliminasi: BAK 4-5 x / hari dan BAB 1 x / hari

viii Keadaan kesehatan saat ini

- a Diagnosis medis: bronkitis astmatis
- b Tindakan operasi: tidak ada
- c Status nutrisi: baik
- d Status cairan: intake 2000 ml / hari, output 1945 ml / hari
- e Obat-obatan:
 - ventolin nebulas 2.5 mg 1x sehari 1
 - Asthara Syr 2 mg / mL 3x sehari 5 ml
 - Dexamethasone inj 5 mg / ml 3x sehari 1
 - Budesonid 0.25 Mg / ml 3x sehari 1
- f Aktifitas bermain mudah bergaul dengan teman sebaya
- g Tindakan keperawatan:
 - Pantau tanda-tanda vital
 - Monitor dan pertahankan jalan nafas
 - Terapi nebulizer

h Hasil laboratorium

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah rutin analyzer			
5 DIFF			
Hemoglobin	14.7	12-19	g/dL
Leukosit	18740	4500-13500	10^3 /UL
Hematokrit	44.3	35.0-49.0	%
Trombosit	258000	150000-450000	10^3 /UL
Eritrosit	4.8	4.00-5.40	10^6 /UL
HSL			
Eosinofil	0.9	1-4	%
Neutrofil	92.4	35-65	%
Basofil	0.2	0-1	%
Limfosit	4.2	23-53	%
Monosit	2.3	2-8	%
MCV	92.3	74.0-108	fL
MCH	30.6	26-35	Pg
MCHC	33.2	30.0-36.0	%

- i Hasil rontgen : tidak ada
 j Data tambahan : tidak ada

ix Pemeriksaan Fisik

- a Keadaan umum : compos mentis dengan GCS-15, E-4 M-6 V-5
 b TB/BB : 91 cm / 20 kg
 c Lingkar kepala
 d Mata : sklera putih, tidak cekung, pupil isokor, reflex cahaya (+), konjungtiva tidak anemis
 e Hidung : terdapat pernafasan cuping hidung
 f Mulut : bibir tidak kering dan pucat, lidah tampak bersih, gigi tidak mengalami caries, ukuran tonsil normal
 g Telinga : tidak ada kelainan, bersih
 h Tenggorok : tidak ada kelainan dan pembesaran kelenjar tyroid
 i Dada
 - Inspeksi : ~~tidak~~ terdapat retraksi dada, terlihat penggunaan otot-otot pernafasan tambahan
 - Palpasi : tidak terdapat massa, tidak terdapat nyeri tekan

- Perkusi tidak ada pembesaran jantung
- Auskultasi terdapat suara ronchi
- j Jantung bunyi jantung teratur
- k Paru-paru bunyi nafas ngorok, wheezing / ronchi
- l Perut tidak ada nyeri tekan
- m Punggung tidak ada kelainan
- n Genitalia tidak ada kelainan
- o Ekstremitas tidak ada kelainan
- p Kulit normal, turgor kulit baik
- q Tanda-tanda vital: RR 30x/menit
 Nadi 102x/menit
 SpO2 88%
 Suhu 36,5 °C



- x Pemeriksaan tingkat perkembangan
 - a Kemandirian dan bergaul
Aktif dan mudah bergaul dengan teman sebangun
 - b Motorik halus sempurna
 - c Kognitif dan bahasa
Lebih peduli dengan keadaan sendiri dibandingkan orang lain
 - d Motorik kasar
- xI Informasi lain
- xII Ringkasan riwayat keperawatan

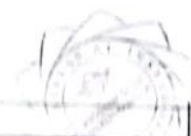
XIII Analisis data

Data (DS/DO)	Penyebab/Etiologi	Masalah/Problem
<p>DS: Ibu pasien mengatakan anaknya batuk berdahak sudah 1 minggu dan sesak napas hilang timbul sudah 3 hari, memberat pada sore tanggal 16 Juni 2024</p> <p>DO: Pasien tampak batuk dari sesak</p> <p>RR: 30x/menit</p> <p>N: 102x/menit</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>Terdapat bunyi ronkhi</p>	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif
<p>DS: Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami sesak napas hilang timbul</p> <p>DO: Pasien terlihat sesak, gelisah</p> <p>RR: 30x/menit</p> <p>N: 102x/menit</p> <p>SpO₂: 98%</p>	Ketidakeimbangan ventilasi perfusi	Gangguan pertukaran gas
<p>DS: Ibu pasien mengatakan selama sakit anaknya tidur hanya 3 jam karena sering batuk, jarang tidur siang, sering terbangun</p> <p>DO: Pasien terlihat pucat, lemas dan mengantuk</p>	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur


XIV Prioritas diagnosis keperawatan

1. Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan pasien tampak batuk dan sesak, RR: 30x/menit, N: 102x/menit, S: 36,5°C, terdapat bunyi ronkhi dan wheezing.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakeimbangan ventilasi-perfusi dibuktikan dengan pasien terlihat sesak, pucat, gelisah, N: 102x/menit, RR: 30x/menit, terdapat bunyi ronkhi/wheezing
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan pasien terlihat pucat, lemas dan mengantuk.

Rencana Keperawatan



Tgl. Jam	DP	Tujuan dan kriteria hasil	Baraf																		
18/6/24 11:00	Bersihan Jalan napas tidak efektif	<p>Bersihan jalan napas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Wheezing</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	SA	ST	Batuk efektif	3	5	Produksi sputum	3	5	Mengi	3	5	Wheezing	3	5	Frekuensi napas	3	5	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi Fowler/bede 2. Berikan minum hangat 3. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarikan batuk efektif kolaborasi 3. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik jika perlu
Kriteria hasil	SA	ST																			
Batuk efektif	3	5																			
Produksi sputum	3	5																			
Mengi	3	5																			
Wheezing	3	5																			
Frekuensi napas	3	5																			
18/6-24 11:10	Gangguan Pertukaran Gas	<p>Pertukaran gas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dyspnea</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Suara napas tambah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola napas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	SA	ST	Dyspnea	3	5	Suara napas tambah	3	5	Gelisah	3	5	Pola napas	3	5	<p>Pemantauan respirasi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor adanya produksi sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 			
Kriteria hasil	SA	ST																			
Dyspnea	3	5																			
Suara napas tambah	3	5																			
Gelisah	3	5																			
Pola napas	3	5																			

<p>0/6 : 14 11 20</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>	<p>Pola tidur Sesuai dilakukan hindarkan keperawatan selama 2 x 24 jam. diharapkan pola tidur membalik dengan kriteria hasil</p> <table border="1" data-bbox="699 667 922 862"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>SR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebutuhan suntik tidur</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kebutuhan tidak Puas tidur</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>kelebihan pola tidur berubah</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	SA	SR	Kebutuhan suntik tidur	3	1	Kebutuhan tidak Puas tidur	3	1	kelebihan pola tidur berubah	3	1	<p>Dukungan tidur Tindakan Observasi 1 Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2 Identifikasi faktor yang ganggu tidur 3 Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1 Modifikasi lingkungan 2 Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 1 Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>	
Kriteria hasil	SA	SR														
Kebutuhan suntik tidur	3	1														
Kebutuhan tidak Puas tidur	3	1														
kelebihan pola tidur berubah	3	1														



Asuhan Keperawatan hari pertama

Tgl. Jam	No Dx ke	Implementasi	Evaluasi Formatif	Revisi
18/6-2024 10 10	I	1 Monitor pola napas	S: Ibu pasien mengatakan Anamnya masih sesak napas O: Pasien terlihat sesak napas	0/4
10 15		2 Monitor bunyi napas tambahan	S: - O: Pasien tampak sesak napas - adanya retraksi dinding dada - terdengar suara napas ronchi - RR 30 x /menit	0/4
10 20		3 Posisikan Semi Fowler	S: - O: Pasien tampak kooperatif dan lebih nyaman	0/4
10 25		4 Memberikan minuman hangat	S: - O: Pasien terlihat minum air hangat	0/4
10 30		5 Kolaborasi pemberian bronkodilator nebulizer ventolin 1 ampul + NaCl 2 cc	S: - O: Pasien tampak kooperatif	0/4
18/6-2024 10 35	ii	1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	S: - O: Pasien tampak sesak napas terdapat bunyi ronchi	0/4
10 45		2 Monitor adanya sumbatan jalan napas	S: - O: tidak ada nyeri tekan, tidak simetris kanan kiri	0/4
10 50		3 Auskultasi bunyi napas	S: - O: terdapat suara wheezing	0/4
18/6-2024 11 00	iii	1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur	S: - O: Pasien tampak pucat dan mengantuk	0/4
11 10		2 Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	S: - O: Pasien tampak kooperatif	0/4

Catatan perkembangan hari pertama




Tanggal, Jam	No. Dx. Kep	Evaluasi	Sumatif																								
18/6-2024 14 00	i	<p>S Ibu pasien mengatakan anaknya batuk sesak napas dan ada suara tambahan</p> <p>O Pasien tampak sesak napas, batuk RR 30x/menit Nadi 102 x/menit wheezing (+)</p> <p>A Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>SS</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengi</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Wheezing</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria hasil	SA	SS	ST	Batuk efektif	3	3	5	Produksi sputum	3	3	5	Mengi	3	3	5	Wheezing	3	3	5	Frekuensi napas	3	3	5	Baraf @M
Kriteria hasil	SA	SS	ST																								
Batuk efektif	3	3	5																								
Produksi sputum	3	3	5																								
Mengi	3	3	5																								
Wheezing	3	3	5																								
Frekuensi napas	3	3	5																								
18/6-2024 14 10	ii	<p>S Ibu pasien mengatakan anaknya sesak</p> <p>O Pasien tampak sesak napas, gelisah Nadi 102 x/menit RR 30 x/menit SpO2 98 %</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>SS</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dyspnea</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bunyi napas tambahan</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola napas</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria hasil	SA	SS	ST	Dyspnea	3	3	5	Bunyi napas tambahan	3	3	5	Gelisah	3	3	5	Pola napas	3	3	5	Baraf @M				
Kriteria hasil	SA	SS	ST																								
Dyspnea	3	3	5																								
Bunyi napas tambahan	3	3	5																								
Gelisah	3	3	5																								
Pola napas	3	3	5																								
18/6-2024 14 20	iii	<p>S Ibu pasien mengatakan anaknya sering terbangun karena batuk, hanya 3 jam tidur, jarang tidur siang</p> <p>O Pasien tampak kecap dan mengantuk</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>SS</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelelahan saat tidur</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kelelahan ekstremitas tidur</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kelelahan pola tidur berubah</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P Lanjutkan tindakan</p>	Kriteria hasil	SA	SS	ST	Kelelahan saat tidur	3	3	1	Kelelahan ekstremitas tidur	3	3	1	Kelelahan pola tidur berubah	3	3	1	Baraf @M								
Kriteria hasil	SA	SS	ST																								
Kelelahan saat tidur	3	3	1																								
Kelelahan ekstremitas tidur	3	3	1																								
Kelelahan pola tidur berubah	3	3	1																								



Asuhan keperawatan hari kedua

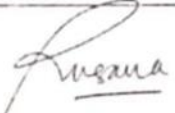




Tgl. Jam	No Dx kep	Implementasi	Evaluasi formatif	Paraf
19/6-2024 10.20	I	1. Monitor pola napas	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih sedikit sesak napas O: Pasien tampak sedikit membaik	Gp
10.30		2. Monitor bunyi napas tambahan	S: - O: terdengar suara napas wheezing RR 24 x/menit	
10.50		3. Posisikan semi Fowler	S: - O: Pasien tampak kooperatif dan lebih nyaman	
11.00		4. Memberikan minuman hangat	S: - O: Pasien terlihat minum air hangat	
13.00		5. Kolaborasi pemberian bronkodilator nebulizer Ventolin Lampul + NaCl 2 cc	S: - O: pasien tampak kooperatif	
19/6-2024 11.10	II	1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	S: - O: Pasien tampak sesak terdapat bunyi ronkhi RR: 24 x/menit	Gp
11.20		2. Monitor adanya sumbatan jalan napas	S: - O: Pasien tampak sesak RR 24 x/menit Nadi: 98 x/menit	
		3. Auskultasi bunyi napas	S: - O: terdapat suara wheezing	
19/6-2024 11.50	III	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	S: - O: Pasien tampak lebih tenang dan membaik	Gp
11.40		2. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	S: - O: Pasien tampak kooperatif	

Catatan perkembangan hari ke dua

Tanggal, Jam	No Dx kep	Evaluasi Subjektif	Pamf																								
19/6-2024 13 50	I	<p>S Ibu Pasien mengatakan anaknya sudah tidak batuk dan sesak napas</p> <p>O Pasien tampak lebih tenang RR 24 x/menit Nadi 98 x/menit Wheezing (-)</p> <p>A Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>SS</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Wheezing</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P Hentikan intervensi (Perencanaan BLP)</p>	Kriteria hasil	SA	SS	ST	Batuk efektif	3	5	5	Produksi sputum	3	5	5	Mengi	3	5	5	Wheezing	3	5	5	Frekuensi napas	3	5	5	
Kriteria hasil	SA	SS	ST																								
Batuk efektif	3	5	5																								
Produksi sputum	3	5	5																								
Mengi	3	5	5																								
Wheezing	3	5	5																								
Frekuensi napas	3	5	5																								
19/6-2024 13 40	II	<p>S Ibu Pasien mengatakan anaknya sudah tidak sesak</p> <p>O Pasien tampak membaik, tenang Nadi 98 x/menit RR 24 x/menit</p> <p>A Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>SS</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bunyi napas tambahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola napas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P Hentikan intervensi (Perencanaan BLP)</p>	Kriteria hasil	SA	SS	ST	Dispnea	3	5	5	Bunyi napas tambahan	3	5	5	Gelisah	3	5	5	Pola napas	3	5	5					
Kriteria hasil	SA	SS	ST																								
Dispnea	3	5	5																								
Bunyi napas tambahan	3	5	5																								
Gelisah	3	5	5																								
Pola napas	3	5	5																								
19/6-2024 13 50	III	<p>S Ibu Pasien mengatakan anaknya sudah bisa tidur dengan nyenyak</p> <p>O Pasien tampak lebih tenang dan membaik</p> <p>A Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>SS</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P Hentikan intervensi (Perencanaan BLP)</p>	Kriteria hasil	SA	SS	ST	Keluhan sulit tidur	3	1	1	Keluhan tidak puas tidur	3	1	1	Keluhan pola tidur berubah	3	1	1									
Kriteria hasil	SA	SS	ST																								
Keluhan sulit tidur	3	1	1																								
Keluhan tidak puas tidur	3	1	1																								
Keluhan pola tidur berubah	3	1	1																								

Lampiran 8. Log book






LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	29 Mei 2024	Judul KTI	
2.	29/5-2024	BAB I Latar Belakang revisi sesuai masukan. Tentukan sesuai panduan	
3.	3/6-2024	BAB I a.e. BAB II revisi sesuai dgn BAB III revisi sesuai masukan Tambahkan Daftar pustaka dan Lampiran	
4.	4/6-2024	BAB II a.e. BAB III a.e. Tambahkan format tabel tabel, teks, gambar publikasi Daftar pustaka. Kembali lengkap cover dan lampiran	
5.	5/6-2024	a.e. untuk proposal KTI sifatnya administratif	

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	5/6/2024.	<p>BAB I.</p> <p>Cari referensi untuk pda anal & pembuatan rebusan & Rhipc ditambahkan dengan & lafar belahang.</p> <p>- Perbaiki Tata naskah. Bahasa arab / latin → dan cetak ulang.</p>	<p>Ynansy Neni Hana</p>
2	7/6/2024	<p>- Acc. Sidney naskah UT</p>	<p>Elonge Ynansy Neni Hana</p>

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	26/6. 2024	BAB IV sesuai lampiran sedikit revisi Bab pembahasan utusan ditambahkan & justifikasi term → keterbatasan saat sesuai	
2.	28/6. 2024	BAB V - simpulan langsung mengenai pada bagian khusus - saran lebih aplikatif khususnya ttg. - sesuai judul - ditestimoni	
3	28/6. 2024	BAB I revisi sesuai masukan BAB II & BAB III sesuai & kasus yg didapat, lembar kata "atau" karena sudah dilakukan	
4	29/6. 2024	BAB I s.d BAB V ace & kasus dan raser s.d lampiran	
5.	1 Juli 2024	ace utusan hasil KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TID PEMBIMBING
1	23/6/24	- Materi soal. jumlah untuk KPA & laporan kelelahan.	M. H. H.
2	24/6/24	- Tambahan materi farmakologi pada keperawatan & tindakan keperawatan. - Kriteria hasil TS & tujuan belajar & metode pengajaran & penyusunan	M. H. H.
	26/6/24	- Ases menyangkut hasil & penyusunan	M. H. H.

Lampiran 9. Surat persetujuan pasien

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya

Nama : JEPRI SUSANTO
Umur : 37 tahun
Agama : ISLAM
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jl. Kantiel Rt. 003/004 Penggalang

Sebagai pasien atau wali pasien, bersedia menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap an

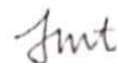
Nama mahasiswa : Neni Permatasari
NIM : 106121042

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 kerahasiaannya oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan

Cilacap, 19 Juni 2024

Yang bersangkutan



Nama pasien/wali pasien