

L

A

M

P

I

R

A

N

Lampiran 1 Surat Persetujuan Pasien (Informed consent)

	<p style="text-align: center;">SURAT PERSETUJUAN PASIEN (INFORMED CONSENT)</p> <p>Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :</p> <p>Nama : Jumifur Purjanti Umur : 24 th Agama : Islam Pekerjaan : IRT Alamat : Adipala</p> <p>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:</p> <p>Nama Mahasiswa : APRILLIA ANDRIANA PUTRI NIM : 106122001</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Cilacap, 16 Juni 2025</p> <p>Yang bersangkutan</p> <div style="text-align: center;"> <p>Jumifur Purjanti Nama pasien/wali pasien</p> </div>
--	--

Lampiran 2Format 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 :

.....

b. Selera :

c. Alat makan yang dipakai :

.....

d. Pola makan/ jam :

e. Pola tidur :

.....

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

.....

Tidur siang :

f. Mandi :

.....

g. Aktifitas bermain :

.....

h. 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. Tengkuk :
i. Dada :
j. Jantung :
k. Paru – paru :
l. Perut :
m. Punggung :
n. Genitalia :
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

Lampiran 3 Tools Penilaian KPSP

	UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223			
KPSP				
NAMA :	TANGGAL :			
NIM :	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 dendan 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 :			Observer	
TIDAK	: Tidak dilakukan			
YA	: Dilakukan dengan sempurna			
	Standart nilai kelulusan 75			()

Lampiran 4 KPSP

A. Definisi

Kuesioner Pra Skrining Perkembangan atau disebut KPSP merupakan suatu daftar pertanyaan singkat yang ditujukan kepada para orang tua dan dipergunakan sebagai alat untuk melakukan skrining pendahuluan perkembangan anak usia 3 bulan sampai dengan 72 bulan. Bagi setiap golongan umur terdapat 10 pertanyaan untuk orang tua atau pengasuh anak. (Kemenkes RI, 2016)

KPSP atau Kuesioner Pra Skrining Perkembangan adalah alat atau instrumen yang digunakan untuk mengetahui perkembangan balita normal ataukah ada penyimpangan (Arfiana, 2016;40). Sasaran untuk dilakukan pemeriksaan KPSP adalah bayi dengan usia 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan. Pendekripsi dini KPSP ini dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dokter, perawat dan bidan serta guru TK terlatih, petugas PAUD terlatih (Kemenkes RI,2013;55)

B. Tujuan

Tujuan untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan

C. Jadwal Skrining

Jadwal skrining/pemeriksaan KPSP rutin adalah : setiap 3 bulan pada anak < 24 bulan dan tiap 6 bulan pada anak usia 24 - 72 bulan (umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan).

D. Alat

1. Formulir KPSP menurut umur. Formulir ini berisi 9 -10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak. Sasaran KPSP anak umur 0-72 bulan.
2. Alat bantu pemeriksaan berupa: pensil, kertas, bola sebesar bola tenis, kerincingan, kubus berukuran sisi 2,5 Cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0.5 - 1 Cm.

E. Cara Menggunakan KPSP

1. Pada waktu pemeriksaan/skrining, anak harus dibawa.
2. Tentukan umur anak dengan menanyakan tanggal bulan dan tahun anak lahir.

Bila umur anak lebih 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan.

Contoh:

- Bayi umur 3 bulan 16 hari, dibulatkan menjadi 4 bulan
 - Umur bayi 3 bulan 15 hari, dibulatkan menjadi 3 bulan
3. Setelah menentukan umur anak, pilih KPSP yang sesuai dengan umur anak.
 4. KPSP terdiri ada 2 macam pertanyaan, yaitu:
 - Pertanyaan yang dijawab oleh ibu/pengasuh anak, contoh: "Dapatkah bayi makan kue sendiri ?"
 - Perintah kepada ibu/pengasuh anak atau petugas melaksanakan tugas yang tertulis pada KPSP, contoh: "Pada posisi bayi anda telentang, tariklah bayi pada pergelangan tangannya secara perlahan-lahan ke posisi duduk".
 5. Jelaskan kepada orangtua agar tidak ragu-ragu atau takut menjawab, oleh karena itu pastikan ibu/pengasuh anak mengerti apa yang ditanyakan kepadanya.
 6. Tanyakan pertanyaan tersebut secara berturutan, satu persatu. Setiap pertanyaan hanya ada 1 jawaban, Ya atau Tidak. Catat jawaban tersebut pada formulir.
 7. Ajukan pertanyaan yang berikutnya setelah ibu/pengasuh anak menjawab pertanyaan terdahulu.
 8. Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.

F. Usia Kronologis

Usia kronologis adalah usia yang dihitung semenjak lahir sampai dilakukannya pemeriksaan atau pengkajian.

Rumus : Usia kronologis = tanggal pemeriksaan – tanggal lahir anak

Contoh :

- Tanggal lahir anak : 10 Maret 2022, tanggal pemeriksaan : 25 September 2023
 Tanggal pemeriksaan : 2023 (tahun) 09 (bulan) 25 (hari)
 Tanggal lahir : 2022 (tahun) 03 (bulan) 10 (hari)
Usia kronologis : 1 (tahun) 06 (bulan) 15 (hari)
- Tanggal lahir anak : 30 Desember 2022, tanggal pemeriksaan : 27 November 2023
 Tanggal pemeriksaan : 2023 (tahun) 11 (bulan) 27 (hari)
 Tanggal lahir : 2022 (tahun) 12 (bulan) 30 (hari)
Usia kronologis : 10 (bulan) 27 (hari)

G. Interpretasi Hasil

1. Hitunglah berapa jumlah jawaban Ya.
 - a. Jawaban Ya, bila ibu/pengasuh menjawab: anak bisa atau pemah atau sering atau kadang-kadang melakukannya.
 - b. Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak pemah atau ibu/pengasuh anak tidak tahu.
2. Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (S).
3. Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
4. Jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).
5. Untuk jawaban 'Tidak', perlu dirinci jumlah jawaban 'Tidak' menurut jenis keterlambatan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

Algoritme Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

Hasil Pemeriksaan	Interpretasi	Tindakan
Jawaban "Ya" 9 atau 10	Sesuai umur	Puji keberhasilan orang tua/pengasuh. Lanjutkan stimulasi sesuai umur. Jadwalkan kunjungan berikutnya.
Tanyakan kepada orang tua/pengasuh atau periksa anak sesuai petunjuk pada instrumen KPSP Hitung jawaban "Ya"	Jawaban "Ya" 7 atau 8	Meragukan Nasehati Ibu/pengasuh untuk melakukan stimulasi lebih sering dengan penuh kasih sayang. Jadwalkan kunjungan ulang untuk 2 minggu lagi. Apabila hasil pemeriksaan selanjutnya juga meragukan, rujuk ke Rumah Sakit rujukan tumbuh kembang level 1.
	Jawaban "Ya" 6 atau kurang	Penyimpangan Rujuk ke Rumah Sakit rujukan tumbuh kembang level 1.

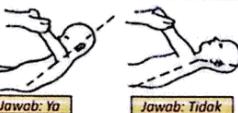
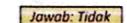
H. Intervensi

1. Bila perkembangan anak sesuai umur (S), lakukan tindakan berikut:
 - a. Beri pujian kepada ibu karena telah mengasuh anaknya dengan baik
 - b. Teruskan pola asuh anak sesuai dengan tahap perkembangan anak
 - c. Beri stimulasi perkembangan anak setiap saat, sesering mungkin, sesuai dengan umur dan kesiapan anak.
 - d. Ikutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di posyandu secara teratur sebulan 1 kali dan setiap ada kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB). Jika anak sudah memasuki usia prasekolah (36-72 bulan), anak dapat diikutkan pada kegiatan di Pusat Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Kelompok Bermain dan Taman Kanak-kanak.
 - e. Lakukan pemeriksaan/skrining rutin menggunakan KPSP setiap 3 bulan pada anak berumur kurang dari 24 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 24 sampai 72 bulan.
2. Bila perkembangan anak meragukan (M), lakukan tindakan berikut:
 - a. Beri petunjuk pada ibu agar melakukan stimulasi perkembangan pada anak lebih sering lagi, setiap saat dan sesering mungkin.

- b. Ajarkan ibu cara melakukan intervensi stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan/mengejar ketertinggalannya.
 - c. Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya dan lakukan pengobatan.
 - d. Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak.
 - e. Jika hasil KPSP ulang jawaban 'Ya' tetap 7 atau 8 maka kemungkinan ada penyimpangan (P).

3. Bila tahapan perkembangan terjadi penyimpangan (P), lakukan tindakan berikut: Merujuk ke Rumah Sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara & bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

I. Form

KPSP PADA BAYI UMUR 9 BULAN											
Alat dan bahan yang dibutuhkan:											
- wool merah	- Kismis										
- 2 kubus	- Mainan										
Bayi Terlentangkan		YA	TIDAK								
<p>1 Pada posisi bayi terlentangkan, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi duduk. Dapatkah bayi mempertahankan lehernya secara kaku seperti gambar di sebelah kiri ?</p> <p>Jawab TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali seperti gambar sebelah kanan.</p>  		Gerak Kasar	✓								
<p>2 Tarik perhatian bayi dengan memperlihatkan wool merah, kemudian jatuh kan ke lantai. Apakah bayi mencoba mencarinya? Misalnya mencari di bawah meja atau di belakang kursi?</p>		Gerak Halus	✓								
<p>3 Taruh 2 kubus di atas meja, buat agar bayi dapat memungut masing-masing kubus dengan masing-masing tangan dan memegang satu kubus pada masing-masing tangannya</p>		Gerak Kasar	✓								
<p>4 Taruh kismis di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai seperti gambar ?</p> 		Gerak Kasar	✓								
<p>5 Letakkan suatu mainan yang dinginkannya di luarjangkauan bayi, apakah ia mencoba mendapatkanya dengan mengulurkan lengan atau badannya?</p>		Sosialisasi dan Kemandirian	✓								
Tanya Ibu/Pengasuh											
<p>6 Apakah pernah 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	✓								
<p>7 Apakah bayi dapat makan kue kering sendiri?</p>		Sosialisasi dan Kemandirian	✓								
<p>8 Pada waktu bayi bermain sendiri dan ibu diam-diam datang berdiri di belakangnya, apakah ia menengok ke belakang seperti mendengar kedatangan anda?</p> <p>Suara keras tidak ikut dihitung. Jawab YA hanya jika anda melihat reaksinya terhadap suara yang perlahan atau bisikan.</p>		Bicara dan Bahasa	✓								
Bayi dipangku pemeriksa											
<p>9 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	✓								
<p>10 Tanpa disangga oleh bantal, kursi atau dinding, dapatkah bayi duduk sendiri selama 60 detik?</p> 		Gerak Kasar	✓								
TOTAL											
Lihat Algoritme untuk Interpretasi dan Tindakan											
Perinci untuk Aspek Perkembangan dengan jawaban "Tidak"											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Gerak Kasar</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Gerak Halus</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Bicara dan Bahasa</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Sosialisasi dan Kemandirian</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				Gerak Kasar		Gerak Halus		Bicara dan Bahasa		Sosialisasi dan Kemandirian	
Gerak Kasar											
Gerak Halus											
Bicara dan Bahasa											
Sosialisasi dan Kemandirian											

TAHAPAN PERKEMBANGAN DAN STIMULASI UMUR 6 – 9 BULAN

GERAK KASAR	
TAHAPAN PERKEMBANGAN Duduk sendiri dengan kedua tangan menyangga tubuhnya. STIMULASI 1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan: - Menyangga berat. - Mengembangkan kontrol terhadap kepala. - Duduk.	
TAHAPAN PERKEMBANGAN Belajar berdiri, kedua kakinya menyanggah sebagian berat badan. STIMULASI 1. Menarik ke posisi berdiri. Dudukkan bayi ditempat tidur, kemudian tarik bayi ke posisi berdiri. Selanjutnya, lakukan hal tersebut di atas meja, kursi atau tempat lainnya. 2. Berjalan berpegangan. Ketika bayi telah mampu berdiri, letakkan mainan yang disukainya didepan bayi dan jangan terlalu jauh. Buat agar bayi mau berjalan berpegangan pada ranjangnya atau perabot rumah tangga untuk mencapai mainan tersebut. 3. Berjalan dengan bantuan. Pegang kedua tangan bayi dan buat agar ia mau melangkah.	
TAHAPAN PERKEMBANGAN Merangkak, meraih mainan atau mendekati seseorang. STIMULASI Merangkak. Letakkan sebuah mainan di luar jangkauan bayi, usahakan agar ia mau merangkak kearah mainan dengan menggunakan kedua tangan dan lututnya.	
GERAK HALUS	
TAHAPAN PERKEMBANGAN Memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya. STIMULASI 1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan - Memegang benda dengan kuat - Memegang benda dengan kedua tangannya. - Mengambil benda-benda kecil. 2. Bermain "genderang" Ambil kaleng kosong bekas, bagian atasnya ditutup dengan plastik/kertas tebal seperti "genderang". Tunjukkan cara memukul "genderang" dengan sendok/centong kayu sehingga menimbulkan suara. 3. Memegang alat tulis dan mencoret-coret. Sediakan krayon/pensil berwarna dan kertas bekas di atas meja. Dudukkan bayi dipangku anda, bantu bayi agar ia dapat memegang krayon/pensil dan ajarkan bagaimana mencoret-coret kertas. 4. Bermain mainan yang mengapung di air. Buat mainan dari karton bekas/kotak/gelas plastik tertutup yang mengapung di air. Biarkan bayi main dengan mainan tersebut ketika mandi. Jangan biarkan bayi sendirian ketika mandi/main di air. 5. Menyembunyikan dan mencari mainan Sembunyikan mainan/benda yang disukai bayi dengan cara ditutup selimut/korang, sebagian saja. Tunjukkan ke bayi cara menemukan mainan tersebut yaitu dengan cara mengangkat kain/koran penutup mainan. Setelah bayi mengerti permainan ini, maka tutup mainan tersebut dengan selimut/koran, dan biarkan ia mencari mainan itu sendiri.	

TAHAPAN PERKEMBANGAN

- Memungut dua benda, masing-masing tangan pegang satu benda pada saat yang bersamaan.
- Memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup.

STIMULASI

1. Memasukkan benda ke dalam wadah.

Ajari bayi cara memasukkan mainan/benda kecil ke dalam suatu wadah yang dibuat dari karton/kaleng/kardus/botol air mineral bekas. Setelah bayi memasukkan benda-benda tersebut ke dalam wadah, ajari cara mengeluarkan benda tersebut dan memasukkannya kembali. Pastikan benda-benda tersebut tidak berbahaya, seperti: jangan terlalu kecil karena akan membuat tersedak bila benda itu tertelan.

2. Membuat bunyi-bunyan.

Tangan kanan dan kiri bayi masing-masing memegang mainan yang tidak dapat pecah (kubu/balok kecil). Bantu agar bayi membuat bunyi-bunyan dengan cara memukul-mukul kedua benda tersebut.

BICARA DAN BAHASA

TAHAPAN PERKEMBANGAN

Bersuara tanpa arti, mamama, bababa, dadada, tatata.

STIMULASI

1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan.

- a. Berbicara.
- b. Mengenali berbagai suara.
- c. Mencari sumber suara.
- d. Menirukan kata-kata.

2. Menyebutkan nama gambar-gambar di buku/majalah.

Pilih gambar-gambar menarik yang berwarna-warni (misal : gambar binatang, kendaraan, meja, gelas dan sebagainya) dari buku/majalah bergambar yang sudah tidak terpakai. Sebut nama gambar yang anda tunjukkan kepada bayi. Lakukan stimulasi ini setiap hari dalam beberapa menit saja. Sebutkan dengan cara yang benar sesuai ejaan dan tidak cadel.

3. Menunjuk dan menyebutkan nama gambar-gambar.

Tempelkan berbagai macam guntingan gambar yang menarik dan berwarna-warni (misal : gambar binatang, mainan, alat rumah tangga, bunga, buah, kendaraan dan sebagainya, pada sebuah buku tulis/gambar. Ajak bayi melihat gambar-gambar tersebut, bantu ia menunjuk gambar yang namanya anda sebutkan. Usahakan bayi mau mengulangi kata-kata anda. Lakukan stimulasi setiap hari dalam beberapa menit saja.

/ma...ma...
pa...pa...



SOSIALISASI DAN KEMANDIRIAN

TAHAPAN PERKEMBANGAN

1. Mencari mainan/benda yang dijatuhkan.
2. Bermain tepuk tangan/ciluk ba.
3. Makan kue sendiri.

STIMULASI

1. Stimulasi dilanjutkan

- a. Memberi rasa aman dan sayang.
- b. Mengajak bayi tersenyum.
- c. Mengayun.
- d. Menina-bobokan.
- e. Bermain "ciluk-ba".
- f. Melihat di kaca.

2. Permainan" bersosialisasi".

- Ajak bayi bermain dengan orang lain.
- Ketika ayah pergi lampaikan tangan ke bayi sambil berkata "da...daag". bantu bayi dengan gerakan membalas melampaikan tangannya. Setelah ia mengerti permainan tersebut, coba agar bayi mau menggerakkan tangannya sendiri ketika mengucapkan kata-kata seperti diatas.



Lampiran 5 SOP Perawatan Kulit Perineal

	UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223			
PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PERAWATAN KULIT PERINEAL				
NAMA :		TANGGAL :		
NIM :		OBSERVER :		
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PRA INTERAKSI			
1	Melakukan verifikasi program therapi	2		
2	Menempatkan alat dekat pasien	3		
B	FASE ORIENTASI			
1	Mengucapkan salam	3		
2	Menjelaskan tujuan tindakan dan prosedur	3		
3	Meminta ijin/ menanyakan persetujuan	2		
C	FASE KERJA			
1	Membaca Basmallah	2		
2	Mencuci tangan	3		
3	Menjaga privacy	3		
4	Memakai sarung tangan	3		
5	Meletakan pengalas di bawah bokong anak	3		
6	Meletakan bengkok diatas perlak dan didekatkan ketubuh pasien	5		
7	Membersihkan kulit daerah perineal dari feses dan urin menggunakan kapas / washiap dengan air bersih secara lembut (usapan lembut/ditepuk tepuk)	10		
8	Mengeringkan kulit daerah perineal dengan handuk bersih secara ditepuk tepuk / usapan lembut	7,5		
9	Mengoleskan kulit daerah perineal dengan minyak kelapa secara merata pada area kulit yang kemerahan dan memijat dengan minyak kelapa	15		
	disekitar area perineal			

10	Memberikan salep anti jamur (jika terjadi iritasi jamur)	7,5		
11	Mengganti celana atau pampers anak dengan yang bersih	5		
12	Merapikan pasien	5		
13	Merapikan kembali alat-alat dan membuang sampah	3		
14	Melepas sarung tangan	3		
15	Menanyakan kenyamanan pasien	3		
16	Mencuci tangan	3		
17	Membaca Alhamdulillah	2		
D	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	5		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	2		
4	Mendokumentasikan dalam catatan keperawatan	3		
E	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1	Ketenangan selama melakukan tindakan	2		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	2		
3	Ketelitian selama tindakan	2		
	TOTAL	100		

Keterangan :		Observer
TIDAK	: Tidak dilakukan	
YA	: Dilakukan dengan sempurna	
Standart Nilai Kelulusan 75		()

Lampiran 6 SAP Pencegahan Iritasi Kulit Akibat Diare Pada Anak

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENCEGAHAN IRITASI KULIT AKIBAT DIARE PADA
ANAK**



DISUSUN OLEH

APRILLIA ANDRIANA PUTRI (106122001)

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN TK 3A / SEMESTER 6
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**

Jalan Cerme 24, Kelurahan Sidanegara Kecamatan Cilacap Tengah 53223
Telepon 085647650276, Email @stikesalirsyadclp.a

Topik: Pencegahan iritasi kulit akibat diare pada anak

Sasaran: Ibu pasien dan pasien

Waktu: 7 menit

Tempat: Diruang At-thur RSI Fatimah Cilacap

Tujuan Umum :

Setelah mengikuti penyuluhan, keluarga dapat memahami dan menerapkan cara pencegahan iritasi kulit pada anak yang mengalami diare.

Tujuan Khusus :

Setelah penyuluhan, orang tua mampu :

1. Menyebutkan penyebab iritasi kulit saat diare.
2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan area perianal.
3. Menjelaskan cara penggunaan popok yang tepat.
4. Menjelaskan cara pencegahan iritasi seperti penggunaan salep pelindung.

Materi Edukasi

1) Definisi

Iritasi kulit akibat diare adalah kemerahan atau lecet di sekitar anus akibat feses cair yang sering keluar.

2) Penyebab iritasi kulit

1. Frekuensi BAB yang sering dan cair.

2. Popok jarang diganti.
3. Kurangnya kebersihan perianal.
4. Tidak menggunakan pelindung kulit.

3) Tanda-tanda Iritasi Kulit

1. Kemerahan di sekitar anus
2. Kulit tampak lecet atau perih
3. Anak rewel saat dibersihkan

4) Cara Pencegahan

1. Bersihkan area perianal dengan air hangat setiap selesai BAB.
2. Keringkan dengan cara ditepuk, bukan digosok.
3. Ganti popok segera setelah basah atau kotor.
4. Gunakan popok yang tidak terlalu ketat.
5. Beri anak cukup cairan agar tidak dehidrasi.

5) Teknik perawatan

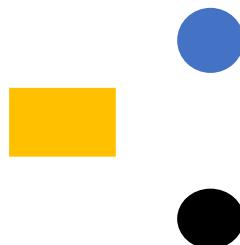
- a. Meletakan pengalas dibawah bokong anak
- b. Membersihkan kulit daerah perineal dari feses dan urin menggunakan kapas/washlap dengan air bersih atau air hangat secara lembut (usapan lembut/ditepuk-tepuk)
- c. Mengeringkan kulit daerah perineal dengan handuk bersih secara ditepuk-tepuk/usapan lembut
- d. Mengoleskan kulit daerah perineal dengan minyak kelapa secara merata pada area kulit yang kemerahan dan memijat dengan minyak kelapa disekitar area perineal.

- e. Mengganti celana atau pempers anak dengan bersih
- f. Merapikan pasien
- g. Merapikan kembali alat-alat

Metode & Media Edukasi

- 1) Demonstrasi langsung teknik perawatan perineal dengan sesuai prosedur
- 2) Leaflet tentang pencegahan iritasi kulit akibat diare pada anak
- 3) Boneka/peraga bayi
- 4) Contoh popok dan salep pelindung kulit
- 5) Praktik langsung di depan orang tua pasien
- 6) Diskusi interaktif : tanya jawab untuk memastikan pemahaman

Setting Tempat



Keterangan :



: Pasien



: Keluarga Pasien



: Perawat

Evaluasi

- 1) Orang tua mampu menjelaskan kembali dan mempraktikkan langkah perawatan
- 2) Ruam/iritasi tidak memburuk selama periode perawatan perineal
- 3) Bila ada gejala ruam, nyeri, atau bengkak segera rujuk ke tenaga kesehatan

Dokumentasi



Gambar 1. 1 Perawatan perineal pada pantom bayi



Gambar 1. 2 Perawatan perineal pada pantom bayi

Lampiran 7 leaflet pencegahan iritasi kulit akibat diare pada anak

PENCEGAHAN IRITASI KULIT AKIBAT DIARE PADA ANAK

Pengertian

Iritasi kulit akibat diare adalah kemerahan atau lecet di sekitar anus akibat feses cair yang sering keluar.

Penyebab

- 1. Frekuensi BAB yang sering dan cair.
- 2. Popok jarang diganti.
- 3. Kurangnya kebersihan perianal.
- 4. Tidak menggunakan pelindung kulit.

Tanda-tanda Iritasi Kulit

- 1. Kemerahan di sekitar anus
- 2. Kulit tampak lecet atau perih
- 3. Anak rewel saat dibersihkan

Cara Pencegahan

- 1. Bersihkan area perianal dengan air hangat setiap selesai BAB.
- 2. Keringkan dengan cara ditepuk, bukan digosok.
- 3. Ganti popok segera setelah basah atau kotor.
- 4. Gunakan popok yang tidak terlalu ketat.
- 5. Beri anak cukup cairan agar tidak dehidrasi.

APRILLIA ANDRIANA PUTRI
106122011

Lampiran 8 Lembar Konsul

NO	TGL/BLN/TH	LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)	TTD PEMBIMBING
		MATERI dan HASIL KONSULTASI	
	23/-20 5	BAB I Perbaiki cover BAB II - Tambahkan Aintomi fisiologi; kait - kerangka Teori pernikah dan ditambahkan sikt dan sit -	A
	27/-20 5	BAB II - Perbaiki Halaman - Tambahkan Bagian dan label	A
	27/-20 5	acc sidang proposal KTI	A

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	23/6.rr	<p>- Judul Rencana Masuk Halaman penamaan & pernyataan di sampaikan.</p> <p>BAB 3 - Kalimat proposal diganti. BAB 4 - Tambahan teori yg pembuktian Pembuktian tentang seorang BAB 5 - Kegagalan mengacau pada tulisan Ichwan</p> <p>Ace Maja Siring Hanif KTI</p>	<p>fz. Budi. '</p>
	24/6.rr		<p>fz Budi.</p>


 Ahmad Subandi

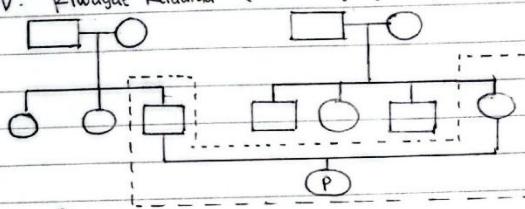
Lampiran 9 Asuhan Keperawatan

<p style="text-align: center;">format Pengkajian Anak Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Masalah Keperawatan Peniko Gangguan integritas kuit.</p> 
<p>Nama mahasiswa : Aprillia Andriana Putri Tempat Praktik : Ruang At-thur RS Fatimah Cilacap Tanggal Pengkajian : 16 Juni 2025</p> <p>I. Identitas data</p> <p>Nama : An. A Alamat : Adipala Tempat/tgl lahir : Cilacap, 29 September 2029 Agama : Islam Usia : 7 bulan 17 hari Suku bangsa : Indonesia. Nama ayah/ibu : Tn. S / Ny. J Pendidikan ayah : SMK Pekerjaan ayah : Pegawai Pendidikan ibu : SMK Pekerjaan ibu : IRT</p> <p>II. Keluhan Utama : Ibu pasien mengatakan masih diare 6 x 1 hari, makan terikat masih sedikit, suhu : 36.5°C, Nadi : $110x/\text{menit}$, Respirasi : $24x/\text{menit}$. tidak ada kemerahan diarea perineal.</p> <p>III. Riwayat kehamilan dan kelahiran</p> <p>a. Prenatal : Ibu pasien mengatakan pasien merupakan anak pertama. Ayah dan Ibu pasien mengatakan selalu rutin pemeriksaan kehamilan ke bidan dan pada saat hamil mengatakan tidak ada keluhan.</p> <p>b. Intra Natal : Ibu pasien mengatakan An. A dilahirkan secara normal. Ibu pasien mengatakan melahirkan di RS Fatimah Cilacap</p> <p>c. Post Natal : Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan. An. A lahir dengan sehat dan ASI dari Ibu langsung diberikan</p> <p>IV. Riwayat masa lampau</p> <p>a. Penyakit Waktu kecil : Ibu pasien mengatakan tidak ada penyakit waktu bayi.</p> <p>b. Pernah dirawat di RS : Ibu pasien mengatakan tidak pernah dirawat di RS.</p>

R 17/1

- c. Obat-obatan yang digunakan : Ibu pasien mengatakan memberikan obat zinc elemental sirup ketika anak diare.
- d. Tindakan (Operasi) : Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sebelumnya tidak pernah melakukan tindakan operasi.
- e. Alergi : Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki alergi terhadap obat.
- f. Kecelakaan : Ibu pasien mengatakan bahwa An. A tidak pernah mengalami kecelakaan.
- g. Imunisasi : Ibu pasien mengatakan imunisasi tidak lengkap, imunisasi sampai PPT 3 saja kurang imunisasi campak !

V. Riwayat keluarga (disertai geneogram)



keterangan:	
(P)	: Pasien
■	: Laki-laki
○	: Perempuan
—	: Garis Perkawinan
	: Garis keturunan
---	: Garis serumah

VI. Riwayat sosial

- a. Yang mengasuh : Ibu pasien mengatakan bahwa yang mengasuh pasien adalah ibunya.
- b. Hubungan dengan anggota keluarga : Ibu pasien mengatakan bahwa hubungan dengan anggota keluarga terjalin dengan baik.
- c. Hubungan dengan teman sebaya : Ibu pasien mengatakan hubungan An. A dengan teman-temannya baik, sering bermain bersama.
- d. Pembawaan secara umum : Pasien tampak lemas
- e. Lingkungan rumah : Ibu pasien mengatakan lingkungan di sekitar rumah mereka bersih dan nyaman

VII. Kebutuhan dasar

- a. Makanan yang disukai / tidak disukai : Ibu pasien mengatakan Paling suka makan biscuit
- b. selera : Ibu pasien mengatakan makan lahap
- c. Alat makan yang dipakai : Piring, sendok
- d. Pola makan/jam : Ibu pasien mengatakan anak makan 3x sehari, jam 07.00 - 17.00
- e. Pola tidur : Ibu pasien mengatakan An. A tidur pukul 20.00 - 05.00

kebiasaan sebelum tidur (Perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dll) : sebelum tidur ibu pasien mengatakan anak langsung tidur tanpa perlu mainan atau dibacakan cerita.

Tidur siang : Ibu pasien mengatakan tidur siang hanya setengah jam.

	f. Mandi : Ibu pasien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore.
	g. Aktifitas bermain : Ibu pasien mengatakan bermain sama teman-temannya di sekitar rumah
	h. Eliminasi : Ibu pasien mengatakan BAB dalam sehari 6x/hari, BAK 8x/1 sehari Warna kuning dan tidak ada keluhan saat BAK
VII. Keadaan kesehatan saat ini	
a. Diagnosis medis : GEA (Gastritis / esophagitis)	
b. Tindakan Operasi : tidak ada	
c. Status Nutrisi : selama dirawat pasien makannya sedikit-sedikit, sebelum dirawat makannya labap.	
d. Status cairan : An. A terpasang infus RL ditangani 10 tpm	
e. Obat-obatan :	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ceftriaxone injeksi 1 g, 1x sehari 2. Farmadol infus 10mg/ml, 1x sehari 3. Diangro syrup 20mg/5ml, 2x sehari
f. Aktivitas : Anak tampak lemas	
g. Tindakan keperawatan : Pemeriksaan tri (suhu, respiration), memonitor tanda-tanda gejala infeksi	
h. Hasil laboratorium :	
i. Hasil rontgen : tidak ada	
j. Data tambahan : tidak ada	
k. Pemeriksaan fisik	
l. Keadaan umum : Baik, kesadaran : Compensated	
m. TB / BB : 71 / 8	
n. Lingkar kepala : 42cm	
o. Mata : Bentuk mata simetris, inspeksi : sklera tidak ikterik, Palpasi : tidak dilakukan, Perkusi dan Auskultasi : tidak dilakukan.	
p. Hidung : inspeksi : hidung bersih tidak ada kotoran, Palpasi : tidak ada nyeri tekan, Perkusi dan Auskultasi : tidak dilakukan.	
q. Mulut : inspeksi : Mukosa bibir kering, Palpasi : tidak ada kelenjar, Perkusi dan Auskultasi : tidak dilakukan	
r. Telinga : inspeksi : tidak ada kotoran, Palpasi : tidak ada nyeri tekan, Perkusi : tidak dilakukan, Auskultasi : tidak dilakukan	
s. Tenggorok : inspeksi : simetris, tidak ada kelenjar leher, Palpasi : tidak ada perbedaan kelenjar getah bening, Perkusi : tidak dilakukan, Auskultasi : tidak dilakukan	
t. Dada : inspeksi : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, Palpasi : fremitus halus simetris, Perkusi : sonor bilateral, Auskultasi : tidak terdengar ronki / wheezing.	

	<p>j. jantung : Inspeksi : Tidak tampak pulsasi abnormal , Palpari : Ictus cordis teraba di linea midklavikula Ics ke-4 , Perkusi : batas jantung dalam batas normal anak , Auskultasi : bunyi jantung s1 dan s2 normal.</p> <p>k. Paru-paru : Inspeksi : Gerakan napas simetris , Palpari : Tidak ada nyeri tekan , Perkusi : sonor , Auskultasi : tidak terdengar ronki / wheezing</p> <p>l. Perut : Inspeksi : Perut simetris , Palpari : lembek , Perkusi : Timpani normal , Auskultasi : peristaltik meningkat ($> 20x$/menit), sesuai dengan diares.</p> <p>m. Punggung : Inspeksi : tidak ada kelainan , Palpari : tidak ada nyeri tekan , Perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.</p> <p>n. Genitalia : Inspeksi : Area perineal bersih , Tidak tampak ruam , Palpari : tidak ada nyeri tekan , Perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.</p> <p>o. Ekstermitas : Inspeksi : simetris , Palpari : suhu hangat , Perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.</p> <p>p. Kulit : Inspeksi : Tidak ada kemerahan Palpari : turgor kulit menurun , perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.</p> <p>q. tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> x. Pemeriksaan tingkat perkembangan <ul style="list-style-type: none"> a. kemandirian dan bergaul : pasien berusia 7 bulan 17 hari sudah bisa melakuk-kan aktifitas mandiri tetapi masih didampingi sama ibu. b. Motorik halus : ibu pasien mengatakan anak bisa memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya. c. kognitif dan bahasa : ibu pasien mengatakan anak bisa mengoreh dan bisa mengenali namanya sendiri ketika saat dipanggil namanya. d. Motorik kasar : ibu pasien mengatakan anak mampu duduk tanpa bantuan selama beberapa saat.
--	---

UNIVERSITAS AL-KAUTSAR
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Tahun Akademik 2019/2020

A. Analisa Data			
Data (DS / DO)	Penyebab / Etiologi	Masalah (Problem)	
DS : Ibu pasien mengatakan BAB cair lebih dari 6x / hari. DO : - frekuensi BAB 6x/hari, konsistensi cair, dan ada lendir - Mukosa bibir kering - Turgor kulit menurun - Suhu : 36,5°C - Nadi : 110x / menit - Respirasi : 24x / menit	Proses Infeksi	Diare (D. 0020)	
DS : Ibu pasien mengatakan tidak ada keremahan diarea perineal, tetapi ibu pasien khawatir dikarenakan BAB lebih dari 6x/hari			
DO : Kulit area perineal tampak leluh dan bersih, tidak ada keremahan / lecet. - frekuensi BAB 6x / hari - Anak menggunakan tempers setiap hari - suhu : 36,5°C - Nadi : 110x / menit - Respirasi : 24x / menit		Risiko tergantung Integritas kulit (D. 039)	
DS : Ibu pasien mengatakan baru pertama kali ke rumah sakit dikarenakan pasien BAB lebih dari 6x/ hari. Ibu Pasien mengatakan dirinya merasa cemas.	kurang terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan (D. 0111)	
DO : - Pasien tampak lemas - Ibu Pasien tampak belum tau cara membersihkan perineal dengan benar. - suhu : 36°5°C - Nadi : 110x / menit - Respirasi : 24x / menit			
B. Diagnosis Keperawatan.			
1. Diare (D.0020) bid. Proses infeksi + BAB cair lebih dari 6x / hari .			

<p>2. Fisiko Gangguan integritas kulit (D.D13g) d.d frekuensi BAB yang tinggi; lebih dari 6x/hari.</p> <p>3. Defisi Pengetahuan (D.D11) b.d kurang terpapar informasi d.d Ibu pasien tampak belum tahu cara membersihkan area perineal dengan benar.</p>				
<p>C. Intervensi keperawatan</p>				
Tanggal	Diagnosa	SLK1	SLK1	Paraf
	Keperawatan			
16/06 25	Diare b.d proses infeksi d.d BAB cair lebih dari 6x/ hari.	Eliminasi fekal (L. 04033) setelah dilakukan Hindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan membaik, dengan kriteria hasil. 1. konsistensi feses (s) membarki 2. frekuensi defekasi (r) membarki 3. Peristaltik usus (r) membaik. A. Nyeri abdomen (r) menurun. keterangan: 1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun r: menurun keterangan: 1: Memburuk 2: cukup memburuk 3: sedang 4: cukup membaik r: membaik	Manajemen Diare (L. 03101) Observasi : o Identifikasi penyebab o Identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, kegutanan pada bayi). o Monitor jumlah penge- luaran diare Terapeutik : o Pasang jalur intravena o Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit. Edukasi : o Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap. o Anjurkan melanjutkan Pemberian ASI Kolaborasi : o Kolaborasi pemberian obat.	
		IR	EP	
		1	5	
		1	5	
		1	5	
		1	5	

Universitas Airlangga
Jl. Veteran No. 1
Surabaya 60111
Telp. (031) 501 11 11

16/25	Kisi-kisi Gangguan Integritas Kulit	Integritas kulit dan jaringan (L.1912)	Pengawatan Integritas Kulit (I.11353)
d. d. frekuensi	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan akan apakan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:	Observasi:	
BAB yang tinggi lebih dari 6xhari.	1. suhu kulit (r) membaik 2. sensasi (r) membaik 3. tidak ada ruam atau ritsasi (r) membaik 4. tidak ada tanda infeksi kulit (s) membaik 5. tidak ada nyeri kulit (s) membaik.	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Penurunan kelembaban, keremahan). 	
1: memburuk, 2: cukup memburuk, 3: sedang, 4: cukup membaik, 5: membaik.	Terapeutik:	<ul style="list-style-type: none"> Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare. Tunangkan produk berkhasiat ringan / alami dan hipoalergik pada kulit sensitif. 	
	Edukasi:	<ul style="list-style-type: none"> Anjurkan menggunakan pelembab. 	
	12 ER 3 5 3 5 3 5 3 5 3 5		
16/26	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d ibu pasien tampak belum tahu cara membersihkan area perineal dengan benar.	tingkat Pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan tingkat Pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1) Perilaku sesuai arahan (s) meningkat. 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi (s) menurun. 3) Persepsi yang keliru terhadap masalah (s) menurun.	Edukasi keshatan (I.12303) Observasi:
			<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kesalahan dan kemampuan menerima informasi Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi
			<ul style="list-style-type: none"> Perilaku hidup bersih dan sehat.
			Terapeutik:
			<ul style="list-style-type: none"> Sediakan materi dan media penilaikan keshatan Jadwalkan pendidikan

			<p>Keterangan :</p> <p>1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IP</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>1</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	IP	ER	1	5	1	5	1	5	<p>Kehilangan seruan kecapakan</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan kesempatan untuk bertanya. <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	
IP	ER												
1	5												
1	5												
1	5												
D. Implementasi keperawatan													
Tgl/waktu	Dx. kep	Implementasi	Evaluasi Pasien	Paraf									
Senin 16/06/25 00.00	Diare (D.0020)	- Mengidentifikasi penyebab diare	s : ibu pasien mengatakan An-A mengonsumsi susu formula SGM LLM. o : BAB cair 6x/hari.	<i>Aju</i>									
		- Memonitor warna, volume frekuensi, dan konsistensi	s : ibu pasien mengatakan anak BAB cair lebih dari 6x/hari. o : frekuensi BAB 6x/hari, feses cair, mukosa bibir kering, lemas, suhu : 36,5 °C	<i>Aju</i>									
08.00		- Memonitor jumlah pengeluaran diare	s : ibu pasien mengatakan anak masih diare o : BAB 6x/hari, warna kekuningan, feses cair, bau menyengat.	<i>Aju</i>									
10.00		- Mengobservasi kondisi kulit perineal saat pergantian pembes.	s : ibu pasien mengatakan tidak ada ruam komerasi diarea perineal. o : kulit perineal tampak	<i>Aju</i>									
Senin 16/06/25 11.00	Risiko Gangguan Integritas kulit (D.0139)	- Mengobservasi kondisi kulit perineal saat pergantian pembes.	s : ibu pasien mengatakan tidak ada ruam komerasi diarea perineal. o : kulit perineal tampak	<i>Aju</i>									

					BANTUL PROVINSI JAWA TENGAH INDONESIA
12.00		- Memberikan area perineal dengan air hangat dan mengeringkan dengan cara dilapuk lembut	bersih dan tidak ada kererahan atau lecet. s : ibu pasien mengatakan setelah dibersihkan dengan air hangat anaknya tidak rewel. o : - Tidak ditemukan tanda iritasi - kulit area perineal bersih.	Gpu.	
13.00		- Menggantikan pampers segera setelah pasien diare	s : ibu pasien mengatakan ketika anak sedang BAB langsung dibersihkan dan menggunakan Pampers yang baru. o : Pasien tampak kooperatif tidak ada kemerahan.	A JW	
senin	Defisit	- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	s : ibu pasien mengatakan "saya siap diajarkan sekiranya".	A JW	
14.00	(D.O.III)	- Menyediakan Materi dan media Pendidikan kesehatan	s : - o : ibu tampak mendengarkan dengan baik dan mengangguk, dan menatap Perawat.	A JW	
15.00		- Memberikan kesempatan untuk bertanya.	s : ibu pasien mengatakan "kalau sering ganti pampers, akan mengalutkan kulit lecet". o : ibu pasien mulai bertanya, dan menunjukkan rasa ingin tahu "kalau sering ganti pampers akan mengakibatkan kulit lecet?".	A JW	
16.00		- Mengidentifikasi Penyebab diare	s : ibu pasien mengatakan takdir penyebab diare pada An.A dari susu formula SGM ULM dan sekarang dihentikan. o : ibu pasien tampak kooperatif dan mulai menganggapi dengan	A JW	
selasa	Diare				
17/06/er	(D.620)				
08.00					

				Formula Beteloue, BAB masih cukup namun jarang (4x/hari).
09.00		- Memonitor Warna, Volume, frekuensi, dan konsistensi	s : ibu pasien mengatakan BABnya sekarang sudah tidak sebanyak kemarin. o : frekuensi BAB menurun mengjadi 4x/hari, konsistensi feces mulas mengental, warna keluningan, mukosa bibir mulai basah, suhu 36.5°C .	Amb.
10.00		- Memonitor jumlah Pengeluaran diare	s : ibu pasien mengatakan masih diare, tapi lebih sedikit dari kemarin o : volume feses berkurang, tekstur lebih kental, tidak terlalu bau menyengat, anal tidak kemas.	Amb.
selasa 17/06/20 11.00	Krisko Tangkar integrator kulit (D.013g)	- Mengobservasi kondisi kulit perineal saat peng- antian Pempers.	s : ibu pasien mengatakan area sekitar perineal masih bersih dan tidak ada kemerahan. o : kulit tampak lembab normal, tidak ada tanda reket/ruang.	
12.00		- Membersihkan area perineal dengan air hangat dan mengeringkan dengan cara dilepaskan lembut	s : ibu pasien mengatakan anal merasa nyaman dan tidak rewel. o : tidak ada tanda iritasi, kulit terlihat lembab sehat dan bersih.	Amb.
13.00		- Mengganti Pempers segera setelah pasien diare	s : - o : Pempers bekas tidak dibiarakan lama, area perineal tetap kering dan tidak ada iritasi.	Amb.

					NURUL HUDA PUSKESMAS AL-JARAH JL. PUSKESMAS AL-JARAH KALIBATA, KOTA BANDUNG Telp. 022-2500000
	selasa	Defisit	- Mengidentifikasi	s : Ibu pasien mengatakan	
	17/06/14 19.00	Pengetahuan (D.0111)	- Kesiapan dan kemampuan menerima informasi	s : Ibu pasien mengatakan saya senang diperlakukan materi Pencegahan intansi kulit akibat diare pada anak. o : Ibu tampak fokus mendengarkan penjelasan.	Aplik
	15.00		- Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.	s : - o : ibu tampak membuka leaflet, lalu menunjuk bagian cara membersihkan perineal dan bertanya kembali.	Aplik
	16.00		- Memberikan kesempatan untuk bertanya	s : ibu mengatakan "kalau sudah kena ruam" harus dikasih apa?.." o : ibu tampak kooperatif dan memahami jawaban yang dijelaskan oleh perawat.	Aplik
Rabu	Diare	18/06/15 08.00	- Mengidentifikasi penyebab diare	s : ibu pasien mengatakan, "setelah diganti susu formula, BAB anak membikin." o : tidak ada BAB sejak pagi, anak tampak cair.	Aplik
	09.00		- Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi	s : ibu pasien mengatakan BAB-nya sudah normal, tidak cair lagi. o : feses normal, warna keluningan normal, frekuensi 1x dengan konsistensi lembek, suhu 36,5°C, turgor kulit baik, mulutnya tidak lembek.	Aplik
	10.00		- memonitor jumlah pengeluaran diare	s : ibu pasien mengatakan diare sudah berhenti, anaknya mulai aktif lagi. o : tidak ditimbulkan BAB cair, anak aktif, nafsu makan kembali normal, tidak ada dehidrasi.	Aplik

Rabu	Pniko	- Mengobservasi kondisi kulit area perineal saat pergantian pempers.	s : ibu pasien mengatakan, "Alhamdulillah area perineal anak saya tetap bersih, tidak ada kemerahan sama sekali." o : kulit perineal tampak normal lembab sehat, tidak ditemukan kemerahan seuma sekali.	Aplikasi
10/06/29 11.00	Eangguan Integritas kulit (D.O139)	- Memberikan area perineal dengan air hangat dan mengeringkan dengan cara ditepuk lembut.	s : ibu pasien mengatakan "anak saya nyaman ketika ketika dibersihkan pakai air hangat." o : kulit perineal tampak bersih lembab, tidak ada kemerahan dan tidak ada reaksi penolakan dari anak saat dibersihkan.	Aplikasi
12.00		- Menggantikan pempers segera setelah pasien allare	s : - o : - Area perineal tetap kering, tidak ada tanda iritasi atau kemerahan, menunjukkan perawatan dilakukan secara tepat.	Aplikasi
13.00		- Mengidentifikasi kesadaran dan kemampuan menerima informasi	s : ibu pasien mengatakan sudah paham yang dijelaskan oleh perawat. o : ibu pasien tampak menjelaskan kembali isi edukasi secara urut tanpa dibimbing.	Aplikasi
18/06/29 19.00	Defisit Pergetahuan (D.O111)	- Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.	s : - o : ibu pasien tampak menyimpan leaflet edukasi ke dalam tas	Aplikasi
18.00		- Memberikan kesempatan untuk bertanya	s : ibu mengatakan, "Alhamdulillah sampai seharang anaknya"	Aplikasi
16.00				

RSITAS AL-JIS

JALAN PUSKESMAS
TAMBUN BARAT
TAMBUN BARAT

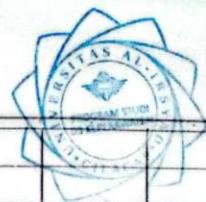
E. Evaluasi keperawatan

				tidak ada kemerahan di area perineal, tetapi bersih. o : Ibu tidak mengajukan pertanyaan lanjutan karena merasa edukasi sudah cukup jelas.
Tanggal / Waktu	Dx-kep	Evaluasi (SOAP)		Paraf
Senin 16/06/25 09.00	Diarre (D.0020)	s : Ibu pasien mengatakan BAB cair lebih dari 6x/hari o : - frekuensi BAB 6x/hari konsistensi cair, dan ada lendir - Mukosa bibir kering - turgor kulit menurun - suhu 36,5°C - Nadi 110x/minit - Respirasi 24x/minit A : Masalah belum teratasi		
		Indikator	IR	ER
		konsistensi feses	1	5
		frekuensi defekasi	1	5
		Persistalik usus	1	5
		Nyeri abdomen	1	5
		?	lanjutkan intervensi - Memonitor frekuensi, konsistensi dan jumlah BAB - Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi.	
Senin 16/06/25 09.00	Risiko Gang- guan integritas kulit (P.0139)	s : Ibu pasien mengatakan tidak ada kemerahan di area perineal, tetapi ibu pasien khawatir dikarenakan BAB lebih dari 6x/hari; o : Kulit area perineal tampak utuh dan bersih, tidak ada kemerahan atau lecet, suhu 36,5°C, Nadi 110x/minit, Respirasi 24x/minit A : Masalah belum teratasi.		A Apakah

		Indikator	IK	EK	
		suhu kulit	3	5	
		sensasi	3	5	
		tidak ada ruam atau iritasi	3	5	
		tidak ada tanda infeksi kulit	3	5	
		tidak ada nyeri kulit	3	5	
P : lanjutkan Intervensi					
- Memberikan edukasi tentang pencegahan iritasi kulit akibat diare pada anak.					
Senin 16/06/2x 10.00	Defisit Pengetahuan	S : ibu pasien mengatakan baru Pertama kali ke rumah sakit dikarenakan pasien BAB lebih dari 6x/hari ibu pasien mengatakan dirinya merasa cemas.			
		O : - Pasien tampak lemas. - Ibu pasien tampak belum tau cara membersihkan perineal dengan benar. - Suhu : 36,5°C - Nadi : 110x / menit - Respirasi : 29x / menit.			
A : masalah belum teratasi					
		Indikator	IK	EK	
Selasa 17/06/2x 08.00	Diare (D.oxo)	Pertolaku sesuai anjuran	1	5	
		Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1	5	
		Persepsi yang keliru terhadap masalah	1	5	
P : lanjutkan Intervensi					
- memberikan edukasi terkait pencegahan iritasi kulit akibat diare pada anak.					
- Sediakan leaflet dan berikan kesempatan ibu untuk bertanya.					
Selasa 17/06/2x 08.00	Diare (D.oxo)	S : ibu pasien mengatakan BAB masih cair, tapi frekuensinya berkurang jadi 4x/hari			
		O : - frekuensi BAB 4x/hari - konsistensi masih cair, tanpa lendir.			

			<ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir mulai membaik - Turgor kulit membaik - suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - Nadi 105 x / menit - Respirasi 22 x / menit 																			
A :	masalah teratasi sebagian																					
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IP</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>konsistensi feses</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>frekuensi defekasi</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Nyeri abdomen</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><i>Spesialis</i></p>	Indikator	IP	ER	konsistensi feses	3	5	frekuensi defekasi	3	5	Peristaltik usus	3	5	Nyeri abdomen	3	5				
Indikator	IP	ER																				
konsistensi feses	3	5																				
frekuensi defekasi	3	5																				
Peristaltik usus	3	5																				
Nyeri abdomen	3	5																				
P :	lanjutkan intervensi																					
	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kondisi kulit - Mengevaluasi kembali tentang Pencegahan infeksi kulit akibat diare pada anak. 																					
Selasa	Risiko Gangguan Integritas Kulit (D-013)		s : Ibu pasien mengatakan area perineal bersih dan anak tampak nyaman																			
17/06/2x			Siap : dibersihkan dengan air hangat.																			
09.00			<p>o : - kulit perineal tetap utuh, tidak ada keremahan.</p> <p>- frekuensi BAB menurun menjadi 4x/24 jam</p> <p>Anak tampak kooperatif, suhu $36,8^{\circ}\text{C}$, N110x/ menit, Respirasi 22x/ menit.</p>	<i>Ajuna.</i>																		
A :	masalah teratasi sebagian																					
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IP</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>suhu kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>sesasi</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>tidak ada ruam/iritasi</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>tidak ada tanda infeksi kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>tidak ada nyeri kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Indikator	IP	ER	suhu kulit	3	5	sesasi	3	5	tidak ada ruam/iritasi	3	5	tidak ada tanda infeksi kulit	3	5	tidak ada nyeri kulit	3	5	
Indikator	IP	ER																				
suhu kulit	3	5																				
sesasi	3	5																				
tidak ada ruam/iritasi	3	5																				
tidak ada tanda infeksi kulit	3	5																				
tidak ada nyeri kulit	3	5																				
P :	lanjutkan intervensi:																					
	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kondisi kulit - Mengevaluasi kembali tentang Pencegahan infeksi kulit akibat diare pada anak 			<i>R</i>																		
SIDU																						

			BAB.																		
selasa 17/06/20	Defisit Pengetahuan (D.011)	s. Ibu Pasien mengatakan mulai mengerti cara membersihkan area perineal dan merasa lebih tenang setelah dikelaskan o : - Ibu tampak mengikuti instruksi Pembelajaran membersihkan perineal dengan air hangat dan menepuk dengan lembut. A : masalah teratas sebagian																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pertanyaan tentang</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>masalah yang dihadapi</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perspsi yang keliru terhadap masalah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aputra.</p>	Indikator	IR	ER	Perilaku sesuai anjuran	3	5	Pertanyaan tentang	3	5	masalah yang dihadapi			Perspsi yang keliru terhadap masalah	3	5				
Indikator	IR	ER																			
Perilaku sesuai anjuran	3	5																			
Pertanyaan tentang	3	5																			
masalah yang dihadapi																					
Perspsi yang keliru terhadap masalah	3	5																			
		 P : lanjutkan Intervensi - melanjutkan edukasi - melanjutkan pemantauan anak dan respon ibu terhadap edukasi																			
kabu 10/06/20 08.00	Diare (D.020)	s : Ibu pasien mengatakan anak sudah BAB normal hanya 1-2 kali, dan tidak cair lagi. o : - frekuensi BAB 1-2x / hari - konsistensi normal / lembek tidak ada lendir, - mukosa bibir lembab, makan dan minum baik. - suhu 36,5°C , Nafas 8x / menit, Respirasi 20x / menit.																			
		 A : masalah teratas	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>konsistensi feses</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>frekuensi defekasi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>nyeri abdomen</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aputra.</p>	Indikator	IR	ER	konsistensi feses	4	5	frekuensi defekasi	4	5	Peristaltik usus	4	5	nyeri abdomen	4	5			
Indikator	IR	ER																			
konsistensi feses	4	5																			
frekuensi defekasi	4	5																			
Peristaltik usus	4	5																			
nyeri abdomen	4	5																			
		 P : Hentikan Intervensi pasien diberikan pultang.																			



	Rabu 10/06/ur 10.00	Pisiko Banguan, Integritas kulit (D.0139)	s : Ibu pasien mengatakan area perineal anak tetap bersih dan tidak tampak iritasi. o : kulit perineal bersih, tidak ada ruam, kemerahan atau lecet. - suhu 36,5 °C - Nadi 100x / menit - Respirasi 22x / menit A : Masalah teratasi
		Indikator	IK ER
		suhu kulit	A S
		sensasi	A S
		tidak ada ruam / iritasi	A S
		tidak ada tanda iritasi kulit	A S
		tidak ada nyeri kulit.	A S
		<i>Afnar,</i>	
		P : Hentikan Intervensi pasien dibolehkan pulang.	
	Rabu 10/06/ur 10.00	Dofisit Pengetahuan (D.0111)	s : - ibu pasien mengatakan sudah paham cara merawat area perineal o : ibu pasien tampak yakin dan siap - ibu pasien mampu menjelaskan ulang langkah-langkah perawatan kulit perineal. - ibu tampak kooperatif - suhu : 36,5 °C, Nadi: 100x / menit, Respirasi : 20x / menit A : Masalah teratasi
		Indikator	IK ER
		perilaku sesuai anjuran	A S
		Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	A S
		Persepsi yang ketemu terhadap masalah	A S
		<i>Afnar,</i>	
		P : Hentikan Intervensi pasien pulang.	

UNIVERSITAS AL-IRAQI
DILAKUKAN PADA: [REDACTED]

Hasil Laboratorium				
Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode Pemeriksaan
Hematologi				
Darah Rutin Analyzer				
DIFF				
Hemoglobin	12.5	10.4 - 15.6	g/dL	
Leukosit	10350	6000 - 10000	$10^3/\mu\text{L}$	
Hematokrit	36.1	35-51	%	
Trombosit	266000	150000-450000	$10^3/\mu\text{L}$	
Eritrosit	4.33	3.60 - 5.20	$10^6/\mu\text{L}$	
HJL				
Eosinofil	0.9*	1 - 4	%	
Neutrofil	20.5	20 - 40	%	
Basofil	0.1	0 - 1	%	
Limfosit	72.3	48 - 78	%	
Monusit	6.1	2 - 8	%	
MCV	83.3	78 - 102	fL	
MCH	29.8	23 - 31	Pg	
MCHC	34.4	30 - 36	%	