

**L
A
M
P
I
R
A
N**

Lampiran 1 Surat Persetujuan Pasien (Informed consent)

SURAT PERSETUJUAN PASIEN

(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Jumifur Puryanti

Umur : 24 th

Agama : Islam

Pekerjaan : IRT

Alamat : Adipala

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


Nama Mahasiswa : APRILLIA ANDRIANA PUTRI

NIM : 106122001

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

Cilacap, 11 Juni 2025

Yang bersangkutan


Jumifur Puryanti
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 :
.....
- 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. Aktivitas :

.....

g. Tindakan keperawatan :

.....

h. Hasil laboratorium :

i. Hasil rontgen :

j. Data tambahan :

IX. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

b. TB / BB :

c. Lingkar kepala :

d. Mata :

e. Hidung :

f. Mulut :

g. Telinga :

h. Tengukuk :

i. Dada :

j. Jantung :

k. Paru – paru :

l. Perut :

m. Punggung :

n. Genetalia :

o. Ekstremitas :

p. Kulit :

q. Tanda vital :


X. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN

a. Kemandirian dan bergaul

.....

-
-
- b. Motorik halus
-
-
-
- c. Kognitif dan bahasa
-
-
-
- d. Motorik kasar
-
-
-

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 dengan 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. Pendeteksian 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 pernah atau sering atau kadang-kadang melakukannya.
 - b. Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak pernah 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)

Tanyakan kepada
orang tua/pengasuh
atau periksa anak
sesuai petunjuk
pada instrumen
KPSP

Hitung
jawaban
"Ya"

Hasil Pemeriksaan	Interpretasi	Tindakan
Jawaban "Ya" 9 atau 10	Sesuai umur	Puji keberhasilan orang tua/pengasuh. Lanjutkan stimulasi sesuai umur. Jadwalkan kunjungan berikutnya.
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.

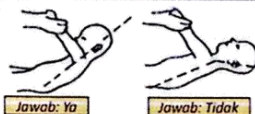


- b. Ajarkan ibu cara melakukan intervensi stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan/mengejar ketertinggalannya.
 - c. Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya dan lakukan pengobatan.
 - d. Lakukan penilaian ulang 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





		YA	TIDAK
Bayi Terlentangan			
1	Pada posisi bayi telentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi duduk. Dapatkah bayi mempertahankan lehernya secara kaku seperti gambar di sebelah kiri?  Jawab: Ya Jawab: Tidak Jawab TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali seperti gambar sebelah kanan.	Gerak Kasar	✓
Bayi dipangku ibunya/pengasuh di tepi meja periksa			
2	Tarik perhatian bayi dengan memperlihatkan wool merah, kemudian jatuhkan ke lantai. Apakah bayi mencoba mencarinya? Misalnya mencari di bawah meja atau di belakang kursi?	Gerak Halus	✓
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	Gerak Kasar	✓
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? 	Gerak Kasar	✓
5	Letakkan suatu mainan yang dinginkannya di luar jangkauan bayi, apakah ia mencoba mendapatkannya dengan mengulurkan lengan atau badannya?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
Tanya Ibu/Pengasuh			
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.	Gerak Halus	✓
7	Apakah bayi dapat makan kue kering sendiri?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
8	Pada waktu bayi bermain sendiri dan ibu 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 dan Bahasa	✓
Bayi dipangku pemeriksa			
9	Jika anda mengangkat bayi melalui ketiak 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.	Gerak Kasar	✓
10	Tanpa disangga oleh bantal, kursi atau dinding, dapatkah bayi duduk sendiri selama 60 detik? 	Gerak Kasar	✓
TOTAL			

Lihat Algoritme untuk Interpretasi dan Tindakan

Perinci untuk Aspek Perkembangan dengan jawaban "Tidak"

Gerak Kasar	
Gerak Halus	
Bicara dan Bahasa	
Sosialisasi dan Kemandirian	

TAHAPAN PERKEMBANGAN DAN STIMULASI UMUR 6 – 9 BULAN

GERAK KASAR	
<p>TAHAPAN PERKEMBANGAN Duduk sendiri dengan kedua tangan menyangga tubuhnya.</p> <p>STIMULASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan: <ul style="list-style-type: none"> - Menyangga berat. - Mengembangkan kontrol terhadap kepala. - Duduk. 	
<p>TAHAPAN PERKEMBANGAN Belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan.</p> <p>STIMULASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>TAHAPAN PERKEMBANGAN Merangkak, meraih mainan atau mendekati seseorang.</p> <p>STIMULASI Merangkak. Letakkan sebuah mainan di luar jangkauan bayi, usahakan agar ia mau merangkak kearah mainan dengan menggunakan kedua tangan dan lututnya.</p>	
GERAK HALUS	
<p>TAHAPAN PERKEMBANGAN Memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya.</p> <p>STIMULASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - 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 dipangkuan 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/korag, 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-bunyian.

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

BICARA DAN BAHASA**TAHAPAN PERKEMBANGAN**

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

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.

**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 lambaikan tangan ke bayi sambil berkata "da...daag". bantu bayi dengan gerakan membalas melambaikan 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 terapi	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	Meletakkan pengalas di bawah bokong anak	3		
6	Meletakkan bengkok diatas perlak dan didekatkan ketubuh pasien	5		
7	Membersihkan kulit daerah perineal dari feses dan urin menggunakan kapas / washlap 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 disekitar area perineal	15		

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

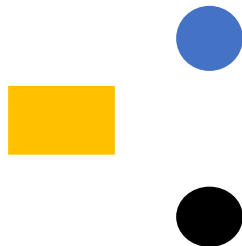
- a. Meletakkan pengalas dibawah bokong anak
- b. Membersihkan kulit daerah perineal dari feses dan urin menggunakan kapas/washlap dengan air bersih atau air hangat secara lembut (usapan lembut/ditepuk-tepuk)
- c. Mengeringkan kulit daerah perineal dengan handuk bersih secara ditepuk-tepuk/usapan lembut
- 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 pampers 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

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	23/-20 5	BAB 1 Perbaiki cover	
		BAB II	
		- Tambahkan Anatomi fisiologi kiri	
		- kerangka Teori perbaiki dan ditambahkan skt dan skt	
	27/-20 5	BAB II	
		- Perbaiki Halaman	
		- Tambahkan Bagan dan label	
	27/-20 5	acc sidang proposal KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	23/6.w	<p>guru sudah masuk Halaman penugasan & presentasi dibaca.</p> <p>BAB 3</p> <p>- Kalimat proposal ditulis.</p> <p>BAB 4</p> <p>Tambahkan teori & penulisan Penulisan & bab soal-jawab.</p> <p>BAB 5.</p> <p>- Kerangka menyusun penulisan tugas akhir</p>	<p>Pz.</p> <p>Bmr.</p>
	24/6.w	Azz Maja Sidiq Hattal KTI	<p>Pz.</p> <p>Bmr.</p>

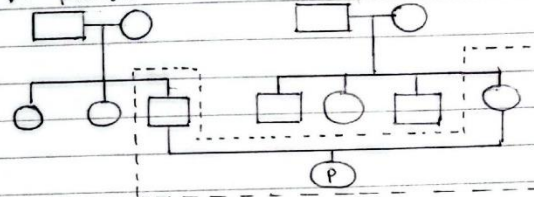

Ahmad Subandi.

Lampiran 9 Asuhan Keperawatan

<p style="text-align: center;">Format Pengkajian Anak</p> <p style="text-align: center;">Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak</p> <p style="text-align: center;">Dengan Masalah Keperawatan Risiko Gangguan Integritas kulit.</p>	
Nama mahasiswa :	Aprilia Andriana Putri
Tempat Praktik :	Ruang At-thur PSI Fatimah Cilacap
Tanggal Pengkajian :	16 Juni 2025
I. Identitas data	
Nama :	An. A
Alamat :	Adipara
Tempat/tgl lahir :	Cilacap, 29 September 2024
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
II. Keluhan Utama : Ibu pasien mengatakan masih diare 6 x 1 hari, makan terlihat masih sedikit, suhu : 36,5°C, Nadi : 110 x / menit, Respirasi : 24 x / menit. tidak ada kemerahan diareo perineal.	
III. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran	
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.
b. Intra Natal :	Ibu pasien mengatakan An. dilahirkan secara normal. Ibu pasien mengatakan melahirkan di PSI Fatimah Cilacap
c. Post Natal :	Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan. An. A lahir dengan sehat dan ASI dari Ibu langsung diberikan
IV. Riwayat masa lampau	
a. Penyakit Waktu kecil :	Ibu pasien mengatakan tidak ada penyakit waktu bayi.
b. Pernah dirawat di RS :	Ibu pasien mengatakan tidak pernah dirawat di RS,

- e. 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 1

V. Riwayat keluarga (disertai genogram)



keterangan:

- ⊙ : 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

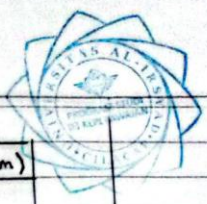
- a. Makanan yang disukai / tidak disukai : Ibu pasien mengatakan paling suka makan biskuit
- b. selera : Ibu pasien mengatakan makan lahap
- c. Alat makan yang dipakai : Piring, sendok
- d. Pola makan / jam : Ibu pasien mengatakan anak makan 3x sehari, jam 07.00 - 17.00
- e. Pola tidur : Ibu pasien 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 2 x sehari Pagi dan sore.
g. Aktivitas bermain	: Ibu pasien mengatakan bermain sama teman-temannya di sekitar rumah
h. Eliminasi	: Ibu pasien mengatakan BAB dalam sehari 6x/hari, BAK 8x1 sehari warna kuning dan tidak ada keluhan saat BAK
VII. Keadaan kesehatan saat ini	
a. Diagnosis medis	: GEA (Gastroenteritis)
b. Tindakan Operasi	: Tidak ada
c. Status Nutrisi	: Selama dirawat pasien makan sedikit-sedikit, sebelum dirawat makan lahap.
d. Status cairan	: An. A terpasang infus RL ditangan 10 tpm
e. Obat-obatan	: 1. Ceftriaxone injeksi 1g, 1x sehari 2. Earmadol infus 10mg/ml, 1x sehari 3. Dipro srup 20mg/5ml, 2x sehari
f. Aktivitas	: Anak tampak lemas
g. Tindakan keperawatan	: Pemeriksaan ttv (suhu, respirasi), monitor tanda-tanda gejala infeksi
h. Hasil laboratorium	
i. Hasil rontgen	: Tidak ada
j. Data tambahan	: Tidak ada
ix. Pemeriksaan fisik	
a. Keadaan umum	: Baik, kesadaran: Compermentis
b. TB/BB	: 71 / 8
c. Lingkar kepala	: 42cm
d. Mata	: Bentuk mata simetris, inspeksi: sklera tidak ikterik, Palpasi: tidak dilakukan, Perkusi dan Auskultasi: tidak dilakukan.
e. Hidung	: Inspeksi: Hidung bersih tidak ada kotoran, Palpasi: tidak ada nyeri tekan, Perkusi dan Auskultasi: tidak dilakukan.
f. Mulut	: Inspeksi: Mukosa bibir kering, Palpasi: tidak ada ketegangan, Perkusi dan Auskultasi: tidak dilakukan.
g. Tenggorok	: Inspeksi: tidak ada kotoran, Palpasi: tidak ada nyeri tekan, Perkusi: tidak dilakukan, Auskultasi: tidak dilakukan.
h. Tengkuk	: Inspeksi: simetris, tidak ada kekakuan leher, Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Perkusi: tidak dilakukan, Auskultasi: tidak dilakukan.
i. Dada	: Inspeksi: simetris, tidak ada retraksi dinding dada, Palpasi: fremitus taktil simetris, Perkusi: sonor bilateral, Auskultasi: tidak terdengar ronki / wheezing.

j.	Jantung : Inspeksi : Tidak tampak pulsasi abnormal , Palpasi : Ictus cordis teraba di linea midklavikula Ics ke-4 , Perkusi : batas jantung dalam batas normal anak , Auskultasi : bunyi jantung s1 dan s2 normal.
k.	Paru-paru : Inspeksi : Gerakan napas simetris , Palpasi : Tidak ada nyeri tekan , Perkusi : sonor , Auskultasi : tidak terdengar ronkhi / wheezing
l.	Perut : Inspeksi : Perut simetris , Palpasi : lembek , Perkusi : timpani normal , Auskultasi : Peristaltik meningkat ($> 20 \times / \text{menit}$), sesuai dengan diare.
m.	Punggung : Inspeksi : tidak ada kelainan , Palpasi : tidak ada nyeri tekan , Perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.
n.	Genitalia : Inspeksi : Area perineal bersih , tidak buncak ruam , Palpasi : tidak ada nyeri tekan , Perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.
o.	Ekstremitas : Inspeksi : simetris , Palpasi : suhu hangat , Perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.
p.	Kulit : Inspeksi : Tidak ada kemerahan Palpasi : turgor kulit menurun , perkusi : tidak dilakukan , Auskultasi : tidak dilakukan.
q.	tanda vital :
x.	Pemeriksaan tingkat perkembangan
a.	kemandirian dan bergaul : Pasien berusia 7 bulan 17 hari sudah bisa melakukan 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 mengoroh dan bisa mengenali namanya sendiri ketika saat dipanggil namanya.
d.	Motorik kasar : Ibu pasien mengatakan anak mampu duduk tanpa bantuan selama beberapa saat.



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 : 110 x / menit - Respirasi : 24 x / menit Ds : Ibu Pasien mengatakan tidak ada kemerahan diareal perineal, tetapi ibu pasien khawatir dikarenakan BAB lebih dari 6x/hari	Proses Infeksi	Diare (D.0020)
Do : kulit area perineal tampak lembab dan bersih, tidak ada kemerahan / lecet. - frekuensi BAB 6x / hari - Anak menggunakan popok setiap hari - suhu : 36,5°C - Nadi : 110x /menit - Respirasi : 24x /menit	-	Risiko gangguan integritas kulit (D.0139)
Ds : Ibu pasien mengatakan baru pertama kali ke rumah sakit dikarenakan pasien BAB lebih dari 6x/hari. Ibu Pasien mengatakan dirinya merasa cemas. Do : - Pasien tampak lemas - Ibu Pasien tampak belum tau cara membersihkan perineal dengan benar. - suhu : 36,5°C - Nadi : 110x /menit - Respirasi : 24 x /menit	Kurang terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan (D.0111)
B. Diagnosa Keperawatan. 1. Diare (D.0020) b.d Proses Infeksi w.d BAB cair lebih dari 6x / hari		

2. Risiko Gangguan integritas kulit (D.013g) d.d frekuensi BAB yang tinggi lebih dari 6x/hari.
3. Defisit Pengetahuan (D.011) b.d kurang terpapar informasi d.d ibu pasien tampak belum tahu cara membersihkan area Perineal dengan benar.

C. Intervensi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SKK1	SK1	Paraf
16/06/25	Diare b.d Preses Infeksi d.d BAB cair lebih dari 6x/hari.	Eliminasi fekal (L. 09033) setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: 1. konsistensi feses (5) membaik 2. frekuensi defekasi (r) membaik 3. Peristaltik usus (r) membaik. 4. 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 diare o Identifikasi gejala intususi (mis. tangisan keras, keputihan pada bayi). o Monitor jumlah pengeluaran 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	

16/25	Risiko Gangguan Integritas kulit	Integritas kulit dan jaringan (L.14125)	Perawatan Integritas kulit (I.11353)															
	d.d. frekuensi BAB yang tinggi lebih dari 4x/hari	Setelah dilakukan tindakan 3x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :	Observasi :															
		1. suhu kulit (r) membaik	• Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Penurunan kelembaban, kemerahan).															
		2. Sensasi (r) membaik	Terapeutik :															
		3. Tidak ada ruam atau iritasi (s) membaik.	• Ubah Posisi tiap 2 jam jika tirah baring.															
		4. Tidak ada tanda infeksi kulit (s) membaik	• Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare.															
		5. tidak ada nyeri kulit (s) membaik.	• Batasi Produk berbasah an ringan / alami dan hipoalergenik pada kulit sensitif.															
		1: memburuk, 2: cukup memburuk, 3: sedang, 4: cukup membaik, 5: membaik.	Edukasi :															
		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>5</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr></table>	1	2	3	4	5	3	5	3	5		3	5	3	5		• Anjurkan menggunakan pelembab.
1	2	3	4	5														
3	5	3	5															
3	5	3	5															
16/25	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d Ibu Pasien tampak belum tau cara membersihkan area Perineal dengan benar.	tingkat Pengetahuan (L. 12111)	Edukasi kesehatan (I. 12383)															
		Setelah dilakukan tindakan 3x 24 jam diharapkan tingkat Pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :	Observasi :															
		1) Perilaku sesuai anjuran (s) meningkat.	• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi															
		2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi (s) menurun	• Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi Perilaku hidup bersih dan sehat.															
		3) Persepsi yang keliru terhadap masalah (s) menurun	Terapeutik :															
			• sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan															
			• Jadwalkan Pendidikan															

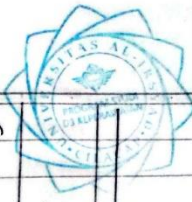
		<p>keterangan :</p> <p>1 : menurun</p> <p>2 : cukup menurun</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : cukup meningkat</p> <p>5 : meningkat</p> <table border="1"> <tr> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </table>	IR	ER	1	5	1	5	1	5	<p>kesehatan sesuai kesempatan</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 		
IR	ER												
1	5												
1	5												
1	5												

D. Implementasi Keperawatan				
Tgl/waktu	Dx. kep	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
Senin 16/06/25 00.00	Diare (D.0020)	- Mengidentifikasi penyebab diare	<p>s : Ibu pasien mengatakan An.A mengonsumsi susu formula SGM LLM.</p> <p>o : BAB cair 6x/hari.</p>	<i>[Signature]</i>
09.00		- Memonitor warna, Volume frekuensi, dan konsistensi	<p>s : Ibu pasien mengatakan anak BAB cair lebih dari 6x/hari.</p> <p>o : frekuensi BAB 6x/hari feses cair, mukosa bibir kering, lemas, suhu : 36,5 °C</p>	<i>[Signature]</i>
10.00		- Memonitor jumlah pengeluaran diare	<p>s : Ibu pasien mengatakan anak masih diare</p> <p>o : BAB 6x/hari, warna kekuningan, feses cair, bau menyengat.</p>	<i>[Signature]</i>
Senin 16/06/25 11.00	Risiko Gangguan integritas kulit (P.0139)	- Mengobservasi kondisi kulit perineal saat penggantian popok.	<p>s : Ibu pasien mengatakan tidak ada ruam kemerahan diare perineal.</p> <p>o : kulit perineal tampak</p>	<i>[Signature]</i>

SIDU
1

			bersih dan tidak ada kemerahan atau lecet.	
12.00		- Memberikan area perineal dengan air hangat dan mengerinkan dengan cara dipukul lembut	s: Ibu pasien mengatakan setelah dibersihkan dengan air hangat anaknya tidak rewel. o: - Tidak ditemukan tanda infeksi - kulit area perineal bersih.	Am
13.00		- Mengganti popok segera setelah pasien diare	s: Ibu pasien mengatakan ketika anak sedang BAB langsung dibersihkan dan mengganti popok yang baru. o: Pasien tampak kooperatif tidak ada kemerahan.	Am
Senin 16/06/15 14.00	Defisit Pengetahuan (D.O.III)	- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	s: Ibu pasien mengatakan "saya siap dijelaskan sekarang". o: Ibu tampak mendengarkan dengan baik dan mengangguk, dan menatap perawat.	Am
15.00		- Menyediakan Materi dan media Pendidikan kesehatan	s: - o: Ibu pasien tampak membaca leaflet edukasi Pencegahan infeksi kulit akibat diare.	Am
16.00		- Memberikan kesempatan untuk bertanya.	s: Ibu pasien mengatakan "kalau sering ganti popok, akan mengakibatkan kulit lecet". o: Ibu pasien mulai bertanya, dan menunjukkan rasa ingin tahu "kalau sering ganti popok akan mengakibatkan kulit lecet?".	Am
Selasa 17/06/15 08.00	Diare (D.O20)	- Mengidentifikasi Penyebab diare	s: Ibu pasien mengatakan penyebab diare pada An-A dari susu formula SEM ULM dan selarang dihindarkan. o: Ibu pasien tampak kooperatif dan mulai mengganti dengan	

			Formula Bebeloue, BAB masih cair namun jarang (1x/hari).	
09.00		- Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi	<p>S: Ibu pasien mengatakan BAB-nya sekarang udah tidak sebanyak kemarin.</p> <p>O: frekuensi BAB menurun menjadi 1x/hari, konsistensi feses mulai mengental, warna kekuningan, mukosa bibir mulai basah, suhu 36.6°C</p>	Am I.
10.00		- Memonitor jumlah pengeluaran diare	<p>S: Ibu pasien mengatakan masih diare, tapi lebih sedikit dari kemarin</p> <p>O: volume feses berkurang, tekstur lebih kental, tidak terlalu bau menyengat, anal tidak kemas.</p>	Am I.
Setara 17/06/21	Risiko Banggung integritas kulit (D.013g)	- Mengobservasi kondisi kulit perineal saat pengantian Pampers.	<p>S: Ibu pasien mengatakan area sekitar perineal masih bersih dan tidak ada kemerahan.</p> <p>O: kulit tampak lembab normal, tidak ada tanda lecet/ruam.</p>	
11.00		- membersihkan area perineal dengan air hangat dan mengeringkan dengan cara ditepuk lembut	<p>S: Ibu pasien mengatakan anak merasa nyaman dan tidak rewel.</p> <p>O: tidak ada tanda iritasi, kulit terlihat lembab sehat dan bersih.</p>	Am I.
12.00		- Mengganti Pampers segera setelah pasien diare	<p>S: -</p> <p>O: Pampers bekas tidak dibiarkan lama, area perineal tetap kering dan tidak ada iritasi.</p>	Am I.



Selasa	Detisit	- Mengidentifikasi	s : Ibu pasien mengatakan
17/06/19	Pengetahuan	kesiapan dan kemam-	saya senang dijelaskan
19.00	(D.0111)	puan menerima informasi	Materi Pencegahan iritasi
			kulit akibat diare pada
			anak.
			o : Ibu tampak fokus
			mendengarkan Penjelasan.
		- Menyediakan materi	s : -
19.00		dan media pendidikan	o : Ibu tampak membuka
		keehatan.	leaflet, lalu menunjuk
			bagian cara membersihkan
			perineal dan bertanya
			kembali.
		- Memberikan kesempatan	s : Ibu mengatakan "kalau
19.00		an untuk bertanya	sudah kena ruam" harus
			dikasih apa?."
			o : Ibu tampak kooperatif
			dan memahami jawaban
			yang dijelaskan oleh
			perawat.
Rabu	Diare	- Mengidentifikasi pen-	s : Ibu pasien mengatakan,
18/06/25	(D.0020)	yebab diare	"Setelah diganti susu formula
20.00			1a, BAB anak membaik.
			o : Tidak ada BAB sejak
			pagi, anak tampak ceria.
09.00		- Memonitor warna,	s : Ibu pasien mengatakan
		volume, frekuensi,	BAB-nya sudah normal,
		dan konsistensi	tidak cair lagi.
			o : Feses normal, warna
			kekuningan normal, frekuensi
			1x dengan konsistensi lembek
			suhu 36.5°C, turgor kulit baik
			mukosa bibir lembab.
10.00		- memonitor jumlah	s : Ibu pasien mengatakan diare
		pengeluaran diare	sudah berhenti, anaknya mulai
			aktif lagi.
			o : Tidak ditonjolkan BAB cair,
			anak aktif, nafsu makan kembali
			normal, tidak ada dehidrasi.


Rabu	Prnko	- Mengobservasi kondisi	s : ibu pasien mengatakan,	
10/06/24	Banggun	kuil area perineal saat	"Alhamdulillah area perineal	
11.00	Integritas kulit (D-0139)	Pergantian Pempers.	anak saya tetap bersih, tidak ada kemerahan sama sekali. o : kulit perineal tampak normal lembab sehat, tidak ditemukan kemerahan sama sekali.	Apri
12.00		- Membersihkan area perineal dengan air hangat dan mengeringkan dengan cara ditepak 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.	Apri
13.00		- Mengganti pampers segera setelah pasien diare.	s : - o : - Area perineal tetap kering, tidak ada tanda iritasi atau kemerahan, menunjukkan perawatan dilakukan secara tepat.	Apri
Rabu	Defisit	- Mengidentifikasi	s : Ibu pasien mengatakan	
13/06/24	Pergetahuan	kesiapan dan kemampuan menerima informasi	sudah paham yang dijelaskan oleh perawat.	
14.00	(D-0111)		o : Ibu pasien tampak menjelaskan kembali isi edukasi secara runtut tanpa dibimbing.	Apri
15.00		- Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.	s : - o : Ibu pasien tampak menyimpan leaflet edukasi ke dalam tas	Apri
16.00		- Memberikan kesempatan untuk bertanya	s : Ibu mengatakan, "Alhamdulillah, sampai sekarang anak saya	

			tidak ada kemerahan diareal perineal, tetap bersih.																
			D : Ibu tidak mengajukan pertanyaan lanjutan karena merasa edukasi sudah cukup jelas.																
E. Evaluasi Keperawatan																			
Tgl / Waktu	Dx. Keper	Evaluasi (SOAP)	Paraf																
Senin 16/06/21 08.00	Diare (D.0020)	<p>S : Ibu pasien mengatakan BAB cair lebih dari 6x/hari</p> <p>D : - frekuensi BAB 6x/hari konsistensi cair, dan ada lendir</p> <ul style="list-style-type: none"> - mukosa bibir kering - turgor kulit menurun - suhu 36,5°C - Nadi 110x/menit - Respirasi 24x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>konsistensi feses</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>frekuensi defekasi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri abdomen</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, konsistensi dan jumlah BAB - Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi. 	Indikator	IR	ER	konsistensi feses	1	5	frekuensi defekasi	1	5	Peristaltik usus	1	5	Nyeri abdomen	1	5		
Indikator	IR	ER																	
konsistensi feses	1	5																	
frekuensi defekasi	1	5																	
Peristaltik usus	1	5																	
Nyeri abdomen	1	5																	
Senin 16/06/21 09.00	Risiko Gangguan integritas kulit (D.0139)	<p>S : Ibu pasien mengatakan tidak ada kemerahan diareal perineal, tetapi ibu pasien khawatir dikarenakan BAB lebih dari 6x/hari</p> <p>D : kulit area perineal tampak utuh dan bersih, tidak ada kemerahan atau lecet, suhu 36,6°C Nadi 110x/menit, Respirasi 24x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p>																	

			Indikator	IK	EF
			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	Defisit	S : ibu pasien mengatakan baru Pertama			
16/06/25	Pengetahuan	kali ke rumah sakit dikarenakan			
10.00		pasien BAB lebih dari 6x/hari			
		ibu pasien mengatakan dirinya			
		merasa cemas.			
		D : - Pasien tampak lemas.			
		- Ibu pasien tampak belum			
		tau cara membersihkan Perineal			
		dengan benar.			
		- suhu : 36.5°C			
		- Nadi : 110x /menit			
		- Respirasi : 24x /menit.			
		A : masalah belum teratasi			
		Indikator	IK	EF	
		Perilaku sesuai anjuran	1	5	
		Pertanyaan tentang	1	5	
		masalah yang dihadapi			
		Persepsi yang keliru	1	5	
		terhadap masalah			
		P : lanjutkan intervensi			
		- memberikan edukasi terkait			
		pencegahan iritasi kulit akibat			
		diare pada anak.			
		- Sediakan leaflet dan berikan			
		kesempatan ibu untuk bertanya.			
Selasa	Diare	S : Ibu pasien mengatakan BAB masih cair,			
17/06/25	(D.0020)	tapi frekuensinya berkurang jadi 4x/hari			
08.00		D : - frekuensi BAB 4x/hari			
		- konsistensi masih cair, tanpa lendir.			

		<ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir mulai membasah - Turgor kulit membaik - suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - Nadi $105 \times / \text{menit}$ - Respirasi $22 \times / \text{menit}$ <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</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>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kondisi kulit - Mengevaluasi kembali tentang pencegahan intari kulit akibat diare pada anak. 	Indikator	IR	ER	konsistensi feses	3	5	frekuensi defekasi	3	5	Peristaltik usus	3	5	Nyeri abdomen	3	5				
Indikator	IR	ER																			
konsistensi feses	3	5																			
frekuensi defekasi	3	5																			
Peristaltik usus	3	5																			
Nyeri abdomen	3	5																			
Selasa 17/06/21 09.00	Risiko Gangguan Integritas kulit (0-013)	<p>s : Ibu pasien mengatakan area perineal bersih dan anak tampak nyaman</p> <p>o : Kulit perineal tetap utuh, tidak ada kemerahan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - frekuensi BAB menurun menjadi $4 \times / \text{hari}$ <p>Anak tampak kooperatif, suhu $36,8^{\circ}\text{C}$, Nadi $110 \times / \text{menit}$, Respirasi $22 \times / \text{menit}$.</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>suhu kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>sensasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>tidak ada ruam/intiasi</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> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor kondisi kulit - Mengevaluasi kembali tentang pencegahan intasi kulit akibat diare pada anak 	Indikator	IR	ER	suhu kulit	3	5	sensasi	3	5	tidak ada ruam/intiasi	3	5	tidak ada tanda infeksi kulit	3	5	tidak ada nyeri kulit	3	5	
Indikator	IR	ER																			
suhu kulit	3	5																			
sensasi	3	5																			
tidak ada ruam/intiasi	3	5																			
tidak ada tanda infeksi kulit	3	5																			
tidak ada nyeri kulit	3	5																			

			BAB.		
	selara	Defisit	s. Ibu Pasien mengatakan mulai mengerti		
	17/06/21	Pengetahuan	caru membersihkan area perineal dan		
	10.00	(D.011)	merasa lebih tenang setelah dijelaskan		
			D : - Ibu tampak mengikuti instruksi		
			Pembelajaran pembersihan perineal		
			dengan air hangat dan		
			menepuk dengan lembut.		
			A : masalah teratasi sebagian		
			Indikator	IK	EK
			Perilaku sesuai anjuran	3	5
			Pertanyaan tentang	3	5
			masalah yang dihadapi		
			Perspsi yang keliru	3	5
			terhadap masalah		
			P : lanjutkan intervensi		
			- melanjutkan edukasi		
			- melanjutkan pemantauan anak dan		
			respons ibu terhadap edukasi		
	Kabu	Diare	s : Ibu pasien mengatakan anak		
	10/06/21	(D.6020)	sudah BAB normal hanya 1-2 kali,		
	00.00		dan tidak cair lagi.		
			D : - frekuensi BAB 1-2x/hari		
			- konsistensi normal / lembek tidak		
			ada lendir, - mukosa bibir lembab,		
			makan dan minum baik.		
			- suhu 36,5°C, Nadi 90x/menit, Respira-		
			si 20x/menit.		
			A : masalah teratasi		
			Indikator	IK	EK
			konsistensi feses	4	5
			frekuensi defekasi	4	5
			Peristaltik usus	4	5
			nyeri abdomen	4	5
			P : Hentikan intervensi pasien		
			diberikan pulang.		



Rabu	Risiko	s : Ibu pasien mengatakan area perineal																		
10/06/19	Gangguan	anak tetap bersih dan tidak tampak																		
09.00	Integritas kulit (D.0139)	iritasi																		
		D : kulit Perineal bersih, tidak ada ruam, kemerahan atau lecet.																		
		- Suhu 36,5°C																		
		- Nadi 100 x / menit																		
		- Respirasi 22 x / menit																		
		A : Masalah teratasi																		
		<table border="1"> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>EP</th> </tr> <tr> <td>suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>sensasi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>tidak ada ruam / iritasi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>tidak ada tanda iritasi kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>tidak ada nyeri kulit.</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Indikator	IK	EP	suhu kulit	4	5	sensasi	4	5	tidak ada ruam / iritasi	4	5	tidak ada tanda iritasi kulit	4	5	tidak ada nyeri kulit.	4	5
Indikator	IK	EP																		
suhu kulit	4	5																		
sensasi	4	5																		
tidak ada ruam / iritasi	4	5																		
tidak ada tanda iritasi kulit	4	5																		
tidak ada nyeri kulit.	4	5																		
		P : Hentikan Intervensi pasien dibolehkan pulang.																		
Rabu	Defisit	s : Ibu pasien mengatakan sudah																		
10/06/19	Pengetahuan	paham cara merawat area Perineal																		
10.00	(D.0111)	O : Ibu pasien tampak yakin dan																		
		stap																		
		- 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																		
		<table border="1"> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>EP</th> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Persepsi yang keliru terhadap masalah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Indikator	IK	EP	Perilaku sesuai anjuran	4	5	Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	4	5	Persepsi yang keliru terhadap masalah	4	5						
Indikator	IK	EP																		
Perilaku sesuai anjuran	4	5																		
Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	4	5																		
Persepsi yang keliru terhadap masalah	4	5																		
		P : Hentikan Intervensi Pasien Pulang.																		



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	$10^6/\mu\text{L}$	
HIL				
Eosinofil	0.9%	1 - 4	%	
Neutrofil	20.5	20 - 40	%	
Basofil	0.2	0 - 1	%	
Limfosit	72.3	40 - 70	%	
Monosit	6.1	2 - 8	%	
MCV	83.3	78 - 102	fL	
MCH	28.8	23 - 31	pg	
MCHc	34.6	30 - 36	%	