

LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai KTI / TA yang akan dilakukan oleh : KALISHA WIRDIYANI dengan judul : "Penerapan Uap *Peppermint Oil* Sebagai Terapi Nonfarmakologis Pada Anak Asma Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Diruangan Melati 5 RSUD Dokter Soekardjo".

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada KTI / TA ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama studi kasus KTI / TA ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

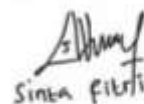
Pelaksana,

April 2026

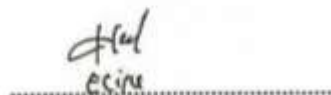
Yang memberikan persetujuan



KALISHA WIRDIYANI



Saksi



Lampiran 2 Penjelasan Sebelum Pelaksanaan KTI/TA

PENJELASAN SEBELUM PELAKSANAAN KTI / TA

1. Saya Kalisha Wirdiyani mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Program Studi Keperawatan Tasikmalaya, dengan ini meminta Bapak/Ibu/ Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam KTI / TA yang berjudul *PENERAPAN UAP PEPPERMINT OIL SEBAGAI TERAPI NONFARMAKOLOGIS PADA ANAK ASMA USIA PRASEKOLAH (3-6 TAHUN) DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS DIRUANGAN MELATI 5 RSUD DOKTER SOEKARDJO*.
2. Tujuan dari KTI / TA ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis efektivitas penerapan uap *peppermint oil* sebagai terapi nonfarmakologis dalam membantu meningkatkan bersihan jalan napas pada anak asma usia prasekola (3-6 tahun), yang dapat memberi manfaat berupa tambahan referensi ilmiah dan alternatif intervensi keperawatan nonfarmakologis dalam penatalaksanaan bersihan jalan napas pada anak asma.
3. KTI / TA ini akan berlangsung selama 3 hari. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi

tidak perlu khawatir karena KTI / TA ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.

4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam KTI/TA ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan pasien kelolaan ini silahkan menghubungi saya pada nomor HP :
0895337134601

Tasikmalaya, 2026

Pelaksana

Kalisha Wirdiyani

Lampiran 3 Sop Uap Peppermint Oil

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

UAP PEPPERMINT OIL

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR UAP PEPPERMINT OIL	
Judul	Penerapan Uap <i>Peppermint Oil</i> Sebagai Terapi Nonfarmakologis Pada Anak Asma Usia Prasekolah (3-6 Tahun) dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.	
Pengertian	<i>Peppermint Oil</i> adalah wewangian atau aromaterapi bebentuk essential oil untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.	
Tujuan	1. Sebagai acuan pemberian aromaterapi <i>peppermint</i> pada anak dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas. 2. Untuk mengencerkan lendir yang membuat anak menjadi sulit bernapas dan sesak sehingga menimbulkan perasaan lega dan mudah bernapas.	
Indikasi	Anak asma usia prasekolah (3-6 tahun) dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas	
Kontraindikasi	1. Anak dengan alergi <i>peppermint oil</i> 2. Fraktur di daerah hidung, maxilla, palatum oris	
Pelaksanaan	1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pada pasien. 2. Menjelaskan mengenai prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan pada anak atau orang tua untuk bertanya 3. Memeberikan suasana yang nyaman dan tenang pada pasien.	
Alat dan bahan	1. Alat <i>diffuser</i>  2. <i>Peppermint oil</i>	

	 3. <i>Stetoskop</i> 4. <i>Tissue</i> 5. Kain pengalas 6. <i>Handscoon</i>
Prosedur tindakan	Tahap pra interaksi 1. Mencuci tangan 2. Menyiapkan Alat Tahap Orientasi 1. Menyebutkan salam dan memperkenalkan diri 2. Melakukan konfirmasi identitas pasien 3. Menjelaskan tujuan tindakan 4. Menanyakan kesiapan dan persetujuan dari orang tua atau wali anak 5. Kontrak waktu 6. Mencuci tangan 7. Melakukan pemeriksaan sebelum dilakukan tindakan Tahap Kerja 1. Menjaga privasi klien dengan menutup sampiran 2. Mengatur posisi klien dengan posisi duduk 3. Memasang pengalas di baju pasien 4. Buka tutup diffuser, lalu masukan air mineral sebanyak 30ml kedalam diffuser setelah itu tambahkan <i>peppermint oil</i> sebanyak 5 tetes 5. Lalu tutup <i>diffuser</i>, dan colokan kabel listrik setelah itu pencil tombol on/of pada <i>diffuser</i> 6. Pastikan terlebih dahulu uap keluar, lalu perintahkan anak untuk melakukan inspirasi atau menghirup uap <i>peppermint oil</i> Perhatian: 1. Tetap mendampingi pasien anak selama prosedur tindakan berlangsung dan tidak meninggalkan pasien. 2. Observasi adanya reaksi klien apabila terjadi efek samping obat. Tahap Terminasi 1. Setelah dilakukan tidankan uap <i>Peppermint oil</i> sealam 10 menit lakukan evaluasi hasil tindakan 2. Lakukan pemeriksaan kembali dengan lembar observasi dilakukan selama 15-30 menit setelah pemberian uap <i>peppermint oil</i> 3. Merapihkan alat kembali 4. Mencuci tangan 5. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya 6. Berpamitan dengan pasien 7. Melakukan dokumentasi keperawatan.

Evaluasi yang diharapkan	1. Setelah dilakukan tindakan terapi uap <i>peppermint oil</i> diharapkan sesak pada anak berkurang 2. Setelah dilakukan tindakan terapi uap <i>peppermint oil</i> diharapkan tidak ada suara napas tambahan pada anak 3. Setelah dilakukan tindakan terapi uap <i>peppermint oil</i> diharapkan sputum pada anak berkurang dan bersihan jalan napas membaik 4. Setelah dilakukan tindakan terapi uap <i>peppermint oil</i> diharapkan pola napas membaik 5. Setelah dilakukan tindakan terapi uap <i>peppermint oil</i> diharapkan tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.
--------------------------	---

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan

FORMAT PENGKAJIAN ANAK				
a. DATA DEMOGRAFI				
1. Identitas klien		2. Identitas Orang Tua		
Nama Lengkap : An. S Nama Panggilan : An. S Nama Keluarga : Umur/Tgl lahir : 3 tahun 7 bulan 23 hari/05 September 2022 Jenis Kelamin : Perempuan Anak Ke : 1 Agama : Islam No. Rekam Medik : 23083541 Tgl Masuk : 29 April 2026 Tgl Pengkajian : 30 April 2026 Ruang Rawat : Melati 5 Alamat : Kp. Cilangkap, Manonjaya, Kab.Tasikmalaya Lama Tinggal : 4 Tahun Diagnosis Medis : Asma		Sumber Data : Orang tua pasien		
		☐ Lain-lain	☒ Ibu	☒ Bapak
		Nama :	Ny. S	Tn. I
		Umur :	27 thn	32 Tahun
		Pendidikan :	SMK	SMK
		Pekerjaan :	Ibu rumah tangga	Buruh harian lepas
		Agama :	Islam	Islam
		Suku/bangsa :	Sunda	Sunda
		Alamat :	Kp. Cilangkap, Manonjaya, Kab.Tasikmalaya	Kp. Cilangkap, Manonjaya, Kab.Tasikmalaya
		No. Hp/Telp :	082320864889	-
		Hubungan dengan Klien		
		☒ Kadung	☐ Adopsi	
		☐ Anak Asuh		
		Tipe Keluarga :		
		☒ Nuclear (Keluarga inti)	☐ Extended (keluarga besar)	
		☐ Lain-lain		
B. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI				
1. Keluhan Utama/ Alasan Masuk Rumah Sakit				
1. Keluhan utama/ Alasan masuk Rumah Sakit : Ibu klien mengatakan anaknya dibawa ke IGD pada tanggal 29, April 2026 pada pukul 11.00 siang dengan keluhan batuk dan pilek dan disertai sesak napas dan terlihat retraksi dinding dada 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan demam sudah 5 hari naik turun. 2. Riwayat penyakit saat ini : Ibu klien mengatakan anaknya masih mengalami batuk, pilek dan susah mengeluarkan dahak. disertai demam				
2. Riwayat Penyakit Saat ini				
Faktor yang memperberat	: Ibu klien mengatakan faktor yang memperberat yaitu saat klien beraktivitas			
Faktor yang mengurangi	: Ibu klien mengatakan faktor yang mengurangi keluhan yaitu memberikan kayu putih pada klien			
Kuantitas/kualitas keluhan	: Sesak yang dirasakan berat seperti dada tertindih			
Area keluhan	: Pernafasan dan thoraks			
Waktu keluhan	: Tidak menentu tetapi lebih sering dirasakan pada saat malam hari			

C. RIWAYAT MASA LAMPAU				
Penyakit yang di alami	: Ibu klien mengatakan klien tidak pernah mengalami penyakit apapun sebelumnya			
Trauma/kecelakaan	: Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak pernah mengalami trauma kecelakaan			
Pengobatan	: Ibu klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat mengkonsumsi obat-obatan			
Hospitalisasi	: Ibu klien mengatakan anaknya baru pertama kali di rawat di Rumah Sakit			
Operasi	: Ibu klien mengatakan klien belum pernah memiliki riwayat oprasi			
Alergi	: Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat alergi apapun			
D. RIWAYAT REPRODUKSI				
a. Prenatal				
Usia ibu saat hamil	: 24 Tahun			
Keluhan selama hamil	: Mual muntah			
Jenis jamu/obat yang digunakan	: Mengonsumsi obat tablet tambah darah			
Penyakit yang diderita selama hamil	: Tidak ada			
Riwayat keguguran	: Tidak ada			
GPA	: G1P1A0			
Memeriksa kehamilan ke	☐ Dukun	☒ Bidan	☐ Dokter umum	☐ Dokter spesialis
b. Intranatal				
Umur Kehamilan	: 41 Minggu			
Cara kelahiran	: Normal			
Lama kelahiran	: 2 Jam			
Penolong persalinan	: Bidan			
Tempat persalinan	: Puskesmas			
Kesulitan persalinan	: Tidak ada			
c. Postnatal				
APGAR Skor	: 9			
Bonding Attachment	: Tidak terkaji			
PB/BB/LK/LD/ Waktu lahir	: 49 cm/2.600 gram/34 cm/ 32 cm			
Masalah pada bayi	:Tidak ada			
E. RIWAYAT KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA				
Penyakit keturunan	☒ Ya	☐ Tidak	Nama penyakit Asma	
Penyakit yang sama dengan anak	☒ Ya	☐ Tidak	Nama penyakit Asma	

Genogram

Keterangan:

: laki-laki
 : perempuan
 : tinggal serumah
 : pasien
 : Meninggal

F. PEMANTAUAN KESEHATAN					
Kunjungan ke Posyandu	: Ibu klien mengatakan bahwa klien selalu di bawa ke posyandu di daerah terdekatnya untuk di lakukan pemeriksaan tumbuh kembang dan melakukan imunisasi				
Riwayat Imunisasi	:				
Jenis Imunisasi	Pemberian				
HB	✓ HB0	✓ HB1	✓ HB2	✓ HB3	☐ Tidak Imunisasi
BCG	✓ BCG				☐ Tidak Imunisasi
Polio	✓ Polio 1	✓ Polio 2	✓ Polio 3	✓ Polio 4	☐ Tidak Imunisasi
DPT	✓ DPT 1	✓ DPT 2	✓ DPT 3		☐ Tidak Imunisasi
Campak	✓ Campak	Belum			☐ Tidak Imunisasi
Imunisasi Lain	: Tidak ada				
G. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG					
Mengangkat kepala	:				
Tengkurap	:				
Duduk	:				

Merangkak	:	
Berdiri	:	
Berjalan	:	
Tidak mengompol	:	
Pertumbuhan gigi	:	
Gangguan tumbang yang lain	:	

Aktivitas Sehari-Hari		
1. Nutrisi		
Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis makanan	Nasi, ayam, lauk, sayur	Nasi, ayam, lauk, sayur, tahu
Cara pemberian	Oral	Oral
Frekuensi makan	3x/hari	3x/hari
Porsi yang dihabiskan	Sedang	Sedang
Pantangan	Tidak ada	Cokelat
Kesulitan makan	Tidak ada	Tidak ada
2. Cairan		
Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis minuman	Air putih	Air putih
Frekuensi minum	5-6 gelas/hari	2-3 botol air mineral/hari
Kebutuhan cairan dalam 24 jam	1.200-1.300 ml	
3. Eliminasi		
BA B	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (melalui anus/stoma)	Anus	Anus
Frekuensi	1-2x sehari	1x sehari
Konsistensi	Khas	Khas
Warna/bau	Khas	Khas
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Upaya menangani	Tidak ada	Tidak ada
BA K	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (spontan/kateter)	Sepontan	Sepontan
Frekuensi	4-5 x sehari	2-3x sehari
Warna/bau	Kuning jernih	Kuning jernih
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Upaya menangani	Tidak ada	Tidak ada
4. Aktivitas dan Istirahat		
Istirahat dan tidur	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Lama tidur	Siang: 2-3 jam Malam: 8-9 jam	Siang: 1-2 jam Malam: 7-8 jam
Kebiasaan sebelum tidur	Tidak ada	Tidak ada
Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada
Aktivitas	Sebelum Sakit	Selama Sakit

Aktivitas (mandiri/dibantu)	Di bantu	Di bantu
Pergerakan (Bebas/terbatas)	Bebas	Terbatas
Masalah Pergerakan	Tidak ada	Terpasang infus

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Pain Mild Moderate Severe Very Severe Worst Pain Possible

0 1-3 4-6 7-9 10

- Lokasi :
- Durasi :
- Frekuensi :
- Karakteristik :
- Nyeri hilang, bila :
 - ☐ Minum obat
 - ☒ Istirahat
 - ☐ Mendengarkan music
 - ☐ Berubah posisi/tidur
 - ☐ Lain-lain, sebutkan:

H. PEMERIKSAAN FISIK

Tanda Vital				Kesadaran			
TD	: -	Suhu	: 38,3°C	GCS	E: 4	V: 5	M: 6
Nadi	: 135x/menit	RR	: 59 x menit	Kesadaran	☒ Compos mentis	☐ Somnolen	☐ Sopor koma
SpO2	: 85%				☐ Sopor	☐ Apatis	☐ Koma
Antropometri					☐	☐	☐
BB	: 13 Kg	LILA	: 14,5 cm				
TB/PB	: 94,5 cm	LD	: 50,5 cm				
LK	: 48,5 cm	LP	: 55 cm				
a. Kepala	Bentuk Kepala	☒ Normocephal	☐ Mikrocephal	☐ Makrocephal	☐ Lain-lain		
	Fontanela	☐ Lunak	☒ Keras	☐ Datar	☐ Cembung/cekung		
	Bentuk wajah	☒ Simetris	☐ Asimetris	☐ Nyeri	☐ Tidak nyeri		
Lainnya :							
b. Rambut	☐ Tipis	☒ Tebal	☐ Kasar	☐ Kotor	☐ Normal		
	1) Warna hitam	☐ Warna pirang	☐ Lainnya:				
c. Mata	Bentuk	☒ Simetris	☐ Asimetris	☐ Eksoftalmus	☐ Normal		
	Konjungtiva	☐ Anemis	☒ Merah muda	☐ Lainnya			
	Sklera	☐ Ikterik	☒ Tidak ikterik	☐ Lainnya			
	Kelopak mata	☐ Edema	☒ Normal	☐ Cekung	☐ Lainnya		
	Refleks cahaya	☒ Ada	☐ Tidak ada	☐ Lainnya			
	Pupil	☒ Miosis	☐ Midriasi	☐ Pint point	☐ Lainnya		
	Iris	☒ Normal	☐ Berdarah	☐ Lainnya			
Lainnya :							
d. Hidung	Bentuk	☒ Simetris	☐ Asimetris	☐ Lainnya			
	Pernafasan cuping hidung	☒ Ada	☐ Tidak ada	☐ Lainnya			
	Sekret	☒ Ada	☐ Tidak ada	☐ Lainnya			
e. Mulut	☐ Sianosis	☐ Bibir sumbing	☐ Hipersalivasi	☐ Mukosa bibir kering	☒ Mukosa bibir lembab		

	☐ Caries gigi	☐ Gusi berdarah	☐ Lidah kotor	☐ Lainnya	
f. Leher	☐ Tumor	☐ Webbed Neck	☐ Spasme otot	☐ Pembesaran kelenjar tiroid	☐ Pembesaran vena jugularis
	☐ Peradangan tonsil	1. Lainnya: Normal			
g. Dada	☐ Piggeon Chest	☐ Barrel chest	☐ Funnel chest	☐ Turner chest	☐ Normal
	☐ Pergerakan dada simetris	☐ Pergerakan dada asimetris	✓ Ada retraksi dinding dada	☐ Lainnya	
h. Payudara	☐ Witch Milk	☐ Peradangan	✓ Simetris	☐ Asimetris	☐ Normal
i. Paru	✓ Retraksi dada	☐ Wheezing	✓ Ronkhi	☐ Respirasi spontan	☐ Respirasi dengan alat bantu
	☐ Vesikuler	☐ Perkusi sonor	✓ Hipersonor	☐ Dullness	☐ Lainnya:
j. Jantung	☐ Pembesaran iktus kordis	☐ Nyeri	✓ BJ 1 & 2 Normal	☐ Gallop	☐ Mur-mur
	☐ Perkusi : Dullnes				
	☐ Auskultasi : Lup-dup normal				
k. Abdomen	☐ Konstipasi	☐ Prune Belly	☐ Asites	☐ Distensi abdomen	✓ Normal
	Tali pusat	☐ Basah	☐ Kering	☐ Berdarah	☐ Berbau
		☐ Keluar cairan	☐ Normal	☐ Lainnya	
	☐ Hepatomegali	☐ Mc Burney positif	☐ Splenomegali	☐ Lainnya	
	☐ Bising usus : 28x/menit				
	Perkusi	✓ Tympani	☐ Pekak	☐ Lainnya	
l. Genetalia	☐ Hipospadia	☐ Hidrokel	☐ Pseudo menstruasi	✓ Bersih	☐ Kotor
	☐ Lainnya				
m. Anus	☐ Atersia ani	☐ Peradangan	✓ Lainnya: Normal		
n. Ektremitas dan Tulang Belakang	☐ Meningocel	☐ Skoliosis	☐ Myelomeningocele	☐ Spina bifida	✓ Normal
	Kelainan tulang	☐ Kifosis	☐ Lordosis	☐ Skoliosis	✓ Lainnya
	Kekuatan otot	☐ Ka atas	☐ Kiri atas	☐ Kanan bawah	☐ Kiri bawah
o. Kulit dan kuku	Warna kulit	☐ Pink	☐ Pucat	☐ Ikterus	☐ Mottled
		☐ Kulit tipis	☐ Lainnya :	☐ sianosis	☐ Kemerahan
		☐ Ada tanda lahir	Turgor kulit < 2 detik	☐ Edema	✓ Lainnya : Warna kulit putih
	☐ CRT (Capillary refill time) : < 2 detik				
	☐ Lainnya :				

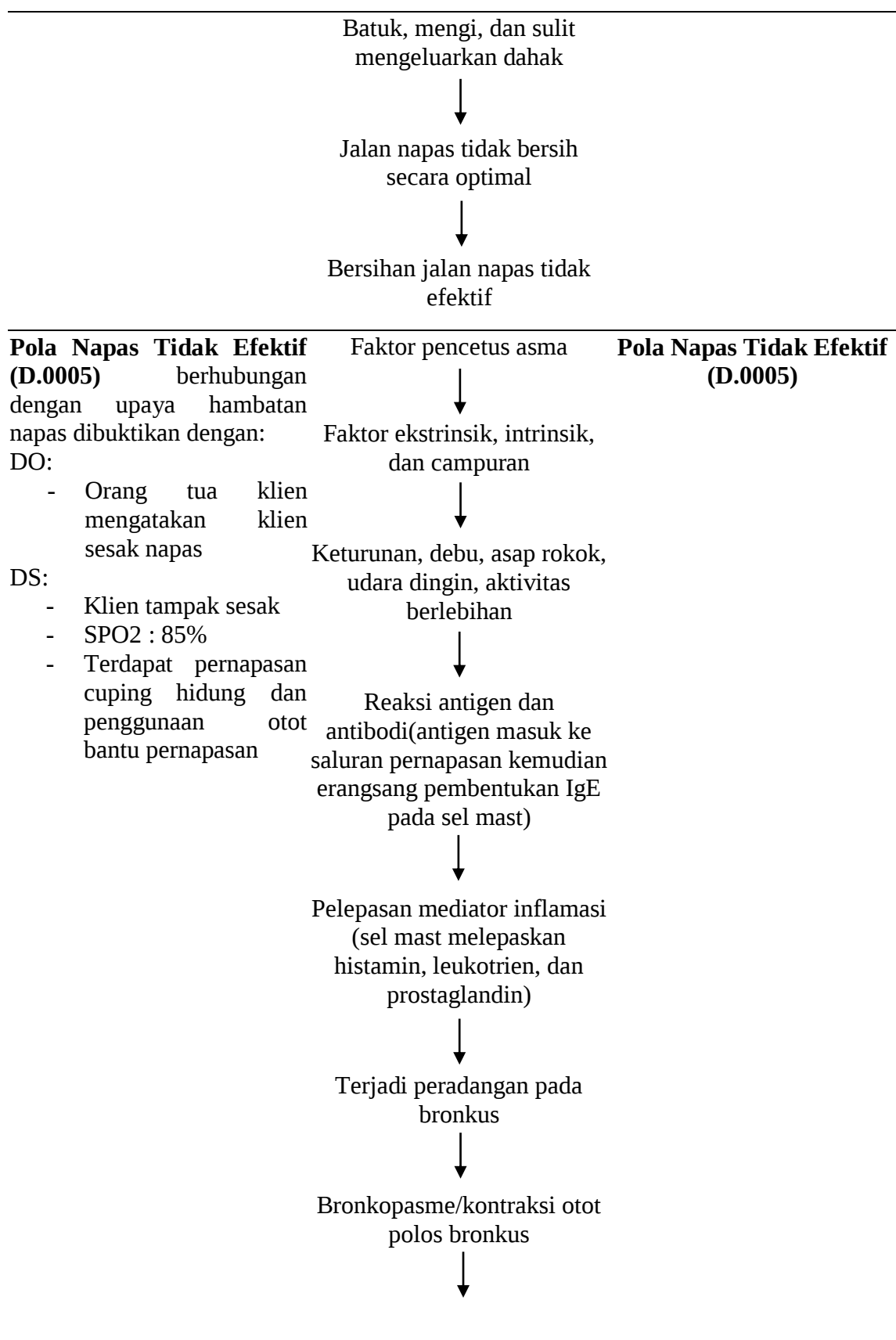
p. Penilaian icterus neonatorum	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Area Tubuh</th> <th>Kadar Bilirubin (mg/dL)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kepala dan leher</td> <td>4-8</td> </tr> <tr> <td>Kulit tubuh di atas pusar</td> <td>5-12</td> </tr> <tr> <td>Kulit tubuh di bawah pusar dan paha</td> <td>8-16</td> </tr> <tr> <td>Lengan dan tungkai</td> <td>11-18</td> </tr> <tr> <td>Telapak tangan dan telapak kaki</td> <td>> 15</td> </tr> </tbody> </table> Derajat Ikterus: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5					Area Tubuh	Kadar Bilirubin (mg/dL)	Kepala dan leher	4-8	Kulit tubuh di atas pusar	5-12	Kulit tubuh di bawah pusar dan paha	8-16	Lengan dan tungkai	11-18	Telapak tangan dan telapak kaki	> 15
Area Tubuh	Kadar Bilirubin (mg/dL)																
Kepala dan leher	4-8																
Kulit tubuh di atas pusar	5-12																
Kulit tubuh di bawah pusar dan paha	8-16																
Lengan dan tungkai	11-18																
Telapak tangan dan telapak kaki	> 15																
q. Refleks	☐ Moro	☐ Sucking	☐ Rooting	☒ Swallowing	☒ Gag												
	☒ Palmar	☒ Plantar	☐ Perez	☐ Walking	☐ Tonik neck												
	☒ Bisep	☒ Trisep	☒ Babinski	☒ Achilles	☐ Kernig sign												
	☐ Brudzinkski	☐ Abdomen	☐ Lainnya														
r. Personal hygiene	☐ Mandi : Frekuensi																
	☒ Seka : Frekuensi 2 x/hari																
	☐ Sikat gigi : Frekuensi.....																
	☐ Keramas : Frekuensi.....																
Masalah yang ditemukan																	
Tidak ada masalah tambahan																	
1. Faktor Teknologi																	
a. Alat transportasi yang digunakan	☐ Jalan kaki	☒ Motor	☐ Mobil	☐ Andong	☐ Lain-lain												
b. Bahasa	☐ Jawa	☒ Indonesia	☐ Batak	☒ Lain-lain	☐												
c. Sarana ke fasilitas kesehatan	☐ Jalan Kaki	☒ Motor	☐ Mobil	☐ Transportasi umum	☐ Lain-lain												
d. Sarana hiburan keluarga	☐ Supermarket	☒ Tempat rekreasi	☐ Nonton TV	☐	☐												
e. Teknologi kesehatan di rumah	☐ Tersedia	☒ Tidak tersedia	☐ Nama alat kesehatan.....														
f. Persepsi keluarga tentang teknologi kesehatan	☒ Menerima	☐ Tidak menerima	☐ Alasan.....														
g. Persepsi tentang operasi	Orang tau klien mengatakan sangat takut mendengar tentang operasi, dan berharap tidak ada keluarganya yang mengalami hal tersebut																
h. Pemilihan pengobatan alternatif	Tidak ada pengobatan alternatif																
Masalah yang ditemukan																	
Tidak ada masalah yang ditemukan																	

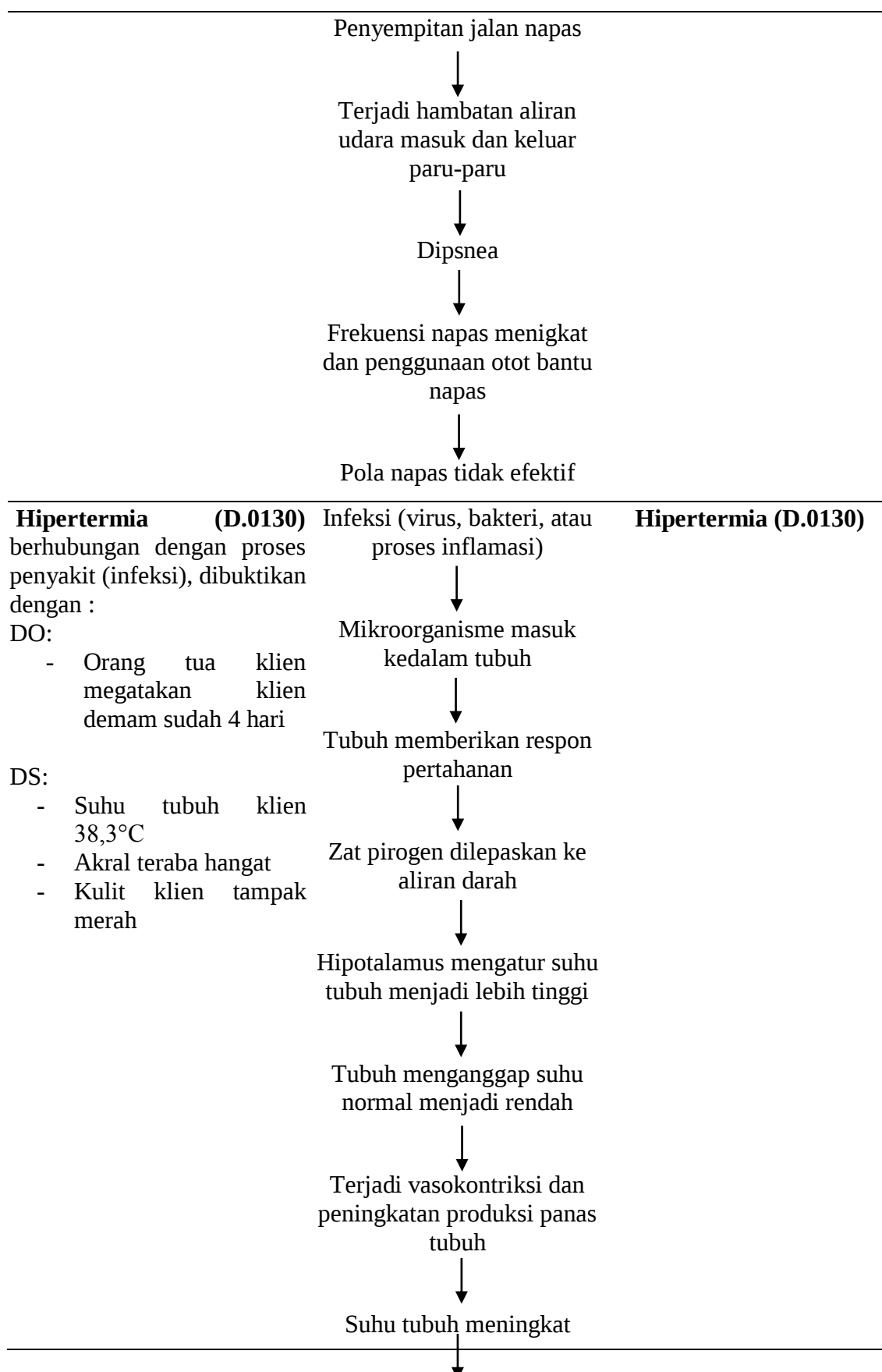
2. Faktor Agama dan Filosofi					
1. Agama	☒ Islam	☐ Kristen	☐ Protestan	☐ Hindu	☐ Budha
2. Keyakinan agama yang berhubungan dengan kesehatan	☐ Menolak diperiksa dengan lawan jenis		☐		
3. Persepsi klien terhadap sakit/ mati	☒ Cobaan	☐ Hukuman	☐ Reinkarnasi	☐ Lain-lain	☐
4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi sakit	☐ Rukiyah	☐ Diobati kyai/pendeta	☐ Minum air suci	☐ Mandi kembang	☒ Lain-lain
5. Keyakinan hidup klien	Orang tua klien mengatakan bahwa apa yang sedang dialami oleh anaknya merupakan ujian dari Allah SWT, orang tua klien selalu berdoa untuk kesembuhan klien.				
Masalah yang ditemukan Tidak ditemukan masalah yang lain					
3. Faktor Sosial dan Ikatan Keluarga (Kindship)					
a. Pernyataan Klien/orang lain tentang kesehatannya	☐ Buruk	☐ Kurang Baik	☒ Baik	☐ Sangat baik	.....
b. Jumlah saudara	1	2	3	☒ 4	.....
c. Klien di rumah tinggal dengan	☒ Orang tua	☐ Saudara	☐ Nenek	☐ Menumpang	.....
d. Tindakan yang dilakukan keluarga jika ada anggota keluarga sakit	☐ Menjenguk	☐ Memberi uang	☐ Membawa ke orang pintar	☒ Membawa ke pelayanan kesehatan	.....
e. Komunikasi					
1. Kualitas suara	☐ Kuat/nyaring	☐ Lembut	☒ Sedang	☐ Merintih	.....
2. Pelafalan dan pengucapan kata	☒ Jelas	☐ Serak	☐ Dialek	.....	.....
3. Penggunaan teknik diam dalam berbicara	☐ Jarang	☒ Kadang-kadang	☐ Sering	.....	.....
4. Waktu yang digunakan untuk diam	☒ Singkat	☐ Sedang	☐ Lama	☐ Tak diobservasi	.....
5. Penggunaan bahasa non verbal	☐ Gerakan tangan	☐ Gerakan badan	☐ Gerakan mata	☐ Kinetik	.....
PEMERIKSAAN PENUNJANG					
Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai Normal	Interpretasi	
1 Mei 2026	Hematologi Dengan Diff				
	Hemoglobin	12 g/dL	10,9-15 g/dL	Normal	
	Jumlah Lekosit	5,794/mm ³	5000 ~ 17,500/mm ³	Normal	
	Jumlah Entrosit	3.33 juta/mm ³	3.9-5,3juta/mm ³	Normal	
	Hematokrit	34 %	32 ~ 41%	Normal	
	Jumlah Trombosit	351,000/mm ³	150.000 ~ 450.000/mm ³	Normal	
	MCV	85 fL	78 ~ 87 fL	Normal	
	MCH	31 pg/cell	25 ~ 35 pg/cell	Normal	
	MCHC	33 g/dL	30 ~ 36	Normal	
	Jenis				
	Basofil	2%	2%	Normal	
	Eosinofil	1%	1 ~ 4%	Normal	
	Neutrofil batang	1%	3 – 5%	Normal	

	Neutrofil segmen Limfosit Monosit Gukosa Darah Sewaktu	34 % 41% 8% 99 mg/dL	25 -60% 30 ~ 45% 2 ~ 10% < 140	Normal	
PROGRAM TERAPI					
Tanggal Pemberian Terapi	Nama Obat	Jenis Obat	Sediaan	Dosis	Rute
29 April 2026	Ampicilin Paracetamol <i>Fulmicort</i> Ringer Laktat	Antibiotik Analgesik Kortikosteroid Kristaloid	1000mg 10 mg 0,25mg 500ml	4x650mg 150mg /12jam 15tpm	Intra vena Intra vena Inhalasi Intravena
Tanggal : 29 April 2026 Pukul :					
Mengetahui Ci Ruang,		Perawat yang Mengkaji			
(.....)		(.....)			
Nama Perawat & Tanda tangan		Nama Perawat & Tanda tangan			

I. Analisa Data

DATA	INTERPRETASI	MASALAH
Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0149) Berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan: DS: - Orang tua klien mengatakan klien batuk berdahak dan flu - Orang tua klien mengatakan bahwa klien tidak bisa mengeluarkan dahak DO: - Klien tampak batuk berdahak disertai flu - Klien tampak sulit mengeluarkan dahak	Faktor pencetus asma ↓ Faktor ekstrinsik, intrinsik, dan campuran ↓ Keturunan, debu, asap rokok, udara dingin, aktivitas berlebihan ↓ Reaksi antigen dan antibodi(antigen masuk ke saluran pernapasan kemudian erangsang pembentukan IgE pada sel mast) ↓ Pelepasan mediator inflamasi (sel mast melepaskan histamin, leukotrien, dan prostaglandin) ↓ Terjadi peradangan pada bronkus ↓ Peningkatan produksi sekret ↓ Penumpukan lendir pada bronkus ↓ Obstruksi atau sumbatan jalan napas ↓	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0149)





Muncul tanda dan gejala
(demam, akral teraba hangat,
kemerahan dikulit, nadi dan
napas meningkat)



Hipertermia

J. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan Prioritas)	Tanggal Ditemuka	Paraf Perawat
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d klien batuk berdak dan flu serta klien tampak sulit mengeluarkan dahak	30, April 2026	
2.	Pola napas tidak efektif b.d upaya hambatan napas d.d klien tampak seesak, Spo2 85%, terdapat pernapasan cuping hidung dan terdapat penggunaan otot bantu pernapasan	30, April 2026	
3.	Hipertermia b.d proses penyakit (infeksi) d.d Peningkatan suhu tubuh klien 38,3°C	30, April 2026	

C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (SDKI, SLKI, SIKI)

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi		Evaluasi	
	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0149)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum menurun (5) 2. Dipsnea membaik (5) 3. Frekuensi napas membaik (5) 4. Pola napas membaik (5)	Manajemen Asma (I.01010) Observasi 1. Monitor frekuensi dan kedalaman napas 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Wheezing</i> , mengi) 3. Monitor saturasi oksigen Terapeutik 4. Berikan posisi semi fowler 30-45 5. Lakukan intervensi uap <i>peppermint oil</i> Edukasi 6. Anjurkan bernapas lambat Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator sesuai indikasi	Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya perubahan pola napas dan mendeteksi dini terjadinya gangguan pernapasan pada pasien 2. Untuk menegetahui adanya penyempitan jalan napas akibat bronkopasme atau penumpukan sekret 3. Untuk menilai kecukupan oksigen dalam darah serta mendeteksi hiposekemia sejak Terapeutik: 4. Untuk membantu memperluas	Pagi : Tasikmalaya, 30 April 2026 Pukul 10.00 WIB Observasi: 1. Memonitor frekuensi dan kedalam napas Hasil: Frekuensi napas 54x/menit 2. Menonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdapat suara napas tambahan <i>ronkhi</i> . 3. Memonitor saturasi oksigen Hasil: Spo2 88% 11.00 WIB Terapeutik: 4. Memberikan posisi semi fowler 30-45° Hasil: Klien tampak nyaman 5. Melakukan intervensi	Pagi: S: Ibu klien mengatakan An.S masih sesak napas, masih batuk berdahak, dahak belum keluar O: Rr: 54x/menit, spo2 88%, dahak belum keluar, serta saat di auskultasi dahak masih menumpuk di kedua dada pasien, dan terdapat suara napas tambahan <i>ronkhi</i> . A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
	(mis. Albuterol, metaprotereno) pengembangan paru sehingga mempermudah proses pernapasan dan mengurangi sesak 5. Untuk membantu melegakan saluran pernapasan, mengurangi sesak, dan membvantu pengeluaran sekret sehingga jalan napas lebih efektif. Edukasi: 6. Untuk membantu meningkatkan ventilasi paru, mengurangi sesak napas, dan membantu pasien lebih rileks saat bernapas Kolaborasi: 7. Untuk membantu melebarkan bronkus, dan memperbaiki aliran udara sehingga pernapasan	uap <i>peppermint oil</i> Hasil: Keluarga menyetujui tindakan yang akan dilakukan dan mengatakan sudah paham dengan tujuan dan cara tindakan uap <i>peppermint oil</i>,dahak belum keluar Edukasi: 6. Menganjurkan bernapas lambat Hasil: Pasien tampak belum bisa mengikuti perintah. 12.00 WIB Kolaborasi: 7. Memberikan terapi <i>nebulizer</i> meggunakan <i>fulmicort</i> Hasil: Keluarga menerima tindakan yang akan dilakukan	

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
	menjadi efektif.	lebih	
		Sore : Tasikmalaya, 30 April 2026 Pukul 15.00 WIB Observasi: 1. Memonitor frekuensi dan kedalam napas Hasil: 51x/menit 2. Menonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdapat suara napas tambahan ronkhi 3. Memonitor saturasi oksigen Hasil: Spo2 88% 15.50 WIB Terapeutik 4. Memberikan posisi semi fowler Hasil: Klien tampak nyaman 5. Melakukan intervensi uap <i>peppermint oil</i> Hasil: Keluarga menyetujui tindakan yang akan dilakukan	Sore: S: Ibu klien mengatakan An.S masih sesak napas, masih batuk berdahak, dahak masih belum keluar. O: Rr 51x/menit, Spo2 88%, dahak belum keluar, saat di auskultasi dahak masih ada di kanan dan kiri dada pasien, masih terdapat suara napas tambahan <i>ronkhi</i> A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
		dan mengatakan sudah paham dengan tujuan dan cara tindakan uap <i>peppermint oil</i>, dahak belum keluar Edukasi: 6. Mengajarkan bernapas lambat Hasil: Pasien tampak belum bisa mengikuti perintah. 20.00 WIB Kolaborasi: 7. Memberikan terapi <i>nebulizer</i> menggunakan <i>fulmicort</i> Hasil: Keluarga menerima tindakan yang akan dilakukan	
Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:	Manajemen Jalan Napas Observasi: (I.010111) Observasi 1. Monitor pola napas (Frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1. Untuk mengetahui perubahan status pernapasan serta mendeteksi dini adanya gangguan Pagi: Tasikmalaya, 30 April 2026 Pukul 10.00 WIB	PAGI: Tasikmalaya, 30 April 2026 S : Ibu klien mengatakan An.S masih sesak

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
	1. Dipsnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun (5) 3. Pernapasan cuping hidung menurun (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, <i>ronkhi</i> kering) 3. Posisikan semi-fowler atau fowler 4. Berikan oksigen 5. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Terapeutik Edukasi	2. Untuk mengetahui adanya penyempitan jalan napas akibat bronkopasme atau penumpukan sekret 3. Untuk membantu memperluas pengembangan paru sehingga mempermudah proses pernapasan dan mengurangi sesak 4. Untuk meningkatkan ekspansi paru sehingga mempermudah pernapasan dan mengurangi sesak 5. Untuk membantu mengencerkan sekret sehingga lebih mudah dikeluarkan dari jalan napas 6. Untuk membantu melebarkan jalan napas, Observasi: 1. Memonitor pola napas Hasil: Rr 54x/menit, napas cepat dan dangkal, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan dan terdapat pernapasan cuping hidung. 2. Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdapat suara napas tambahan <i>ronkhi</i> 11.00 WIB Terapeutik: 3. Memberikan posisi semi fowler Hasil: Klien tampak nyaman 4. Memberikan oksigen Hasil: Keluarga pasien menerima tindakan untuk dilakukan pemasangan oksigen, An. S terpasang <i>nasal canul</i> 2lpm	O : An.S masih tampak sesak, masih terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, masih terdapat pernapasan cuping hidung, Rr 57 x/menit, pola napas masih abnormal (Takipnea), terpasang <i>nasal canul</i> 2lpm A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
	menegencerkan sekret.	11.30 WIB Edukasi: 5. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Hasil: Keluarga pasien mengerti dan akan melaksanakan anjuran yang diberikan SORE: Tasikmalaya, 30 April 2026 Pukul 15.00 WIB Observasi: 1. Memonitor pola napas Hasil: Rr 51x/menit, napas cepat dan dangkal, masih terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, dan terdapat pernapasan cuping hidung. 2. Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdapat suara napas tambahan <i>ronkhi</i>	SORE: S : Ibu klien mengatakan An.S masih sesak O : An.S masih tampak sesak, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat pernapasan cuping hidung, Rr 51 x/menit, pola napas masih abnormal (Takipnea), terpasang <i>nasal canul</i> 2lpm A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
		15.50 WIB Terapeutik: - Memberikan posisi semi fowler Hasil: Klien tampak nyaman - Memberikan oksigen: Hasil: klien tampak masih sesak dan terpasang oksigen nasal canul 2lpm	
		15.40 Edukasi: - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Hasil: Keluarga pasien mengerti dan akan melaksanakan anjuran yang diberikan	
Hipertermia (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertemia dapat teratasi dengan kriteria hasil: Kulit merah menurun (5) Suhu tubuh membaik (5)	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi - Monitor suhu tubuh Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin	Observasi: - Untuk mengetahui perubahan suhu dan memantau perkembangan kondisi hipertermia pada pasien. PAGI: Tasikmalaya, 30 April 2026 Pukul 10.00 WIB Observasi - Memonitor suhu tubuh Hasil: Suhu tubuh klien 38,0 , akral teraba sedikit
			PAGI: Tasikmalaya, 30 April 2026 S: Orang tua klien menagatakan An.S masih ada sedikit demam O: Suhu tubuh klien 37,9,

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
	Suhu kulit membaik (5) 3. Longgarkan atau lepasakan pakaian 4. Berikan cairan oral 5. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Edukasi 6. Anjurkan tirah baring	hangat 11.00 WIB Terapeutik 2. menyediakan lingkungan yang dingin Hasil: Membuka pintu ruangan 3. Melonggarkan atau lepasakan pakaian Hasil: Klien tampak nyaman setelah berganti baju dengan baju yang longgar 4. Memberikan cairan oral Hasil: Klien mau meminum air putih 12.30 WIB 5. Melakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi, leher dan aksila) Hasil: Orang tua dan pasien pasien menyetujui tindakan yang diberikan Edukasi 6. Mengajukan tirah baring Hasil: Pasien tampak banyak istirahat dan tertidur SORE: Tasikmalaya, 30 April 2026 Pukul 15.00 WIB	akral masih teraba sedikit hangat, kemerahan di kulit berkurang A: Masalah hipertermia teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan SORE: S: Orang tua klien mengatakan An.S sudah tidak demam, dan orang tua klien mengatakan suhu tubuh klien sudah tidak hangat seperti sebelumnya O : Suhu tubuh klien 37.4°C, akral sudah tidak teraba hangat, kulit sudah tampak tidak merah A : Hipertermia teratasi P : Intervensi dihentikan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
		Observasi 1. Memonitor suhu tubuh Hasil: Suhu tubuh klien 37,7 Terapeutik 1. menyediakan lingkungan yang dingin Hasil: Membuka pintu ruangan 2. Melonggarkan atau lepaskan pakaian Hasil: Klien tampak nyaman setelah berganti baju dengan baju yang longgar 3. Memberikan cairan oral Hasil: Klien mau meminum air putih 16.45 WIB 4. Melakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi, leher dan aksila) Hasil: Orang tua dan pasien pasien menyetujui tindakan yang diberikan Edukasi 5. Menganjurkan tirah baring Hasil: Pasien tampak banyak istirahat dan tertidur	

D. Catatan Perkembangan

Tanggal	Perkembangan	Tandatangan Perawat
01, Mei 2026	BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF (D.0149) SORE: S : Ibu klien mengatakan An.S masih sesak namun sedikit berkurang, masih ada batuk (tidak sering), dahak sudah keluar namun masih sedikit, dan kondisinya lebih baik dari sebelumnya O : Rr 44 x/menit, Spo2 94%, dahak masih tampak sedikit keuar, saat di auskultasi dahak masih ada namun sudah berkurang dan masih terdengar sedikit suara napas tambahan <i>ronkhi</i> A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 I : 1. Memonitor frekuensi dan kedalam napas 2. Menonitor bunyi napas tambahan 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memberikan posisi semi fowler 30-45° 5. Melakukan intervensi uap <i>peppermint oil</i> 6. Menganjurkan bernapas lambat dan dalam 7. Memberikan terapi <i>nebulizer</i> menggunakan <i>fulmicort</i> E : Ibu klien mengatakan anaknya masih ada sedikit sesak, dahak keluar sedikit, masih terdapat suara napas tambahan ronkhi Rr 42x/ menit Spo2	

Tanggal	Perkembangan	Tandatangan Perawat
95%	POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF (D.0005)	SORE:
	S : Ibu klien mengatakan An.S masih sesak namun sedikit berkurang	
	O : An.S masih tampak sedikit sesak, sudah tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, sudah tidak ada pernapasan cuping hidung, Rr 44 x/menit, pola napas mulai membaik, masih terdengar sedikit suara napas tambahan <i>ronkhi</i> , klien terpasang <i>nasal canul</i> 2lpm.	
	A : Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian	
	P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6	
	I:	
	1. Memonitor pola napas (Frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, <i>ronkhi</i> kering) 3. Memposisikan semi-fowler atau fowler 4. Memberikan oksigen 5. Meganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi	
	E: Ibu klien mengatakan sesak An.S	
	berkurang, Rr 42x/menit masih	
	terdengar sedikit suara napas tambahan	
	<i>ronkhi</i>	
02, Mei 2026 BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF (D.0149)	SORE:	

Tanggal	Perkembangan	Tandatangan Perawat
	S : Ibu klien mengatakan An.S sudah tidak sesak, sudah tidak ada batuk, dahak keluar banyak, dan kondisinya lebih baik dari sebelumnya. O : Rr 28 x/menit, Spo 97 %, dahak tampak keluar sedikit, saat di auskultasi sudah tidak ada suara napas tambahan. A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi P : Intervensi dihentikan POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF (D.0005) SORE: S : Ibu klien mengatakan An.S sudah tidak sesak O : An.S tampak sudah tidak sesak, Rr 28x/menit, sudah tidak terdapat suara napas tambahan, sudah tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada pernapasan cuping hidung, pola napas sudah membaik A : Masalah pola napas tidak efektif teratasi P : Intervensi dihentikan	

Lampiran 5 Lembar Observasi

Nama Pasien : An.S

Umur : 3 Tahun 7 Bulan

Ruangan : Melati 5

Jenis Tindakan : Uap *Peppermint Oil*

Hari	Sebelum Tindakan Pagi	Sesudah Tindakan Pagi	Selisih Hasil Pagi	Sebelum Tindakan Sore	Setelah Tindakan Sore	Selisih Hasil Sore	Selisih Harian
Hari ke 1-3 Saturasi Oksigen	87%	88%	1%	88%	88%	0%	-
	89%	91%	2%	92%	94%	2%	6%
	94%	95%	1%	96%	97%	1%	3%
Hari ke 1-3 Frekuensi Nafas	57x/menit	54x/menit	3x/menit	53x/menit	51x/menit	2x/menit	-
	50x/menit	48x/menit	2x/menit	46x/menit	44x/menit	2x/menit	7x/menit
	42x/menit	40x/menit	2x/menit	37x/menit	28x/menit	9x/menit	16x/menit
Hari ke 1-3 Suara Napas Tambahan	Ronkhi (2)	Ronkhi (2)	0	Ronkhi (2)	Ronkhi (2)	0	-
	Ronkhi (2)	Ronkhi (2)	0	Ronkhi (2)	Ronkhi (2)	0	-
	Ronkhi (2)	Ronkhi (2)	0	Tidak ada suara napas tambahan (5)	Tidak ada suara napas tambahan (5)	0	3
Hari ke 1-3	2	2	0	2	2	0	-

Cuping Hidung	2	2	0	2	2	0	0
	5	5	0	5	5	0	3
Hari ke 1-3 Otot Bantu Pernapasan	2	2	0	2	2	0	-
	2	2	0	2	2	0	0
	5	5	0	5	5	0	3

Lampiran 6 Dokumentasi Klien

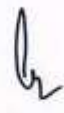


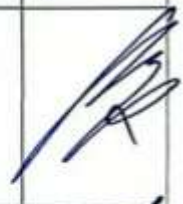
Lampiran 7 lembar bimbingan

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TASIKMALAYA
PROGRAM STUDI III KEPERAWATAN
TASIKMALAYA

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Kalisha Wirdiyani
NIM : P2.06.20.1.23.074
Nama Pembimbing : Lia Herliana, S.Kep., Ners., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Selasa 19-01-2020	Pengajuan Judul	Acc judul	
2.	19.01/20	Pengajuan bab 1	Revisi bab 1	
3.	19/01/20	Bab 1	Revisi bab 1 dan mengubah Judul	
4.	22/01/20	Bab 1 & bab 2	Acc bab 1, revisi bab 2	
5.	22/02/20	Bab 2 & 3	Revisi bab 2 & 3	

6.	05/05/20	Pengajuan Proposal	acc	
8.	22/05/20	Pengajuan Bab 9	Revisi bab 9	
8.	24/05/20	Bab 4	Revisi bab 4	
9.	25/05/20	Bab 4 & 5	bab 4 acc, bab 5 Revisi	
10	26/05/20	Bab 5	acc bab 5	
12.	21/05/20	Revisi	Revisi daft. Abstrak	
12	02/05/20	Acc	Acc surat	

Mengetahui
Ketua Program Studi

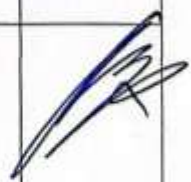

Sofia Februanita S. Kep, Ners, M. Kep
NIP.198202062002122002



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TASIKMALAYA
PROGRAM STUDI III KEPERAWATAN
TASIKMALAYA**

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Kalisha Wirdiyani
NIM : P2.06.20.1.23.074
Nama Pembimbing : Novi Enis Rosuliana, M.Kep., Ns.Sp. Kep.An

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	15/01/26	Pengajuan Judul	- Diskusi Judul - Acc Judul	
2.	20/01/26	Diskusi Judul	- Acc Judul	
3.	09/02/26	Pengajuan Bab 1	- Diskusi bab 1 + Revisi	
4.	01/03/26	Bab 2 & Bab 3	- Revisi bab 2 & 3	
5.	05/04/26	Bab 2 & 3	- acc bab 1, 2, & 3	

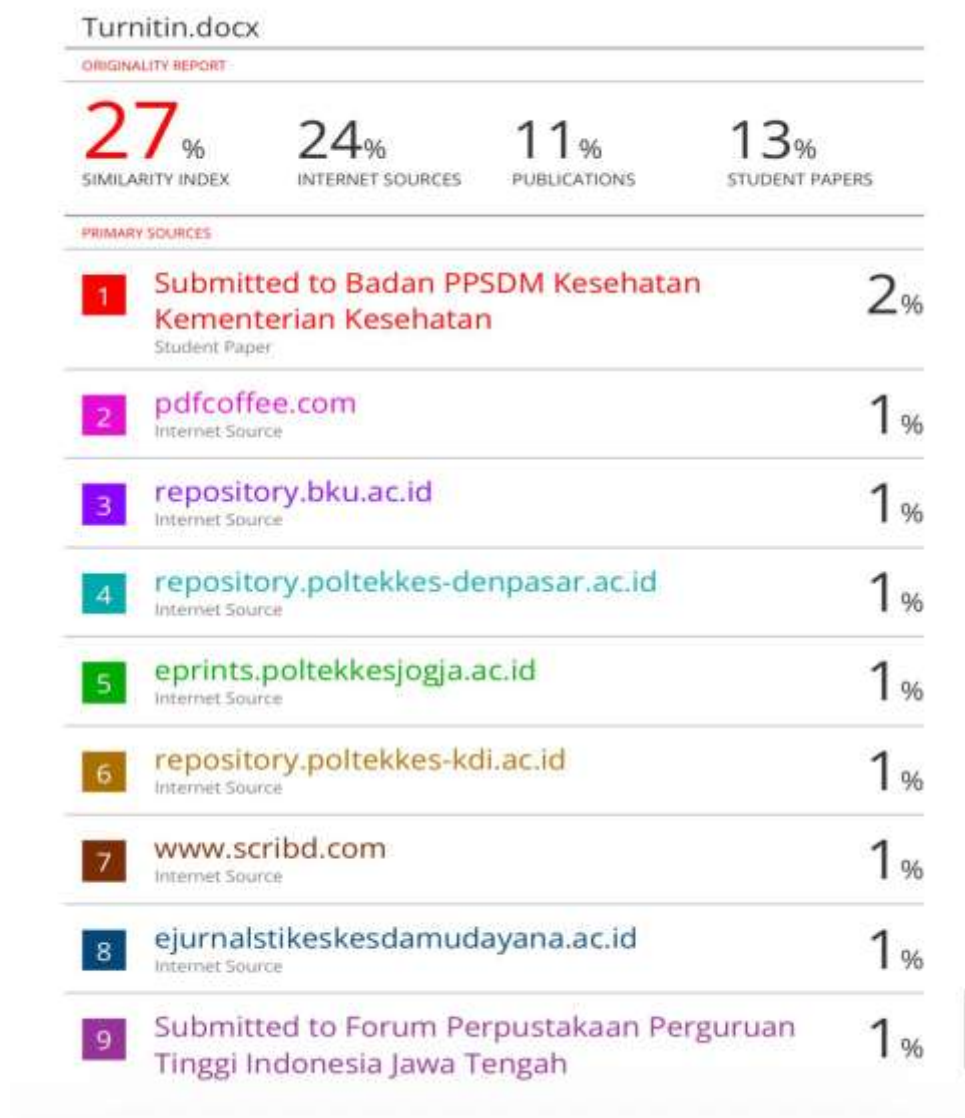
6.	27/04/20	Acc	Acc bab 2 & 3	br
7.	05/05/20	Pengajuan Bab 4 & 5	Revisi bab 4 & 5	br
8.	17/05/20	Bab 4 & 5	Bab 4 revisi Bab 5 ace	br,
9.	19/05/20	Bab 4	Revisi bab 4	br,
10	22/05/20	Bab 4	acc bab 4	br,
11	24/05/20	- Revisi Abstrak dapus	Revisi Abstrak Revisi dapus	br,
12	29/05/20	ACC KTI	Acc sembas	br,

Mengetahui
Ketua Program Studi


Sofia Februanita, S.Kep, Ners, M.Kep
NIP.198202062002122002



Lampiran 8 Hasil Turnitin



*Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup***DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Kalisha Wirdiyani
 NIM : P20620123074
 Program Studi : Diploma III Keperawatan
 Tempat Tanggal Lahir : Garut, 17 Oktober 2004
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Alamat : Kp. Sumbersari Timur, Rt.03, Rw.18, Kelurahan
 Regol, Kec. Garut Kota, Kota. Garut, Prov. Jawa
 Barat
 Institusi : Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
 Alamat Institusi : Jl. Babakan Siliwangi No.35, Kahuripan, Kec.
 Tawang, Kota Tasikmalaya, Prov. Jawa Barat
 Email : Kalishawrdyni17@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. 2009-2011 : TK Al- Wasilah
2. 2011-2017 : SD Muhammadiyah 2
3. 2017-2020 : SMPN 2 Garut
4. 2020-2023 : SMK 1 Garut
5. 2023-2026 : Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Riwayat Organisasi

1. Anggota ekstrakurikuler Karya Ilmiah SMPN 2 Garut
2. Anggota ekstrakurikuler Paskibra SMPN 2 Garut
3. Anggota ekstrakurikuler Paskibra SMKN 1 Garut
4. Anggota ekstrakurikuler Badminton SMKN 1 Garut
5. Anggota UKM Satgas Bencana Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya