

**L**

**A**

**M**

**P**

**I**

**R**

**A**

**N**

LAMPIRAN 1

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN**  
**(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Eki  
Umur : 39  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Kesugihan Kidul

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 : Sherlyta Indah Wulandari  
NIM : 106122041

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, .....15 Juni.....2025

Yang bersangkutan



( ETI Masriah )

LAMPIRAN 2



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

**TOOLS WATER TEPID SPONGE**

NAMA : TANGGAL :  
NIM : OBSERVER :

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai	
			Ya	Tidak
<b>A.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
	1. Mengucapkan salam/ menyapa klien	2		
	2. Memperkenalkan diri	2		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan	5		
	4. Menyiapkan alat	3		
	5. Mencuci tangan	3		
<b>B.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	1. Menutup sampiran/ jendela	3		
	2. Membaca Bismillahirrohmaanirrohiim	2		
	3. Memasang pengalas di bawah tubuh bayi	5		
	4. Melepaskan pakaian bayi	5		
	5. Memasang selimut mandi	5		
	6. Mencelupkan waslap/ handuk kecil ke waskom dan mengusapkannya ke seluruh tubuh	15		
	7. Melakukannya tindakan di atas beberapa kali	6		
	8. Mengkaji perubahan suhu tubuh setiap 15 – 20 menit (komunikasikan secara verbal)	10		
	9. Menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal	5		
	10. Mengeringkan tubuh dengan handuk	5		
	11. Membaca Alhamdulillah	2		

<b>C.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melakukan evaluasi	5		
	2. Mencuci tangan	3		
	3. Berpamitan	3		
<b>D.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	5		
	3. Ketelitian selama tindakan	3		
	<b>JUMLAH</b>	100		

Keterangan :

Observer

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

**Standart nilai kelulusan 75** ( )



LAMPIRAN 3



**UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**LABORATORIUM KEPERAWATAN**  
 Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

**TOOLS KPSP**

NAMA : \_\_\_\_\_ TANGGAL : \_\_\_\_\_  
 NIM : \_\_\_\_\_ OBSERVER : \_\_\_\_\_

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program Penilaian tingkat perkembangan (KPSP)	4		
2	Menyiapkan alat	4		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
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		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
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	12		
	form KPSP yang digunakan (sesuai denda usia anak)			
5	Menginterpretasikan hasil KPSP	12		
6	Membaca Alhamdulillah	3		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan intervensi interpretasi hasil KPSP kepada orang tua	5		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	5		
3	Berpamitan	4		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer



## LAMPIRAN 4

### FORMAT KPSP

Algoritme Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

		Hasil Pemeriksaan	Interpretasi	Tindakan
<div> <div>Tanyakan kepada orang tua/pengasuh atau periksa anak sesuai petunjuk pada instrumen KPSP</div> <div>Hitung jawaban "Ya"</div> </div>		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.

#### A. Interpretasi Hasil

- Hitunglah berapa jumlah jawaban Ya.
  - Jawaban Ya, bila ibu/pengasuh menjawab: anak bisa atau pernah atau sering atau kadang-kadang melakukannya.
  - Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak pernah atau ibu/pengasuh anak tidak tahu.
- Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (S).
- Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
- 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).

## **B. 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)**

## **C. Tentukan umur anak**

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

### KPSP PADA ANAK UMUR 12 BULAN

#### Alat dan bahan yang dibutuhkan:

- Pensil
- Kismis
- 2 Kubus

			YA	TIDAK
<b>Bayi dipangku ibunya/pengasuh di tepi meja periksa</b>				
1	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Sulitkah anda mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak Halus	✓	
2	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 Halus	✓	
3	Tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukan dua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus	✓	
4	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bicara dan Bahasa	✓	
<b>Tanya Ibu/Pengasuh</b>				
5	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulang-ulang di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapka anda muncul kembali?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓	
6	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	Gerak Kasar	✓	
7	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya.	Sosialisasi dan Kemandirian	✓	
8	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	Gerak Kasar	✓	
9	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: "ma-ma", "da-da" atau "pa-pa". Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	Bicara dan Bahasa	✓	
<b>Coba berdirikan anak:</b>				
10	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	Gerak Kasar	✓	
<b>TOTAL</b>			10	

Lihat Algoritme untuk Interpretasi dan Tindakan

Perinci untuk Aspek Perkembangan dengan jawaban "Tidak"

Gerak Kasar	
Gerak Halus	
Bicara dan Bahasa	
Sosialisasi dan Kemandirian	

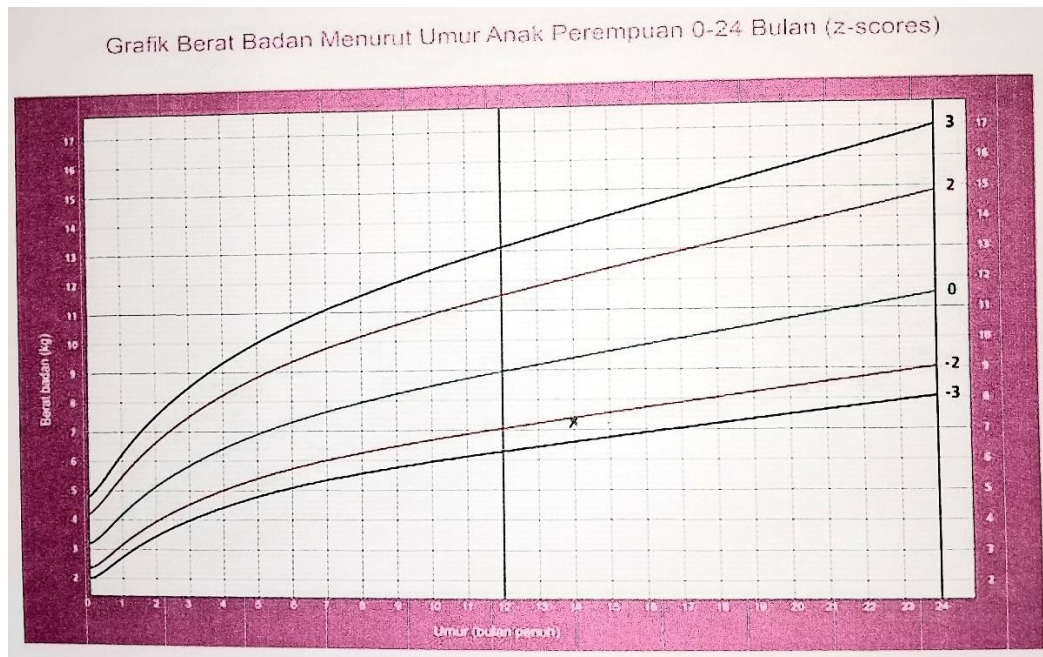
Kesimpulan : Tumbuh kembang anak sesuai dengan usianya.

## TAHAPAN PERKEMBANGAN DAN STIMULASI UMUR 9 -12 BULAN

GERAK KASAR	
<b>TAHAPAN PERKEMBANGAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengangkat badannya pada posisi berdiri</li> <li>- Belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan pada kursi/meja</li> <li>- Dapat berjalan dengan dituntun</li> </ul>
<b>STIMULASI</b>	<p>Stimulasi yang perlu dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merangkak</li> <li>- Berdiri</li> <li>- Berjalan sambil berpegangan</li> <li>- Berjalan dengan bantuan</li> </ul>
GERAK HALUS	
<b>TAHAPAN PERKEMBANGAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasukkan benda ke mulut</li> <li>• Menggenggam erat pensil</li> </ul>
<b>STIMULASI PERKEMBANGAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasukkan benda ke dalam wadah</li> <li>• Bermain dengan mainan yang mengapung di air</li> </ul> </li> <li>2. Menyusun balok/kotak. Ajari bayi menyusun beberapa balok/kotak besar. Balok/kotak dapat dibuat dari karton atau potongan-potongan kayu bekas. Benda lain yang bisa dipakai adalah beberapa kaleng kecil (kosong) atau mainan anak berbentuk kubus/balok.</li> <li>3. Menggambar Letakkan krayon /pensil berwarna dan kertas di meja. Ajak bayi "menggambar" dengan krayon atau pensil warna. Kegiatan menggambar ini dapat dilakukan bersamaan dengan anda mengerjakan tugas rumah tangga.</li> <li>4. Bermain di dapur. Biarkan bayi bermain di dapur ketika anda sedang memasak. Pilih lokasi yang jauh dari kompor dan letakkan sebuah kotak tempat menyimpan mainan alat masak dari plastik atau benda-benda yang ada di dapur seperti gelas, mangkuk, sendok, tutup gelas dari plastik.</li> </ol>
BICARA BAHASA	
<b>TAHAPAN PERKEMBANGAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengulang/menirukan bunyi yang didengar</li> <li>• Menyebut 2 - 3 suku kata yang sama tanpa arti</li> <li>• Bereaksi terhadap suara yang perlahan atau bisikan</li> </ul>
<b>STIMULASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berbicara</li> <li>b. Menjawab pertanyaan</li> <li>c. Menyebutkan nama, gambar-gambar di buku/majalah</li> </ol> </li> <li>2. Menirukan kata-kata Setiap hari bicara kepada bayi. Sebutkan kata-kata yang telah diketahui artinya, seperti: minum susu, mandi, tidur, kue, makan, kucing dll. Buat agar bayi mau menirukan kata-kata tersebut. Bila bayi mau mengatakan, puji ia, kemudian sebutkan kata itu lagi dan buat agar ia mau mengulangnya.</li> <li>3. Berbicara dengan boneka Beli sebuah boneka atau buat boneka mainan dari sarung tangan atau kaos kaki yang digambari dengan pena menyerupai bentuk wajah. Berpura-pura bahwa boneka itu yang berbicara kepada bayi dan buat agar bayi mau berbicara kembali dengan boneka itu.</li> <li>4. Bersenandung dan bernyanyi Nyanyikan lagu dan bacakan syair anak kepada bayi sesering mungkin.</li> </ol>
SOSIALISASI KEMANDIRIAN	
<b>TAHAPAN PERKEMBANGAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengulurkan lengan/badan untuk meraih mainan yang diinginkan</li> <li>2. Senang diajak bermain CILUK BA</li> <li>3. Mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenal</li> <li>4. Mengeksplorasi sekitar, ingin tahu, ingin menyentuh apa saja.</li> </ol>



## LAMPIRAN 5



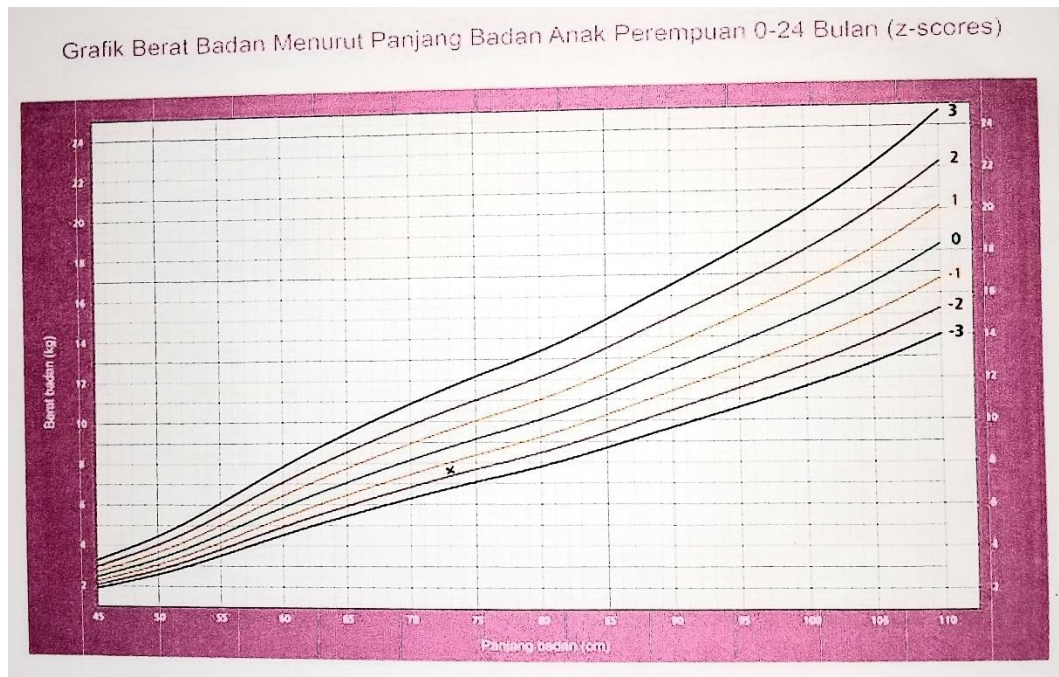
Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Perempuan

Umur 0-60 Bulan

Umur (bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	2.0	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2	4.8
1	2.7	3.2	3.6	4.2	4.8	5.5	6.2
2	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6	7.5
3	4.0	4.5	5.2	5.8	6.6	7.5	8.5
4	4.4	5.0	5.7	6.4	7.3	8.2	9.3
5	4.8	5.4	6.1	6.9	7.8	8.8	10.0
6	5.1	5.7	6.5	7.3	8.2	9.3	10.6
7	5.3	6.0	6.8	7.6	8.6	9.8	11.1
8	5.6	6.3	7.0	7.9	9.0	10.2	11.6
9	5.8	6.5	7.3	8.2	9.3	10.5	12.0
10	5.9	6.7	7.5	8.5	9.6	10.9	12.4
11	6.1	6.9	7.7	8.7	9.9	11.2	12.8
12	6.3	7.0	7.9	8.9	10.1	11.5	13.1
13	6.4	7.2	8.1	9.2	10.4	11.8	13.5
14	6.6	7.4	8.3	9.4	10.6	12.1	13.8
15	6.7	7.6	8.5	9.6	10.9	12.4	14.1

Sumber : (Permenkes, 2020)

## LAMPIRAN 6



Standar Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) Anak Perempuan Umur 0-24 Bulan

Panjang Badan (cm)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
66.0	5.6	6.1	6.7	7.3	8.0	8.8	9.8
66.5	5.7	6.2	6.8	7.4	8.1	9.0	9.9
67.0	5.8	6.3	6.9	7.5	8.3	9.1	10.0
67.5	5.9	6.4	7.0	7.6	8.4	9.2	10.2
68.0	6.0	6.5	7.1	7.7	8.5	9.4	10.3
68.5	6.1	6.6	7.2	7.9	8.6	9.5	10.5
69.0	6.1	6.7	7.3	8.0	8.7	9.6	10.6
69.5	6.2	6.8	7.4	8.1	8.8	9.7	10.7
70.0	6.3	6.9	7.5	8.2	9.0	9.9	10.9
70.5	6.4	6.9	7.6	8.3	9.1	10.0	11.0
71.0	6.5	7.0	7.7	8.4	9.2	10.1	11.1
71.5	6.5	7.1	7.7	8.5	9.3	10.2	11.3
72.0	6.6	7.2	7.8	8.6	9.4	10.3	11.4
72.5	6.7	7.3	7.9	8.7	9.5	10.5	11.5
73.0	6.8	7.4	8.0	8.8	9.6	10.6	11.7
73.5	6.9	7.4	8.1	8.9	9.7	10.7	11.8
74.0	6.9	7.5	8.2	9.0	9.8	10.8	11.9

sumber : (Permenkes, 2020)



### Kategori dan ambang batas status gizi anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang ( <i>severely underweight</i> )	<-3 SD
	Berat badan kurang ( <i>underweight</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih <sup>1</sup>	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> )	<-3 SD
	Pendek ( <i>stunted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi <sup>2</sup>	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih ( <i>possible risk of overweight</i> )	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> ) <sup>3</sup>	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> ) <sup>3</sup>	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih ( <i>possible risk of overweight</i> )	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut	Gizi buruk ( <i>severely thinness</i> )	<-3 SD

<b>Indeks</b>	<b>Kategori Status Gizi</b>	<b>Ambang Batas (Z-Score)</b>
<b>Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun</b>	Gizi kurang ( <i>thinness</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	+ 1 SD sd +2 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> + 2 SD

Keterangan:

- <sup>1</sup> Anak yang termasuk pada kategori ini mungkin memiliki masalah pertumbuhan, perlu dikonfirmasi dengan BB/TB atau IMT/U
- <sup>2</sup> Anak pada kategori ini termasuk sangat tinggi dan biasanya tidak menjadi masalah kecuali kemungkinan adanya gangguan endokrin seperti tumor yang memproduksi hormon pertumbuhan. Rujuk ke dokter spesialis anak jika diduga mengalami gangguan endokrin (misalnya anak yang sangat tinggi menurut umurnya sedangkan tinggi orang tua normal).
- <sup>3</sup> Walaupun interpretasi IMT/U mencantumkan gizi buruk dan gizi kurang, kriteria diagnosis gizi buruk dan gizi kurang menurut pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk menggunakan Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB).

LAMPIRAN 7

Foto Dokumentasi Tindakan *Water Tepid Sponge*



## LAMPIRAN 8

Table pengukuran suhu tubuh pada saat tindakan WTS selama 3 hari

No	Hari / Tanggal, Jam Intervensi	Suhu Tubuh Sebelum (°C)	Suhu Tubuh Sesudah (°C)	Tanda Vital Lainnya N: RR: SPO2:	Respons Anak Selama dan Sesudah Intervensi	Catatan Tambahan
1	Minggu 15-06-2025 16.00 WIB	38.2 °C	37.3 °C	N : 110 x / menit RR : 22 x / menit SPO2 : 98%	Anak tampak kooperatif dan tidak menangis	Orang tua mengizinkan dilakukan tindakan pengecatan
2	Senin 16-06-2025 11.10 WIB	38 °C	37.2 °C	N : 112 x / menit RR : 22 x / menit SPO2 : 98%	Anak tidak rewel dan anak tidak menangis	Orang tua tampak kooperatif selama anak- nya dilakukan WTS.
3	Selasa 17-06-2025 09.25 WIB	—	—	—	—	Tidak di lakukan WTS karena suhu tubuh anak sudah normal

LAMPIRAN 9

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**

Prenatal :

Intra natal :

Post natal :

## **IV. Riwayat masa lampau**

Penyakit waktu kecil :

Pernah di rawat di RS :

Obat-obatan yang digunakan :

Tindakan (operasi) :

Alergi :

Kecelakaan :

Imunisasi :

## **V. Riwayat keluarga (disertai genogram)**

## **VI. Riwayat Sosial**

Yang mengasuh :

Hubungan dengan anggota keluarga :

Hubungan dengan teman sebaya :

Pembawaan secara umum :

Lingkungan rumah :

## **VII. Kebutuhan Dasar**

Makanan yang disukai/ tidak disukai :

Selera :

Alat makan yang dipakai :

Pola makan/ jam :

Pola tidur :

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

Tidur siang :

Mandi :

Aktifitas bermain :

Eliminasi :

## **VIII. Keadaan Kesehatan Saat Ini**

Diagnosis medis :

Tindakan operasi :

Status nutrisi :

Status cairan :

Obat-obatan :

Aktifitas :

Tindakan keperawatan :

Hasil laboratorium :

Hasil rontgen :

Data tambahan :

## **IX. Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum :

TB / BB :

Lingkar kepala :

Mata :

Hidung :

Mulut :

Telinga :

Tengkuk :

Dada :

Jantung :

Paru - paru :

Perut :

Punggung :

Genetalia :

Ekstremitas :

Kulit :



Tanda vital :

**X. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan**

Kemandirian dan bergaul :

Motorik halus :

Kognitif dan bahasa :

Motorik kasar :

**XI. Infomasi Lain**

**XII. Ringkasan Riwayat Keperawatan**

**XIII. Analisa Data**

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

**XIV. Prioritas Diagnosa Keperawatan**

1.

2.

3.

4.

5.

**XV. Rencana Keperawatan**

TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	PARAF/ NAMA

**XVI. Asuhan Keperawatan**

TGL/ JAM	NO. DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	TTD

**XVII. Catatan Perkembangan**

TGL/ JAM	NO. DIAGNOSA KEPERAWTAN	EVALUASI SUMATIF	TTD

## LAMPIRAN 10 (ASUHAN KEPERAWATAN)



### UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

#### KEPERAWATAN ANAK

#### FORMAT PENGKAJIAN ANAK

Nama mahasiswa : Sherlyta Indah Wulandari

Tempat praktik : RSI Cilacap


Tanggal Pengkajian : 15 Juni 2025

#### I. Identitas data

Nama : An. I  
Alamat : Kesugihan Kidul  
Tempat/ tgl lahir : Cilacap 24 April 2024  
Agama : Islam  
Usia : 1 tahun 2 bulan  
Suku bangsa : Jawa , Indonesia  
Nama ayah/ibu : Th. T / Ny. E  
Pendidikan ayah : SMP  
Pekerjaan ayah : Nelayan  
Pendidikan ibu : SMA  
Pekerjaan ibu : Ibu Rumah Tangga

#### II. Keluhan Utama

Pasien dengan demam suhu tubuh pasien  $38.2^{\circ}\text{C}$  dan kejang dengan lama waktu sekitar 1 menit saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit

 16/6/2025



### III. Riwayat kehamilan dan kelahiran

Prenatal : Tidak ada masalah saat kehamilan, hamil usia 9 bulan,  
Saat hamil ibu pasien rutin mengontrol kandungannya.

Intra natal : Bayi lahir dengan spontan

Post natal : Bayi lahir sehat dan tidak ada komplikasi setelah melahirkan

### IV. Riwayat masa lampau

Penyakit waktu kecil : Tidak ada

Pernah di rawat di RS: Sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

Obat-obatan yang digunakan : Tidak Ada

Tindakan (operasi) : Tidak ada

Alergi : Tidak ada alergi obat-obatan dan makanan

Kecelakaan : Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan

Imunisasi : Imunisasi dasar lengkap (0-12 bulan)

1. HB 0 (Hepatitis) dalam 24 jam setelah lahir

2. BCG (Tuberculosis) usia 0-2 bulan

3. Polio Tetar (OPV) 4 kali, usia 0, 2, 3, dan 4 bulan

4. DPT-HB-Hib (Pentabio) 3 kali, usia 2, 3, dan 4 bulan

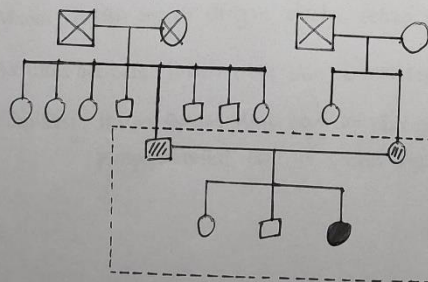
5. IPV (polio suntik) minimal 1x (usia 9 bulan)

6. PCV (Pneumokokus) 2-3 dosis, usia 2, 4, dan 6 bulan.

7. Rotavirus → 2/3 dosis, mulai usia 6 minggu

8. Influenza → mulai usia 6 bulan.

### V. Riwayat keluarga (disertai genogram)



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

▣ : Keluarga pasien

● : Pasien

— : Garis pernikahan

| : Garis keturunan

---- : Tinggal 1 rumah

*[Signature]*  
16/6-2025



#### VI. Riwayat Sosial

Yang mengasuh : Ibu (Ny.E) dan Ayah (Tn.T)

Hubungan dengan anggota keluarga : Anak sangat dekat dengan keluarga

Hubungan dengan teman sebaya : Hubungan anak dengan teman sebaya baik

Pembawaan secara umum : Anak tidak menangis saat melihat petugas medis

Lingkungan rumah : Lingkungan rumah baik, pasien memiliki seorang kakak perempuan yang sering bermain dengan pasien, dan pasien selalu dalam pengawasan keluarga

#### VII. Kebutuhan Dasar

Makanan yang disukai/ tidak disukai : Ibu pasien mengatakan makanan yang disukai pasien adalah bubur dan yang tidak disukai pasien sayur dengan tekstur yang keras seperti jagung.

Selera : Saat sehat selera makan pasien baik, saat sakit selera makan pasien menurun

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

Pola makan/ jam : Ibu pasien mengatakan saat sehat 1 hari makan 3 x, dan saat sakit pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi makan.

Pola tidur : Pasien tidur siang 2-4 jam sehari

Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang

dibawa saat tidur, dll) : Pasien sebelum tidur biasanya digendong dan diajak jalan-jalan hingga pasien mengantuk dan kemudian tidur

Tidur siang : Pasien tidur siang 2-4 jam

Mandi : Pasien mandi dengan diseka setiap sore hari

Aktifitas bermain : Pasien aktif dan normal sesuai dengan perkembangannya.

Eliminasi : Pasien belum BAB hari ini dan pasien BAK menggunakan poppers untuk hari ini sudah diganti 1 x.

*[Signature]* 16/6-2018



### VIII. Keadaan Kesehatan Saat Ini

Diagnosis medis : Febris konvulsi

Tindakan operasi : Tidak Ada.

Status nutrisi : Grafik KMS terkumpul

Status cairan : BB : 7,2 kg → karena BB kurang dari 10 kg menggunakan rumus  
 $100 \text{ ml} \times \text{BB} = \dots \text{ ml/hari}$


$$100 \times 7,2 = 720 \text{ ml/hari}$$

Obat-obatan : Paracetamol Infus 30mg/drip  
Infus RL 500ml dengan kecepatan 8 tpm makro.  
Injeksi diazepam 3mg, jika perlu  
Nistatin (surtawan) drop 2 x 1 tetes

Aktifitas : Aktivitas anak terbatas karena tangan kiri pasien terpasang Infus.

#### Tindakan keperawatan :

1. Memonitor tanda-tanda vital
2. Memonitor keluhan pasien seperti demam
3. Mengidentifikasi status nutrisi
4. Memonitor asupan makanan
5. Memonitor tanda kejang ulang

 16/6/2025





Hasil laboratorium :

HASIL Laboratorium			
Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah rutin analyzer C DFF			
Hemoglobin	11.6	0.6 - 15.6	g/dl
Leukosit	16.100	5.500 - 17.500	$10^9$ /uL
Hematokrit	34.0	34 - 48	%
Trombosit	360.000	150.000 - 450.000	$10^9$ /uL
Eritrosit	4.31	3.40 - 5.20	$10^{12}$ /uL
HIL			
Eosinofil (low)	2.0	4.1	%
Neutrofil (hight)	78.9	22 - 46	%
Basofil	0.4	0 - 1	%
Limfosit (low)	14.3	37 - 43	%
Monosit	4.4	2 - 8	%
MCV	78.7	76 - 92	fL
MCH	26.8	23 - 31	pg
MCHC	34.1	20 - 36	%

*[Signature]* 16/6





Hasil rontgen : Tidak Ada

Data tambahan : Tidak Ada

#### IX. Pemeriksaan Fisik

Kadaan umum : Kadaan umum klien baik, kesadaran compos metis, GCS 15

TB / BB : Panjang badan 73 cm dan BB 7,2 kg

Lingkar kepala : 45 cm

Mata : Simetris, sklera non ikterik, konjungtiva merah muda

Hidung : Simetris, tidak terdapat sekret

Mulut : Mukosa bibir lembab, kebersihan mulut terjaga, tidak terdapat caries, warna lidah putih, terdapat sariawan di langit-langit mulut.

Telinga : Simetris tidak ada lula, tidak ada penumpukan serumen, pendengaran berfungsi dengan baik, tidak ada kelainan

Tengkuk : Tidak ada gejas, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

Dada : Simetris, dada terlihat datar, kenaikan dinding dada simetris.

Jantung : Inspeksi : Denyutan ~~multi~~ Ictus cordis terlihat

Palpasi : Teraba denyutan nadi Ictus cordis

Perkusi : Bunyi lub-dup jantung normal, batas jantung tidak melebar

Auskultasi : Bunyi S1 lebih dari S2

Paru-paru : Inspeksi : gerakan dinding dada simetris

Palpasi : Fermitus taktil simetris, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Suara napas vesikular normal, tidak terdengar ronkhi / wheezing.

16/6.2023



Perut : Inspeksi : Tidak ada lesi, bentuk perut simetris  
Auskultasi : Bising usus terdengar 10 x / menit  
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan  
Perkusi : Timpani normal diareka usus.

Punggung : Simetris, tidak ada kelainan tulang punggung

Genetalia : Area genetalia bersih tidak ada ruam akibat pampers

Ekstremitas : kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah  
(kanan)  $\frac{5}{5}$  (kiri)  $\frac{5}{5}$


Kulit : Kulit sedikit kering, warna kulit sawo matang, turgor kulit normal (kembali  $\leq 2$  detik)

Tanda vital : Suhu Tubuh :  $36.8^{\circ}\text{C}$   
Nadi : 104 x / menit  
RR : 21 x / menit  
SpO2 : 98 %

#### X. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

Kemandirian dan bergaul : Anak sering bermain dengan teman sebayanya, dan ditemani oleh ibunya saat bermain

Motorik halus : Anak sudah bisa mengangkat benda kecil seperti mainan kecil.

 16/6/2025



Kognitif dan bahasa : Anak dapat mengucapkan kata-kata seperti "mama" / "mam" / "dhe". anak dapat mencari sumber suara saat dipanggil.


Motorik kasar : Anak sudah bisa berdiri dengan berpegangan pada sesuatu

#### **XI. Informasi Lain**

Sebelumnya Anak tidak pernah mengalami kejang seperti ini saat demam. Dan pada tanggal 19 sore pasien langsung dibawa ke RSI untuk dirawat. Pasien hanya mengalami kejang saat di rumah dan saat di RSI pasien tidak mengalami kejang ulang.

#### **XII. Ringkasan Riwayat Keperawatan**

Pasien datang karena demam suhu  $38^{\circ}\text{C}$  dan disertai kejang selama sekitar 1 menit saat di rumah sebelum dibawa ke rumah sakit. Sudah diberikan parasetamol Infus melalui Intravena dengan dosis 80mg

 16/6/2025



Kognitif dan bahasa : Anak dapat mengucapkan kata-kata seperti "mama" / "mam" / "dhe" anak dapat mencari sumber suara saat dipanggil.


Motorik kasar : Anak sudah bisa berdiri dengan berpegangan pada sesuatu

#### **XI. Informasi Lain**

Sebelumnya Anak tidak pernah mengalami kejang seperti ini saat demam. Dan pada tanggal 14 sore pasien langsung dibawa ke RSI untuk dirawat. Pasien hanya mengalami kejang saat di rumah dan saat di RSI pasien tidak mengalami kejang ulang.

#### **XII. Ringkasan Riwayat Keperawatan**

Pasien datang karena demam suhu  $38^{\circ}\text{C}$  dan disertai kejang selama sekitar 1 menit saat di rumah sebelum dibawa ke rumah sakit. Sudah diberikan parasetamol Infus melalui Intravena dengan dosis 80mg

 16/6/2022



### Analisa Data

No	Data DS / DO	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu pasien mengatakan pasien demam</li> <li>Ibu pasien mengatakan pasien kejang selama sekitar 1 menit saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Suhu tubuh pasien <math>38.2^{\circ}\text{C}</math></li> <li>RR <math>22 \times / \text{menit}</math></li> <li>Nadi <math>110 \times / \text{menit}</math></li> <li>SpO<sub>2</sub> 98%</li> <li>Kulit terasa hangat</li> </ol>	Proses Penyakit	Hipertermia (D.0130)
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibu pasien mengatakan anak mau makan sedikit - sedikit tapi sering</li> <li>Ibu pasien mengatakan terdapat sariawan di langit-langit mulut</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>BB pasien 7.2 kg (BB Ideal pada KMS: 9.9 kg) BB pasien 70.6% dari BB Ideal pada KMS</li> <li>BB pasien 73an (BB Ideal pada KMS: 9.8 kg)</li> <li>Terdapat sariawan di langit-langit mulut</li> <li>Pasien tampak sudah menghabiskan <math>\frac{1}{2}</math> porsi makannya.</li> </ol>	Faktor Psikologis (keengganan untuk makan akibat nyeri sariawan)	Defisit Nutrisi (D.0019)
3.	<p>Faktor Risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Risiko kejang</li> <li>Ketidak normalan profil darah               <ul style="list-style-type: none"> <li>Eosinofil 2.0 % (low)</li> <li>Neutrofil 78.9 % (hight)</li> <li>Limfosit 14.3 % (low)</li> </ul> </li> </ol>	-	Fisiko Cedera (D.0136)



Prioritas Keperawatan :

1. Hipertermia (D.0130) b.d proses pengabit d.d suhu tubuh  $38,2^{\circ}\text{C}$ , RR  $22 \times / \text{menit}$ , Nadi  $110 \times / \text{menit}$ , SpO2 98%, kulit terasa hangat
2. Defisit Nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d terdapat sariawan dilangit-langit mulut, berat badan pasien 7.2kg, panjang badan 73 cm pada usia 1 tahun 2 bulan.
3. Risiko Cedera (D.0136) d.d faktor risiko kejang dan ketidaknormalan profil darah.

Rencana Keperawatan

Rencana	Keperawatan	SLKI	SLKI	Paraf /
Tanggal	Diagnosa			Nama
	Keperawatan			<del>Slip</del>
15-06-2025	Hipertermia	Termoregulasi (L.14134)	Manajemen Hipertermia	
	(D.0130)	Setelah dilakukan tindakan	(C.15506)	
		keperawatan selama 3x24	Observasi :	
		jam, diharapkan Termo-	1. Identifikasi penyebab	
		regulasi membaik	hipertermia	
		dengan kriteria hasil :	2. Ukur suhu tubuh	
		Indikator	IK	EK
		1. Suhu tubuh	2	5
		2. Suhu kulit	3	5
		Keterangan :	3. Lakukan tindakan	
		1. Memburuk	water tepid sponge	
		2. Cukup memburuk	(WTS)	
		3. Sedang	4. Longgarkan atau	
		4. Cukup membaik	lepaskan pakaian	
		5. Membaik	Edukasi :	
		Indikator	IK	EK
		1. Kejang	3	5
		Keterangan :	1. Angurkan tirah baring	
		1. Meningkat	Kolaborasi :	
		2. Cukup meningkat	1. Monitoring cairan	
		3. Sedang	Intravena	
		4. Cukup menurun	2. Kolaborasi pemberian	
		5. Menurun	antipiretik parasetamol	
			Infus.	



Tanggal	Diagnosa	SLEI	SLEI	Nama																								
15-06-2023	Keperawatan Defisit Nutrisi (D.0019)	Status Nutrisi (L.03030) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : <table><tr><td>Indikator</td><td>IK</td><td>ER</td></tr><tr><td>1. Porsi makan yang dihabiskan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <table><tr><td>Indikator</td><td>IK</td><td>ER</td></tr><tr><td>1. Sariawan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <table><tr><td>Indikator</td><td>IK</td><td>ER</td></tr><tr><td>1. Berat Badan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Nafsu makan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3. Panjang Badan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Indikator	IK	ER	1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5	Indikator	IK	ER	1. Sariawan	3	5	Indikator	IK	ER	1. Berat Badan	3	5	2. Nafsu makan	3	5	3. Panjang Badan	3	5	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan Terapeutik : 1. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi : 1. Anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum sedikit-sedikit Tapi sering. Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat Nistatin untuk Sariawan sesuai advice dokter.	Shafiq
Indikator	IK	ER																										
1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5																										
Indikator	IK	ER																										
1. Sariawan	3	5																										
Indikator	IK	ER																										
1. Berat Badan	3	5																										
2. Nafsu makan	3	5																										
3. Panjang Badan	3	5																										

Tanggal	Diagnosa	SUKI			SIKI	Karaf
	Keperawatan					Nama
15-06-2025	Risiko Cedera (D.0136)	Kontrol kejang (1.06050)			Pencegahan kejang (1.14542)	<del>Adi</del>
		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kontrol kejang meningkat dengan kriteria hasil :			Observasi :	
		Indikator			1. Monitor tanda-tanda vital	
		1. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko / pemicu kejang			Terapeutik :	
		2. Kemampuan mencegah faktor risiko / pemicu kejang			1. Baringkan pasien agar tidak tergatuk	
		3. Sikap positif			2. Pindahkan ketinggian tempat tidur	
		Keterangan :			3. Pasang sid-rail tempat tidur	
		1. Menurun			4. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam.	
		2. Cukup menurun			Edukasi :	
		3. Sedang			1. Anjurkan keluarga segera melapor jika ada tanda-tanda kejang.	
		4. Cukup meningkat			Kolaborasi :	
		5. Meningkat			1. Kolaborasi pemberian obat antikonvulsan, jika perlu	
		Indikator				
		1. Melaporkan frekuensi kejang				
		Keterangan :				
		1. Meningkat				
		2. Cukup meningkat				
		3. Sedang				
		4. Cukup menurun				
		5. Menurun				





Implementasi hari ke-1

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
15-06-2025 14.00	Hipertermia (D.0130)	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia	S: Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak kemarin dan disertai kejang selama kurang lebih 1 menit saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit. O: Diketahui riwayat demam disertai kejang saat sebelum dibawa ke rumah sakit.	
14.10	Hipertermia (D.0130)	2. Memonitoring suhu ruangan	S: Ibu pasien mengatakan ruangan sudah tidak terlalu panas O: AC ruangan menyala dan ruangan terasa sejuk	
14.15	Hipertermia (D.0130)	3. Mengajukan input cairan oral sesuai kebutuhan	S: Ibu pasien mengatakan anaknya mau makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering. O: Ibu pasien tampak memberikan asi pada	
14.20	Defisit Nutrisi (D.0019)	4. Mengidentifikasi status nutrisi	S: Ibu pasien mengatakan BB anak 7.2kg dan panjang badan 73 cm O: Didapati data grafik Berat badan menurut umur pada anak perempuan (2-scorer) dibawah -2 SD.	
14.30	Defisit Nutrisi (D.0019)	5. Mengidentifikasi alergi makanan	S: Ibu pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan.	

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
			O: Diketahui pasien tidak memiliki alergi makanan	
14.35	Defisit Nutrisi (D.0019)	6. Mengidentifikasi makanan yang disukai	S: Ibu pasien mengatakan anak menyukai bubur O: Diketahui makanan yang disukai pasien yaitu bubur	Signif
14.40	Defisit Nutrisi (D.0019)	7. Memonitor asupan makanan	S: Ibu pasien mengatakan pasien mau makan sedikit sedikit tapi sering, karena pasien ada sariawan. O: pasien tampak menghabiskan 1/2 porsi makan	Signif
14.50	Defisit Nutrisi (D.0019)	8. Berkolaborasi pemberian obat nistatin.	S: Ibu pasien mengatakan sudah memberikan obat nistatin 1 tetes pada pasien O: Pasien tampak kooperatif	Signif
15.00	Defisit Nutrisi (D.0019)	9. Mengajarkan keluarga untuk memberikan makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering	S: Ibu pasien mengatakan siap mengikuti anjuran O: keluarga tampak kooperatif dalam mengikuti anjuran	Signif
15.20	Risiko Cedera (D.0136) -	10. Memonitor tanda-tanda vital	S: - O: Suhu 38.2°C, RR 40x/menit, PR 22x/menit, SPO2 98%	Signif
15.25	Hipertermia (D.0130)	11. Mengukur suhu tubuh via temporal (dahi)	S: - O: Suhu 38.2°C	Signif
15.30	Hipertermia (D.0130)	12. Berkolaborasi pemberian antipiretik paracetamol Infur	S: - O: pasien diberikan paracetamol Infur 30 mg/drip	Signif
15.35	Hipertermia (D.0130)	13. Mengajarkan tirah baring	S: Ibu pasien mengatakan siap mengikuti anjuran. O: Pasien tampak sedang berbaring di atas tempat tidur	Signif

- Deplana



Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	Pro
16.00	Hipertermia (17.0130)	14. Melakukan tindakan water tepid sponge dengan cara menyapkan bakom berisi air hangat, handuk kering dan waslap. Mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan handseon kemudian menjelaskan prosedur WTS pada keluarga, lalu mengukur suhu tubuh anak sebelum WTS dan membuka pakaian anak. Membasahi waslap dengan air hangat kemudian melakukan penyejukan secara menyeluruh selama 15 menit. Menghentikan tindakan jika suhu tubuh mendekati normal lalu keringkan tubuh pasien dan pakailah baru.	S: Ibu pasien mengatakan anaknya tampak nyaman setelah diseka. O: Pasien kooperatif, suhu tubuh setelah di WTS menjadi 37,3°C	Stop
16.50	Hipertermia (17.0130)	14. Melonggarkan pakaian	S: Ibu pasien mengatakan memakai pakaian yang longgar untuk kenyamanan anak O: pasien tampak mengenakan pakaian longgar.	Stop
17.00	Hipertermia (17.0130)	15. Memonitoring Cairan Intravena	S: - O: Pasien dirangsang dan dibentakkan cairan RL dengan kecepatan	Stop





Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
			tetes 8 tpm makro, aliran infus tampak lancar.	
17-10	Prisito Cedera (D-0136)	16. Menghentikan benda - benda berbahaya terutama benda tajam	S: - O: Area sekitar tempat tidur pasien tampak bersih dan aman	<i>[Signature]</i>
17-15	Prisito Cedera (D-0136)	17. Menghentikan keluarga segera melapor jika ada tanda - tanda kejang	S: Ibu pasien mengatakan sikap mengikuti anjuran O: Keluarga tampak memahami anjuran yang diberikan.	<i>[Signature]</i>


#### Evaluasi hari ke - 1

Evaluasi	Hasil	22	1									
Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Sumatif									
Jam	Keperawatan		TTD									
15-06-2025	Hipertermia	S: 1. Ibu pasien mengatakan demam akut sudah turun	<del>Sifat</del>									
20-00	(D-0130)	2. Ibu pasien mengatakan akut tidak ada kejang ulang kembali										
		O: 1. Suhu tubuh terakhir 36.6°C										
		2. Tidak tampak tanda - tanda kejang ulang										
		3. Pasien sudah diberikan parasetamol infus 30mg / drip										
		4. Suhu kulit pasien sudah tidak panas.										
		A: Masalah hipertermia belum teratasi										
		<table><tr><td>Indikator</td><td>IK</td><td>EK</td></tr><tr><td>1. Suhu tubuh</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Suhu kulit</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	IK	EK	1. Suhu tubuh	4	5	2. Suhu kulit	4	5	
Indikator	IK	EK										
1. Suhu tubuh	4	5										
2. Suhu kulit	4	5										
		Keterangan:										
		1. Memburuk										
		2. Cukup Memburuk										
		3. Sedang										
		4. Cukup membaik										
		5. Membaik										



Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Gualuasi Sumatif		
		Indikator	IK	EK
		1. Kering	4	5
		Keterangan:		
		1. Meningkat		
		2. Cukup meningkat		
		3. Sedang		
		4. Cukup menurun		
		5. Menurun		
		P :		
		1. Lanjutkan pemantauan suhu berkala		
		2. Lanjutkan pemberian antipiretik jika demam		
		3. Lanjutkan melotokan WTS jika anak demam untuk menurunkan suhu tubuh.		
15-06-2025 20-10	Defisit Nutrisi (D-0019)	S : 1. Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering		
		O : 1. Pasien tampak menghabiskan 1/2 porsi makan		
		2. Pasien masih sariawan di langit-langit mulut		
		3. Pasien sudah diberikan obat nistatin 1 tetes		
		4. BB pasien 7,2 kg & PB pasien 78 cm		
		5. Didapatkan grafik 2-score pasien dibawah -2SD.		
		A : Masalah Defisit Nutrisi Belum teratasi		
		Indikator	IK	EK
		1. Porsi Makan yang dihabiskan	3	5
		Keterangan :		
		1. Menurun		
		2. Cukup menurun		
		3. Sedang		
		4. Cukup meningkat		
		5. Meningkat		
		Indikator	IK	EK
		1. Sariawan	3	5
		Keterangan :		
		1. Meningkat		
		2. Cukup meningkat		
		3. Sedang		



Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif	TTD												
		<p>4. Cukup menurun</p> <p>5. Menurun.</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr><tr><td>1. Berat Badan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Nafsu makan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3. Panjang badan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <p>1. Memburuk</p> <p>2. Cukup memburuk</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup membaik</p> <p>5. Membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	IK	EK	1. Berat Badan	3	5	2. Nafsu makan	3	5	3. Panjang badan	3	5	
Indikator	IK	EK													
1. Berat Badan	3	5													
2. Nafsu makan	3	5													
3. Panjang badan	3	5													
15-06-2025 20-20	Risiko Cedera	<p>S : Ibu pasien mengatakan merasa lebih tenang karena anaknya tidak mengalami kejang ulang, dan siap melapor jika ada tanda kejang</p> <p>O : 1. Anak tampak tidak ada gejala kejang ulang</p> <p>2. Tanda-tanda vital didapatkan data</p> <p>Suhu 36.6 °C, nadi 110x/menit, RR 22x/menit, SpO2 98 %</p> <p>3. Tidak ada benda tajam atau berbahaya disekitar pasien.</p> <p>A : Masalah Risiko Cedera teratasi sebagian</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr><tr><td>1. Kemampuan Identifikasi faktor resiko kejang</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>3. Sikap positif</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <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>	Indikator	IK	EK	1. Kemampuan Identifikasi faktor resiko kejang	5	5	2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5	3. Sikap positif	4	5	
Indikator	IK	EK													
1. Kemampuan Identifikasi faktor resiko kejang	5	5													
2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5													
3. Sikap positif	4	5													





Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif		
Jam	Keperawatan			
		Indikator	IK	ER
		1. Melaporkan frekuensi kejang	4	5
		Keterangan *		
		1. Meningkat		
		2. Cukup meningkat		
		3. Sedang		
		4. Cukup menurun		
		5. Menurun		
		P: 1. Lanjutkan Intervensi		
		2. Anjurkan keluarga untuk selalu mengawasi pasien		
		3. Lanjutkan kolaborasi pemberian antikonvulsan jika terjadi kejang ulang.		

#### Implementasi hari ke-2

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTO
Jam	Keperawatan			
16-06-2025 09.00	Hipertermia (17.0130)	1. Menganjurkan Input Cairan oral sesuai kebutuhan	S: Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dan minum sedikit - sedikit tapi sering O: Pasien tampak sedang meminum asi ibu	<del>4/5</del>
09.10	Defisit Nutrisi (17.0015)	2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum sedikit tapi sering	S: Ibu pasien siap mengikuti anjuran yang diberikan, Ibu pasien juga mengatakan anaknya masih sariawan O: Pasien tampak kooperatif	<del>4/5</del>
09.20	Defisit Nutrisi (17.0015)	3. Berkolaborasi pemberian obat nistatin	S: Ibu pasien mengatakan sudah memberikan obat nistatin 1 tetes O: Pasien tampak kooperatif	<del>4/5</del>
10.50	Risiko Cedera (17.0136)	4. Memonitor tanda-tanda vital	S: - O: Suhu 38°C, N 112 x /menit,	<del>4/5</del>






Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi formatif	TTD
			RR 22 x/menit. SpO2 98%	
10.55	Hipertermia (0.0130)	5. Mengukur suhu tubuh vital temporal (dahi)	S : - O : Suhu tubuh 38°C	<i>[Signature]</i>
11.00	Hipertermia (0.0130)	6. Bertolaborasi pemberian antipiretik (paracetamol)	S : - O : Pasien diberikan paracetamol infus 80mg /clrip	<i>[Signature]</i>
11.10	Hipertermia (0.0130)	7. Melakukan tindakan water tepid sponge dengan cara menyiapkan baskom berisi air hangat, handuk kering, dan waslap. Mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan handsoen kemudian menjelaskan prosedur WTS pada keluarga dan membuat pakaian anak. Membasahi waslap dengan air hangat kemudian melakukan penyejukan secara meny- uruh selama 15 menit. Menghentikan tindakan jika suhu tubuh mendekati normal, lalu keringkan tubuh pasien dan pakaiin baju.	S : Ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya dilakukan penyejukan O : Suhu tubuh pasien menurun menjadi 37,2 °C -setelah dilakukan WTS	<i>[Signature]</i>
11.35	Defisit Nutriti (0.0019)	8. Memonitor Asupan Makanan	S : - O : Pasien tampak menghabiskan 1/2 porasi makan.	<i>[Signature]</i>
11.50	Risiko Cedera (0.0136)	9. Mengajarkan keluarga segera melapor jika ada tanda - tanda kejang	S : Ibu pasien mengatakan pasie selalu dalam pengawasan O : Tidak ditemukan tanda kejang ulang	<i>[Signature]</i>




Evaluasi hari ke-2

Tanggal Jam	Diagnosa (keperawatan)	Evaluasi Sumatif	TTD															
16-06-2025 14.00	Hipertermia (D.0130)	<p>S: 1. Ibu pasien mengatakan demamnya sudah turun</p> <p>2. Ibu pasien mengatakan anaknya tampak lebih nyaman setelah dilakukan WTS</p> <p>O: 1. Suhu tubuh pasien setelah dilakukan WTS turun menjadi 37,2 °C</p> <p>2. Pasien sudah diberikan parasetamol 80mg /clrip</p> <p>3. Tidak ditemukan tanda kejang ulang selama shift.</p> <p>A: Masalah hipertermia belum teratasi:</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>ER</th></tr><tr><td>1. Suhu tubuh</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Suhu kulit</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memburuk</li><li>2. Cukup memburuk</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup membaik</li><li>5. Membaik.</li></ol> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>ER</th></tr><tr><td>1. Kejang</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Meningkat</li><li>2. Cukup meningkat</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup menurun.</li><li>5. Menurun.</li></ol> <p>P: 1. Lanjutkan pemantauan suhu tubuh</p> <p>2. Lanjutkan pemberian antipiretik jika demam.</p> <p>3. Lanjutkan tindakan WTS jika demam untuk menurunkan suhu tubuh</p> <p>4. Anjurkan input cairan oral sesuai kebutuhan.</p>	Indikator	IK	ER	1. Suhu tubuh	4	5	2. Suhu kulit	4	5	Indikator	IK	ER	1. Kejang	4	5	
Indikator	IK	ER																
1. Suhu tubuh	4	5																
2. Suhu kulit	4	5																
Indikator	IK	ER																
1. Kejang	4	5																

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Sumatif	TTD
Jum	Keperawatan			
16-06-2025	Defisit Nutrisi	S : Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dan minum sedikit - sedikit tapi sering.		<del>Staf</del>
14-10	(D-019)	O : 1. Pasien tampak menghabiskan 1/2 porsi makan 2. Pasien masih sariawan di mulut 3. Sudah diberikan nistatin 1x teter		
		A : Masalah Defisit nutrisi belum teratasi		
		Indikator	IK	EK
		1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5
		Keterangan :		
		1. Menurun		
		2. Cukup menurun		
		3. Sedang		
		4. Cukup meningkat		
		5. Meningkat		
		Indikator	IK	EK
		1. Sariawan	3	5
		Keterangan :		
		1. Meningkat		
		2. Cukup meningkat		
		3. Sedang		
		4. Cukup menurun		
		5. Menurun		
		Indikator	IK	EK
		1. Berat Badan	3	5
		2. Nafsu Makan	4	5
		3. Panjang Badan	3	5
		Keterangan :		
		1. Memburuk		
		2. Cukup memburuk		
		3. Sedang		
		4. Cukup meningkat		
		5. Meningkat		
		P : 1. Lanjutkan Intervensi		







PROGRAM STUDI  
D3 KEPERAWATAN  
T10

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif																			
16-06-2025 14.20	Risiko Cedera. (D.0136)	<p>S : Ibu pasien mengatakan siap melapor jika ada tanda-tanda kejang ulang.</p> <p>O : 1. Tidak terjadi kejang ulang selama shift. 2. Tanda-tanda vital didapatkan data : Suhu : 36,6 °C Nadi : 110 x / menit RR : 23 x / menit SpO2 : 98 %</p> <p>A : Masalah Risiko Cedera teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kemampuan Identifikasi risiko kejang</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3. Sikap positif</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Melaporkan frekuensi kejang</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan keluarga untuk selalu mengawasi pasien.</li> <li>2. Lanjutkan kolaborasi pemberian antikonvulsan jika terjadi kejang ulang kembali.</li> </ol>	Indikator	IK	EK	1. Kemampuan Identifikasi risiko kejang	5	5	2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5	3. Sikap positif	5	5	Indikator	IK	EK	1. Melaporkan frekuensi kejang	4	5	<del>Shift</del>
Indikator	IK	EK																			
1. Kemampuan Identifikasi risiko kejang	5	5																			
2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5																			
3. Sikap positif	5	5																			
Indikator	IK	EK																			
1. Melaporkan frekuensi kejang	4	5																			

## Implementasi hari ke-3

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
17-06-2021 08.00	Hipertermia (D.0130)	1. Mengantarkan Input cairan oral sesuai kebutuhan	S: Ibu pasien mengatakan sudah mengikuti anuran yang dibutuhkan O: Ibu pasien tampak sedang meminum ASI Ibu	
09.10	Defisit Nutrisi (D.0019)	2. Memonitor asupan makanan	S: Ibu pasien mengatakan anak sariawan dan nafsu makan turun tapi masih mau makan sedikit-sedikit O: Pasien tampak menghabis- kan 1/4 porsi makan.	
09.15	Defisit Nutrisi (D.0019)	3. Berkolaborasi pemberian obat nistatin	S: Ibu pasien mengatakan sudah memberikan obat nistatin 1 tetes pagi ini pada pasien O: Pasien tampak kooperatif	
09.25	Risiko Cedera (D.0136)	4. Memonitor tanda- tanda vital	S: - O: Suhu 36.6°C, N 106x/menit, RR 23x/menit, SpO2 98%	
09.35	Hipertermia (D.0130)	4. Memonitoring cairan intravena	S: - O: Aliran Infus tampak lancar tidak ada sumbatan	
09.40	Risiko Cedera (D.0136)	5. Mengantarkan keluarga segera melapor jika ada tanda-tanda kejang	S: Ibu pasien mengatakan sudah mengikuti anuran dan keluarga selalu mengawasi penuh pasien O: Tidak ditemukan tanda-tanda kejang dan keluarga tampak selalu berada disamping pasien.	



Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Formatif	TTD
Jam	Keperawatan				
11-30	Hipertermia (0.0130)	6. Mengukur suhu tubuh via temporal (dahi)	S: - O: Suhu tubuh 36.6°C		<del>Shift</del>


Evaluasi hari ke-3

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	TTD															
Jam	Keperawatan																	
17-06-2025	Hipertermia (0.0130)	S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam  O: 1. Tanda-tanda vital didapatkan data : Suhu tubuh 36.6°C 2. Suhu kulit hangat 3. Tidak ditemukan tanda kejang ulang selama shift.  A: Masalah Hipertermia belum teratasi <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1. Suhu tubuh</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Suhu kulit</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memburuk</li><li>2. Cukup Memburuk</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup membaik</li><li>5. Membaik</li></ol> <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1. Kejang</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Meningkat</li><li>2. Cukup meningkat</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup menurun</li><li>5. Menurun</li></ol> <p>P: 1. Lanjutkan pemantauan suhu tubuh 2. Lanjutkan pemberian antipiretik jika demam 3. Edukasi melakukan WTS jika pasien demam kembali</p>	Indikator	IR	ER	1. Suhu tubuh	4	5	2. Suhu kulit	4	5	Indikator	IR	ER	1. Kejang	4	5	<del>Shift</del>
Indikator	IR	ER																
1. Suhu tubuh	4	5																
2. Suhu kulit	4	5																
Indikator	IR	ER																
1. Kejang	4	5																








Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi Sumatif	TTO																								
17-06-2025 14.10	Defisit Nutrisi (0.0019)	<p>S : Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dan minum sedikit - sedikit tapi sering , Ibu juga mengatakan anaknya masih sarawan sehingga nafsu makannya menurun.</p> <p>O : 1. Pasien tampak menghabiskan 1/4 porsi makan 2. Diketahui pasien masih sarawan dimulut 3. Sudah diberikan obat nistatin 1 tetes pagi hari</p> <p>A : Masalah Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr><tr><td>1. Porsi makan yang dihabiskan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menurun</li><li>2. Cukup menurun</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup meningkat</li><li>5. Meningkat</li></ol> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr><tr><td>1. Sarawan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Meningkat</li><li>2. Cukup meningkat</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup menurun</li><li>5. Menurun</li></ol> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr><tr><td>1. Berat Badan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Nafsu makan</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>3. Panjang Badan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memburuk</li><li>2. Cukup memburuk</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup membaik</li><li>5. Membaik</li></ol> <p>P : lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	IK	EK	1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5	Indikator	IK	EK	1. Sarawan	3	5	Indikator	IK	EK	1. Berat Badan	3	5	2. Nafsu makan	4	5	3. Panjang Badan	3	5	<del>17-06-2025</del>
Indikator	IK	EK																									
1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5																									
Indikator	IK	EK																									
1. Sarawan	3	5																									
Indikator	IK	EK																									
1. Berat Badan	3	5																									
2. Nafsu makan	4	5																									
3. Panjang Badan	3	5																									






Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Hasil	TTD																		
Jam	Keperawatan																				
17-06-2025	Risiko Cedera (D.0136)	S : Ibu pasien mengatakan siap melapor jika ada tanda - tanda kejang ulang . O : 1. Tidak ada tanda kejang ulang 2. Tanda - tanda vital didapatkan data : Suhu 36.6 °C RR 23 x /menit Nadi 106 x /menit SpO2 98% A : Masalah Risiko Cedera teratasi sebagian																			
14.20		<table border="1"><thead><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Kemampuan Identifikasi risiko kejang</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>3. Sikap positif</td><td>5</td><td>5</td></tr></tbody></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menurun</li><li>2. Cukup Menurun</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup meningkat</li><li>5. Meningkat</li></ol> <table border="1"><thead><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Melaporkan frekuensi kejang .</td><td>4</td><td>5</td></tr></tbody></table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Meningkat</li><li>2. Cukup meningkat</li><li>3. Sedang</li><li>4. Cukup menurun</li><li>5. Menurun</li></ol> <p>P : 1. Anjurkan untuk selalu mengawasi pasien 2. Lanjutkan kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika terjadi kejang ulang kembali</p>	Indikator	IK	EK	1. Kemampuan Identifikasi risiko kejang	5	5	2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5	3. Sikap positif	5	5	Indikator	IK	EK	1. Melaporkan frekuensi kejang .	4	5	
Indikator	IK	EK																			
1. Kemampuan Identifikasi risiko kejang	5	5																			
2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5																			
3. Sikap positif	5	5																			
Indikator	IK	EK																			
1. Melaporkan frekuensi kejang .	4	5																			

# LAMPIRAN 10

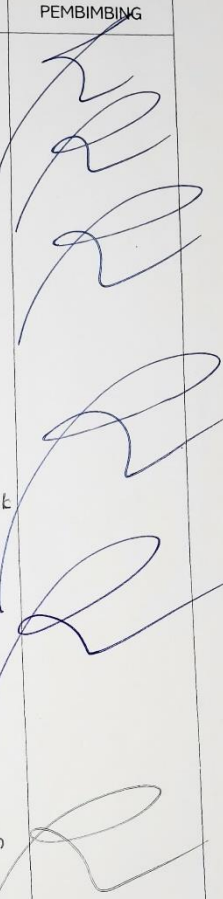
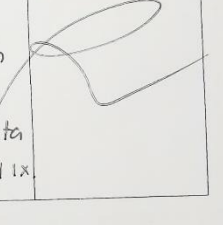
## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.		- Pengajuan judul	
2.		- Tambahan FCT - Tambahkan Hospitalisasi - Tambahkan kasus yang menyebabkan hipertermia.	
3.	22/5-2025	- Perbaiki latar belakang : urutan paragraf, ketertarikan, mulai dengan pembahasan anak, tumbuh kembang & usia...	
4.	29/5-2025	- kata pengantar "judulnya" - Masih ada typing eror - Data WHO terbaru penyakit Infeksi - NCP potret - Daftar pustaka perbaikan	
5.	28/5-2025	all of seminar proposal KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

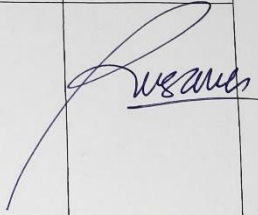
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	24/5 - 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tata naskah baik, hanya ada beberapa alinea yang belum nyambung</li> <li>- Masih banyak typing eror</li> </ul>	
2.	26/5 - 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masih ada typing eror</li> <li>- Alinea belum rapih</li> <li>- Belum ada kerangka teori</li> </ul>	
3	28/5 - 25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aee magu Seminar proposee</li> </ul>	

## LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	16/6.2025	Membahas tentang pengkajian pasien dan kesesuaian data pasien dengan kasus	
2.	17/6.2025	Membahas terkait Data DS DO pada analisa data.	
3.	18/6.2025	Konsultasi terkait diagnosa.	
4.	23-06/2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membahas usia kronologis pasien</li> <li>- Membahas Data keluhan utama dengan kesesuaian kasus</li> <li>- Penambahan diagnosa keperawatan</li> <li>- Ringkasan keperawatan dilengkapi (Isinya data-data abnormal pasien dan Implementasi yang sudah dilakukan oleh perawat)</li> <li>- Tambahkan tabel ideal tumbuh kembang anak</li> </ul>	
5	24/6.2025	perbaiki BAB III, Lasut BAB IV & V plus daftar pustaka	
6.	26/6.2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pembahasan dengan menambah justifikasi berdasar referensi</li> <li>- BAB kesimpulan Hanya membahas data hipertermia saja, siapkan lengkap konsul 1x</li> </ul>	

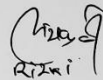
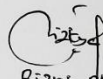
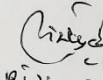
Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
6	30/6.2025	ada yang harus KTI	

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	17-06-2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan Data laboratorium</li> <li>- Urutan jam Intervensi</li> <li>- Lengkapi pengkajian keperawatan</li> <li>- Pemeriksaan fisik</li> <li>- Pengkajian nutrisi &amp; Status Cairan</li> </ul>	 Rizki Dwi
2.	26-06-2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi analisa data</li> <li>- Diagnosa Defisit nutrisi tambahkan BB dan Panjang Badan Ideal</li> <li>- Dibagian kebutuhan dasar Biologis ditambahkan pengkajian makan</li> <li>- Lengkapi sket defisit nutrisi</li> <li>- Perbaiki evaluasi sumatif</li> </ul>	 Rizki Dwi
3.	01-07-2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Evaluasi</li> <li>- ACC</li> </ul>	 Rizki Dwi