

L

A

M

P

I

R

A

N

LAMPIRAN 1

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Eti
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 Mastidah)

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
A.	FASE ORIENTASI			
	1. Mengucapkan salam/ menyapa klien	2		
	2. Memperkenalkan diri	2		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan	5		
	4. Menyiapkan alat	3		
	5. Mencuci tangan	3		
B.	FASE KERJA			
	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		

C.	FASE TERMINASI			
	1. Melakukan evaluasi	5		
	2. Mencuci tangan	3		
	3. Berpamitan	3		
D.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
	1. Ketenagan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	5		
	3. Ketelitian selama tindakan	3		
	JUMLAH	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
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program Penilaian tingkat perkembangan (KPSP)	4		
2	Menyiapkan alat	4		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	5		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	5		
4	Menjelaskan langkah prosedur	5		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
6	Menyiapkan alat tulis,kertas dan form KPSP	5		
C	FASE KERJA			
1	Membaca Bismillahirrohmaanirrohiim	3		
2	Menghitung usia kronologis dengan benar	12		
3	Menggunakan form KPSP sesuai usia anak	12		
4	Menanyakan dan melakukan tes perkembangan sesuai dengan	12		
	form KPSP yang digunakan (sesuai dengan usia anak)			
5	Menginterpretasikan hasil KPSP	12		
6	Membaca Alhamdulillah	3		
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan intervensi interpretasi hasil KPSP kepada orang tua	5		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	5		
3	Berpamitan	4		
	TOTAL	100		

Keterangan :

Observer

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

LAMPIRAN 4

FORMAT KPSP

Algoritme Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

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

1. Hitunglah berapa jumlah jawaban Ya.
 - a. Jawaban Ya, bila ibu/pengasuh menjawab: anak bisa atau pemah atau sering atau kadang-kadang melakukannya.
 - b. Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak pemah atau ibu/pengasuh anak tidak tahu.
2. Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (S).
3. Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
4. Jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).

5. Untuk jawaban 'Tidak', perlu dirinci jumlah jawaban 'Tidak' menurut jenis keterlambatan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

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
Bayi dipangku ibunya/pengasuh di tepi meja periksa			
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	✓
Tanya Ibu/Pengasuh			
5	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulang-ulang di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan 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	✓
Coba berdirikan anak:			
10	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	Gerak Kasar	✓
	TOTAL		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 |cembung anak sesuai dengan usianya .

TAHAPAN PERKEMBANGAN DAN STIMULASI UMUR 9 -12 BULAN

GERAK KASAR

TAHAPAN PERKEMBANGAN

- Mengangkat badannya pada posisi berdiri
- Belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan pada kursi/meja
- Dapat berjalan dengan dituntun

STIMULASI

Stimulasi yang perlu dilanjutkan:

- Merangkak
- Berdiri
- Berjalan sambil berpegangan
- Berjalan dengan bantuan

GERAK HALUS

TAHAPAN PERKEMBANGAN

- Memasukkan benda ke mulut
- Menggenggam erat pensil

STIMULASI PERKEMBANGAN

1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan:
 - Memasukkan benda ke dalam wadah
 - Bermain dengan mainan yang mengapung di air

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.

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.

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 memasak dari plastik atau benda-benda yang ada di dapur seperti gelas, mangkuk, sendok, tutup gelas dari plastik.

BICARA BAHASA

TAHAPAN PERKEMBANGAN

- Mengulang/menirukan bunyi yang didengar
- Menyebut 2 - 3 suku kata yang sama tanpa arti
- Bereaksi terhadap suara yang perlahan atau bisikan

STIMULASI

1. Stimulasi yang perlu dilanjutkan:

- a. Berbicara
- b. Menjawab pertanyaan
- c. Menyebutkan nama, gambar-gambar di buku/majalah

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 mengulanginya.

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.

4. Bersenandung dan bernyanyi

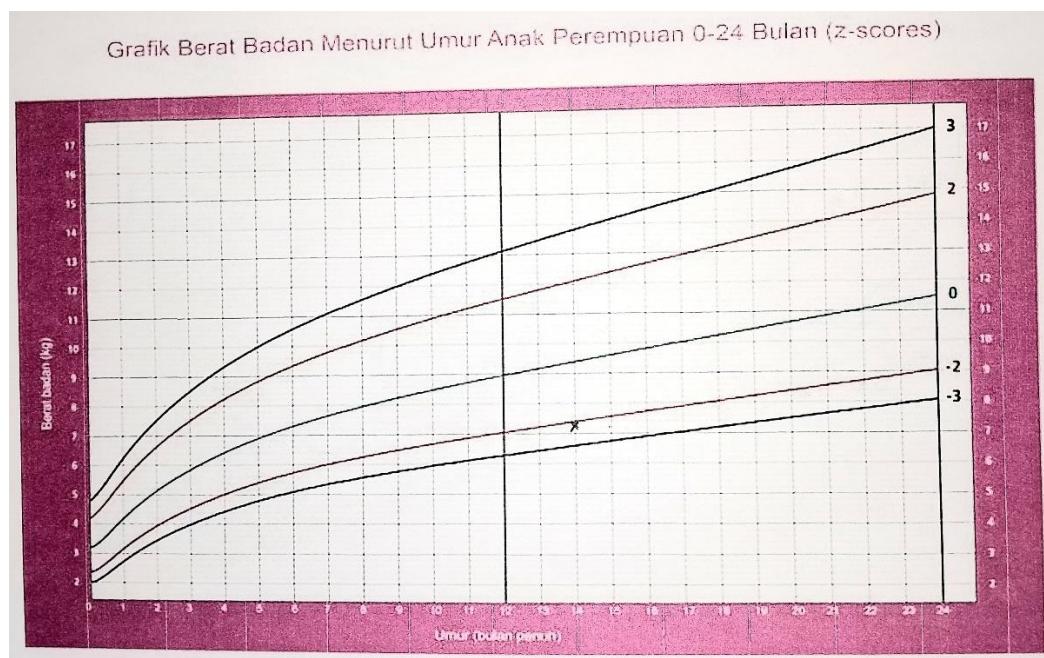
Nyanyikan lagu dan bacakan syair anak kepada bayi sesering mungkin.

SOSIALISASI KEMANDIRIAN

TAHAPAN PERKEMBANGAN

1. Mengulurkan lengan/badan untuk meraih mainan yang diinginkan
2. Senang diajak bermain CILUK BA
3. Mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenal
4. Mengeksplorasi sekitar, ingin tahu, ingin menyentuh apa saja.

LAMPIRAN 5



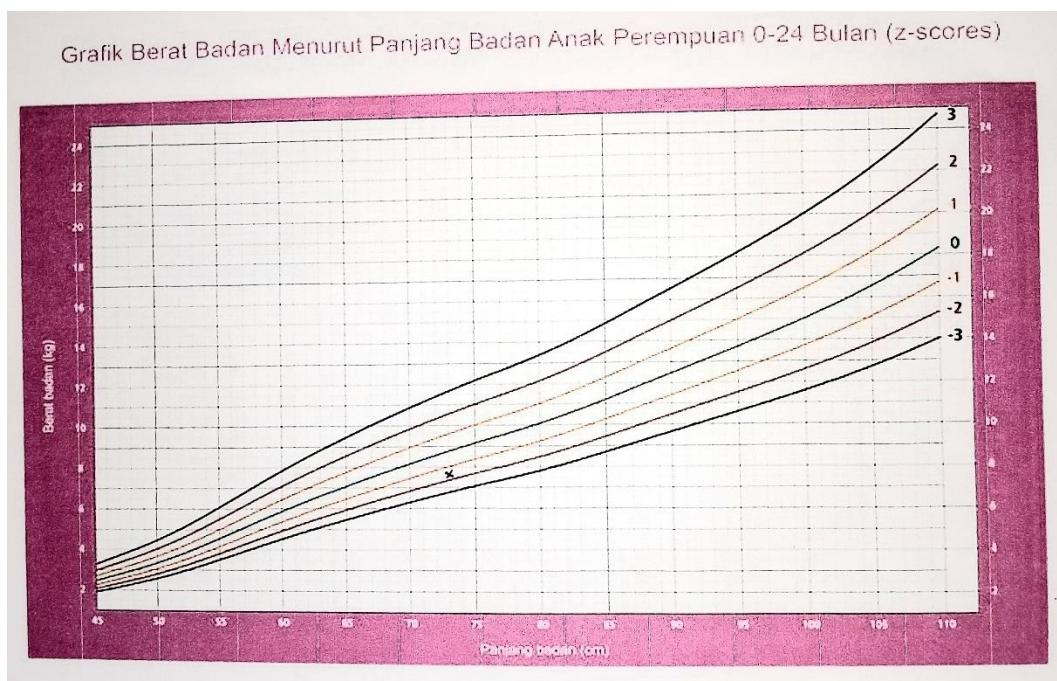
Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Perempuan

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 ¹	> +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 ²	> +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>) ³	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>) ³	- 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

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	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:

- 1 Anak yang termasuk pada kategori ini mungkin memiliki masalah pertumbuhan, perlu dikonfirmasi dengan BB/TB atau IMT/U
- 2 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).
- 3 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	37,8 °C	N: 16 x / menit RR: 22 x / menit SPO2: 98%	Anak tampak kooperatif dan tidak menangis	Orang tua mengizinkan dilakukan tindakan pengobatan
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 anaknya dilakukan WTS.
3	Selasa 17-06-2025 09.25 WIB	—	—	—	—	Tidak dilakukan 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 :

Genitalia :

Ekstremitas :

Kulit :

Tanda vital :

X. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

Kemandirian dan bergaul :

Motorik halus :

Kognitif dan bahasa :

Motorik kasar :

XI. Infromasi 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

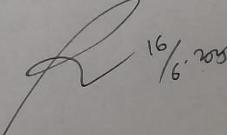
Tempat praktik : RSI Cilacap

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 : Dr. 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°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

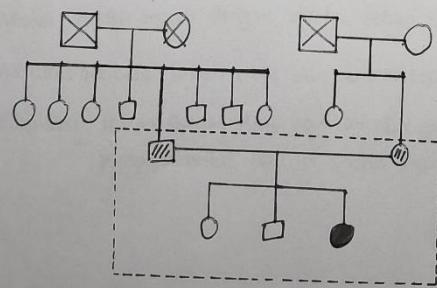
Kecelakaan : Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan

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 Tetes (OPV) 4 kali, usia 0, 2, 3, dan 9 bulan
4. DPT-HB-Hib (Pentabio) 3 kali, usia 2, 3, dan 9 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

 16/6/2018



VI. Riwayat Sosial

Yang mengasuh : Ibu (Ny. E) dan Ayah (Jn. 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 disekat setiap sore hari

Aktifitas bermain : pasien aktif dan normal sesuai dengan perkembangannya.

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

16/6/2023



VIII. Keadaan Kesehatan Saat Ini

Diagnosis medis : Febris konvulsi

Tindakan operasi : Tidak Ada.

Status nutrisi : Grafik KM5 terlambat

Status cairan : BB : 7,2 kg → karena BB kurang dari 10 kg menggunakan rumus
100 ml × BB : ml / hari

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

Obat-obatan : Paracetamol Infus 80 mg / drip

Infus RL 500 ml dengan kecepatan 8 tpm makro.

Injeksi diazepam 3 mg, jika perlu

Nistatin (sariawan) drop 2×1 tetes

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

Tindakan keperawatan :

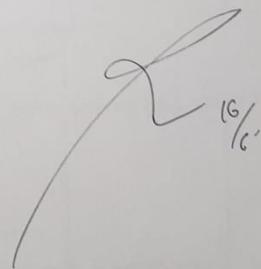
1. Memonitor tanda-tanda vital
2. Memonitor keluhan pasien seperti demam
3. Mengidentifikasi status nutrisi
4. Memonitor asupan makanan
5. Memonitor tanda kewargi bangsa

16/6/2015



Hasil laboratorium :

Hasil Laboratorium			
Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah rutin analyzer 6 DFF			
Hemoglobin	11.6	9.6 - 16.6	g/dL
Leukosit	16.100	5.800 - 17.800	$10^3/\mu\text{L}$
Hematokrit	34.0	39 - 48	%
Trombosit	360.000	150.000 - 450.000	$10^3/\mu\text{L}$
Eritosit	4.31	3.90 - 5.20	$10^10/\mu\text{L}$
HJL			
Eosinofil (low)	2.0	4.1	%
Neutrofil (high)	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	30 - 36	%

 16/6



Hasil rontgen : Tidak Ada

Data tambahan : Tidak Ada

IX. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Keadaan umum klien baik, kesadaran compas metis, GCS 15

TB / BB : Panjang badan 73 cm dan BB 71,2 kg

Lingkar kepala : 45 cm

Mata : Simetris, sklera non ikterik, konjungtiua merah muda

Hidung : Simetris, tidak terdapat sekret

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

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

Tengkuk : Tidak ada jegas, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

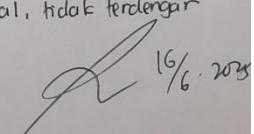
Dada : Simetris, dada terlihat datar, kenaikan dinding dada simetris.

Jantung : Inspeksi : Denyutan jantung letus cordis terlihat
Palpasi : Teraba denyutan nadi letus cordis
Perkusi : Bunyi lub-dup jantung normal, batas jantung tidak melebar
Auskutasi : Bunyi S1 lebih dari S2

Paru - paru : Inspeksi : gerakan dinding dada simetris
Palpasi : Fermitus taktil simetris, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Sonor

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

 16/6/2023



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

Punggung : Simetris, tidak ada kelainan tulang punggung
Genitalia : Area genitalia bersih tidak ada ruam akibat pampers
Ekstremitas : Ketebalan otot ekstremitas atas dan bawah
(kanan) $\frac{5}{5}$ (kiri) $\frac{5}{5}$

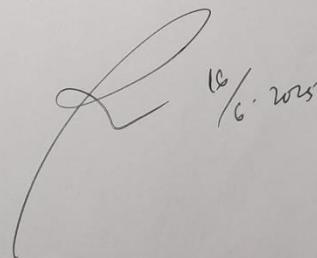
Kulit : Kulit sedikit kering, warna kulit sawo matang, turgor kulit normal (kembali \leq 2 detik)

Tanda vital : Suhu Tubuh : 36.8°C
Nadi : 109 x /menit
Pp : 21 x /menit
SpO2 : 98 %

X. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

Kemandirian dan bergaul : Anat sering bermain dengan teman sebayanya, dan ditemani oleh Ibunya saat bermain

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


10/2021



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

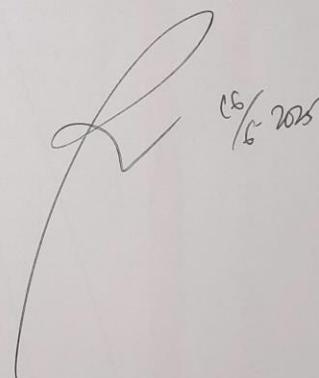
Motorik kasar : Anak sudah bisa berdiri dengan berpegangan pada sesuatu

XI. Infromasi Lain

Sebelumnya Anak tidak pernah mengalami kerang seperti ini saat demam. Dan pada tanggal 19 sore pasien langsung dibawa ke RS1 untuk dirawat. Pasien hanya mengalami kerang saat dirumah dan saat di RS1 pasien tidak mengalami kerang ulang.

XII. Ringkasan Riwayat Keperawatan

Pasien datang karena demam suhu 38°C dan disertai kerang selama sekitar 1 menit saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit. Sudah diberikan paracetamol Infus melalui Intravena dengan dosis 80 mg





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. Infromasi Lain

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

XII. Ringkasan Riwayat Keperawatan

Pasien datang karena demam suhu 38°C dan disertai kejang selama sekitar 1 menit saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit. Sudah diberikan paracetamol Infus melalui Intravena dengan dosis 80mg


16/6/2022



Analisa Data

No	Data DS / DO	Etiologi	Problem
1.	DS : 1. Ibu pasien mengatakan pasien demam 2. Ibu pasien mengatakan pasien kejang selama sekitar 1 menit saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit DO : 1. Suhu tubuh pasien 38.2°C 2. RR $22x$ / menit 3. Nadi $110x$ / menit 4. SPO2 98% 5. Kulit terasa hangat	Proses Penyakit	Hipertermia (D. 0130)
2.	DS : 1. Ibu pasien mengatakan anak mau makan sedikit - sedikit tapi sering 2. Ibu pasien mengatakan terdapat sariawan di langit - langit mulut DO : 1. BB pasien 7.2 kg (BB ideal pada KNS: 9.9 kg) BB pasien 70.6% dari BB ideal pada KNS 2. PB pasien 73 cm (BB ideal pada KNS 81 cm) 3. Terdapat sariawan di langit - langit mulut 4. Pasien tampak sudah menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makananya.	Faktor Psikologis (keengganan untuk makan akibat nyeri sariawan)	Defisit Nutrisi (D. 0019)
3.	Faktor Risiko : 1. Resiko kejang 2. Ketidak normalan profil darah - Eosinofil 2.0% (low) - Neutrofil 78.9% (high) - Limfosit 14.3% (low)	-	Risiko Cedera (D. 0136)

(GELATIK)

Prioritas Keperawatan :

1. Hipertermia (D.0180) b.d proses penyabot d.d suhu tubuh 38.2°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 dilenggit-langit mulut, berat badan pasien 7.2 kg, panjang badan 73 cm pada usia 1 tahun 2 bulan.
3. Risiko Cedera (D.0136) d.d faktor resiko kejang dan ketidaknormalan profil darah.

Rencana Keperawatan		SLK1	SIC1	Paraf / Nama									
Tanggal	Diagnosa Keperawatan												
15-06-2025	Hipertermia (D.0180)	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan Termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :	Manajemen Hipertermia (C.15506)	Signature									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Suhu tubuh</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. Suhu kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membait 	Indikator	IK	ER	1. Suhu tubuh	2	5	2. Suhu kulit	3	5	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Ukur suhu tubuh via temporal (dahi) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu ruang 2. Angurkan Input cairan oral sesuai kebutuhan 3. Lakukan tindakan water tepid sponge (WTS) 4. Longgarkan atau lepaskan pakaian <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring cairan Intravena 2. Kolaborasi pemberian antipiretik (paracetamol) Infus. 	
Indikator	IK	ER											
1. Suhu tubuh	2	5											
2. Suhu kulit	3	5											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kejang</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Indikator	IK	ER	1. Kejang	3	5					
Indikator	IK	ER											
1. Kejang	3	5											

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SUKI	SUKI																		
15-06-2023	Defisit Nutrisi (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.08030) setelah dilakukan hindutan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Porsi makan yang dihabiskan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	Indikator	IK	ER	1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum sedikit-sedikit. Tapi sering. <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat Nistatin untuk Samawan sesuai aduan dokter. 	<p>Paraf</p> <p>Nama</p> <p>Signature</p>											
Indikator	IK	ER																			
1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5																			
		<p>Indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IK</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sarawan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	IK	ER	1. Sarawan	3	5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Indikator	IK	ER	1. Berat Badan	3	5	2. Nafsu makan	3	5	3. Panjang Badan	3	5	
IK	ER																				
1. Sarawan	3	5																			
Indikator	IK	ER																			
1. Berat Badan	3	5																			
2. Nafsu makan	3	5																			
3. Panjang Badan	3	5																			
				(GELAT)																	

Tanggal	Diagnosa	SUKI	SIKI	Ranaf
	Keperawatan			Nama
15-06-2025	Risiko Cedera	Kontrol kejang (L.OGOSO) (D.O136)	Pencegahan kejang (I.I4542) Setelah dilakukan tindakan Observasi: keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kontrol kejang meningkat dengan kriteria hasil s	Ch... 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Baringkan pasien agar tidak terjatuh 3. Pendaftarkan ketinggian tempat tidur 4. Pasang sid-rail tempat tidur 5. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam.
	Indikator	IF EK		
	1. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko / pemicu kejang	3 5		
	2. Kemampuan mencegah faktor risiko / pemicu kejang	3 5		
	3. Sikap positif	5		
	Keterangan :			
	1. Menurun		1. Angsuran keluarga segera melapor jika ada tanda-tanda kejang.	
	2. Cukup menurun			
	3. Sedang		2. Kolaborasi:	
	4. Cukup meningkat		1. Kolaborasi: pemberian obat antikonvulsan, jika perlu	
	5. Meningkat			
	Indikator	IF EK		
	1. Melaporkan frekuensi kejang	3 5		
	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 kerumah sakit. O: Diketahui riwayat demam disertai ketang sak sebelum dibawa ke rumah sakit.	SIAGA
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	SIAGA
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	SIAGA
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-score) Dibawah -2 SD.	SIAGA
14.30	Defisit Nutrisi (D.0019)	5. Mengidentifikasi alergi makanan	S: ibu pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan.	SIAGA

(GELATIK)

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
14.35	Defisit Nutrisi (D.0019)	6. Mengidentifikasi makanan yang disukai	O: Diketahui pasien tidak memiliki alergi makanan S: Ibu pasien mengatakan anak menyukai bubur O: Diketahui makanan yang disukai pasien yaitu bubur	Sign
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 meng- habiskan 1/2 porsi makan	Sign
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	Sign
15.00	Defisit Nutrisi (D.0019)	9. Mengajurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum sedikit-sedikit	S: Ibu pasien mengatakan slap mengikuti anjuran O: keluarga tampak kooperatif tapi sering dalam mengikuti anjuran	Sign
15.20	Risiko Cedera (D.0136)	10. Memonitor tanda-tanda utal	S: - O: Suhu 38,2°C, N 40x/menit RR 22x/menit, SpO2 98%	Sign
15.25	Hipertermia (D.0130)	11. Mengukur suhu tubuh via temporal (dahi)	S: - O: Suhu 38,2°C	Sign
15.30	Hipertermia (D.0130)	12. Berkolaborasi pemberian antipiretik paracetamol Infur	S: - O: pasien diberikan paracetamol Infur 80 mg/drip	Sign
15.35	Hipertermia (D.0130)	13. Mengajurkan tirah baring	S: Ibu pasien mengatakan slap mengikuti anjuran. O: Pasien tampak sedang berbaring diatas tempat tidur	Sign

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Formatif
16.00	Kipertermia (D.0130)	14. Melakukan tindakan water tepid sponge dengan cara menyiapkan baskom berisi air hangat, handuk bering dan waslap. Mencuci tungan sebelum tindakan dan menggunakan handsoap kemudian mengelakkan prosedur WTS pada keluarga, lalu mengukur suhu tubuh anak sebelum WTS dan membubuh pakaian anak. Membasuh waslap dengan air hangat kemudian melakukan penyeluaran secara menyeluruh selama 15 minit. Menghentikan tindakan jika suhu tubuh mendekati normal lalu keringkan tubuh pasien dan pakaikan baju.	S : Ibu pasien mengatakan anaknya tampak nyaman setelah disetuh. O : Pasien kooperatif, suhu tubuh setelah di WTS menjadi 37.3°C
16.50	Hipertermia (D.0130)	14. Melonggarkan pakaian	S : Ibu pasien mengatakan memakaikan pakaian yang longgar untuk kenyamanan anak O : pasien tampak mengenakan pakaian longgar.
17.00	Hipertermia (D.0130)	15. Memonitoring Cairan Intravena	S : - O : Pasien dilinfur dan diberikan cairan RL dengan kecepatan

(GELATIK)

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD								
			teter & tpm makro, aliran Infus tampak lancar.									
19.10	Risiko Cedera (D.013G)	16. Mensiauhkan benda - benda berbahaya terutama benda tajam	S: - O: Area sekitar tempat tidur pasien tampak bersih dan aman	<i>Sign</i>								
19.15	Risiko Cedera (D.013G)	17. Mengangurkan keluarga segera melapor jika ada tanda-tanda kejang	S: Ibu pasien mengatakan strap mengikuti anguran O: Keluarga tampak memahami anguran yang diberikan.	<i>Sign</i>								
Evaluasi hari ke - 1												
Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif	TTD									
15-06-2025 20.00	Hipertermia (D.0130)	<p>S: 1. Ibu pasien mengatakan demam anak sudah turun</p> <p>2. Ibu pasien mengatakan anak tidak ada kejang ulang kembali</p> <p>O: 1. Suhu tubuh terakhir 36.6°C</p> <p>2. Tidak tampak tanda-tanda kejang ulang</p> <p>3. Pasien sudah diberikan paracetamol Infus 80 mg /drip</p> <p>4. Suhu kuit pasien sudah tidak panas.</p> <p>A: Masalah hipertermia belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IP</th> <th>EF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Suhu tubuh</td> <td>9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. Suhu kulit</td> <td>9</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Indikator	IP	EF	1. Suhu tubuh	9	5	2. Suhu kulit	9	5	<i>Sign</i>
Indikator	IP	EF										
1. Suhu tubuh	9	5										
2. Suhu kulit	9	5										



Tanggal	Diagnosa	Keterangan	Golongan Sumatif		
			Indikator	IR	ER
		1. Kefang		4	5
		Keterangan :			
		1. Meningkat			
		2. Cukup meningkat			
		3. Sedang			
		4. Cukup menurun			
		5. Menurun			
15-06-2025 20.10	Defisit Nutrisi (D-0019)	P : 1. Lanjutkan pemantauan suhu berkala 2. Lanjutkan pemberian antipiretik jika demam 3. Lanjutkan melatihkan WTS jika anak demam untuk menurunkan suhu tubuh.			
		S : 1. Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering			
		O : 1. Pasien tampak menghabiskan 1/2 porti makan			
		2. Pasien masih sarawan dilangit-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	IR	ER	
		1. Porti Makan yang dihabiskan	3	5	
		Keterangan :			
		1. Menurun			
		2. Cukup menurun			
		3. Sedang			
		4. Cukup meningkat			
		5. Meningkat			
		Indikator	IR	ER	
		1. Sarawan	3	5	
		Keterangan :			
		1. Meningkat			
		2. Cukup meningkat			
		3. Sedang			

GELATIK

15-06-2025 10.20

Risiko Cedera

S : ibu pasien mengatakan merasa lebih tenang
karena anaknya tidak mengalami kejang ulang,
dan siap melapor jika ada tanda kejang

O : 1. Anak tampak tidak ada gejala kejang ulang
2. Tanda-tanda vital diperoleh data
Suhu 36,6 °C, nadi 110x/ menit, PR 22x/
menit, SpO2 98 %
3. Tidak ada benda tajam atau berbahaya
disekitar pasien.

A : Masalah Risiko Cedera teratasi sebagian

Indikator	IR	EK
1. Kemampuan identifikasi faktor risiko kejang	5	5
2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5
3. Sikap positif	4	5

Feterangan :

1. Menurun
2. Cukup menurun
3. Sedang
4. Cukup meningkat
5. Meningkat.



Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif			TTD
		Indikator	IK	ER	
		1. Melaporkan frekuensi kejang	4	5	
Keterangan :					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 					
<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	TTD
Jam	Keperawatan			
16-06-2025 09.00	Hipotermia (D.0130)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajurkan Input Cairan oral sesuai kebutuhan 	S : Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dan minum sedikit - sedikit tapi sering	(tanda)
09.10	Defisit Nutrisi (D.0019)	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengajurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum sedikit tapi sering 	S : Ibu pasien siap mengikuti anjuran yang diberikan, ibu pasien juga mengatakan antrinya masih sanawon	(tanda)
09.20	Defisit Nutrisi (D.0019)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Berkolaborasi pemberian obat nistatin 	O : Pasien tampak kooperatif	(tanda)
10.50	Risiko Cedera (D.0136)	<ol style="list-style-type: none"> 4. Memonitor tanda-tanda vital 	S : - O : Suhu 38°C, N 112x1 menit.	(tanda)

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
Jam	keperawatan			
			RR 22x/ menit. SpO2 98%	
10.55	Hipertermia (D.0130)	5. Mengukur suhu tubuh viva temporal (dahi)	S: - O: Suhu tubuh 38°C	<i>Stephan</i>
11.00	Hipertermia (D.0130)	6. Bertolaborasi pemberian antipiretik (paracetamol)	S: - O: Pasien diberikan paracetamol Infus 80 mg /drip	<i>Stephan</i>
11.10	Hipertermia (D.0130)	7. Melakukan tindakan water tepid sponge dengan cara menyiapkan basotom bersih air hangat, handuk kering, dan waslap. Mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan handscrub kemudian menjelaskan prosedur WTS pada keluarga dan membuka pakaian anak. Membasahi waslap dengan air hangat kemudian melakukan penyekaan secara menyeluruh selama 15 menit. Menghentikan tindakan jika suhu tubuh mendekati normal, lalu keringkan tubuh pasien dan pakaikan baju.	S: Ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya dilakukan penyekaan O: Suhu tubuh pasien menurun menjadi 37,2°C. Setelah dilakukan WTS	<i>Stephan</i>
11.35	Defisi Nutrisi (D.0019)	8. Memonitor Asupan Makanan	S: - O: Pasien tampak menghabiskan 1/2 porsi makan.	<i>Stephan</i>
11.50	Risiko Cedera (D.0136)	9. Mengajurkan keluarga segera melapor jika ada tanda-tanda kerang	S: Ibu pasien mengatakan pasie selalu dalam pengawasan O: Tidak ditemukan tanda kerang ulang	<i>Stephan</i>



Evaluasi hari ke-2

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	TTD									
Jam	Kepemerawatan											
16-06-2025	Hipertermia	S : 1. Ibu pasien mengatakan demamnya sudah turun	<i>[Signature]</i>									
14.00	(D.0130)	2. Ibu pasien mengatakan anotnya tampak lebih nyaman setelah dilakukan WTS										
		O : 1. Suhu tubuh pasien setelah dilakukan WTS turun menjadi 37,2 °C										
		2. Pasien sudah diberikan paracetamol 80 mg / clip										
		3. Tidak ditemukan tanda kejang ulang selama shift.										
		A : Masalah hipertermia belum teratasi										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Suhu tubuh</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>2. Suhu kulit</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	IR	ER	1. Suhu tubuh	+	+	2. Suhu kulit	+	+	
Indikator	IR	ER										
1. Suhu tubuh	+	+										
2. Suhu kulit	+	+										
		Keterangan :										
		1. Memburuk										
		2. Cukup memburuk										
		3. Sedang										
		4. Cukup membantik										
		5. Membantik										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kejang</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	IR	ER	1. Kejang	+	+				
Indikator	IR	ER										
1. Kejang	+	+										
		Keterangan :										
		1. Meningkat										
		2. Cukup meningkat										
		3. Sedang										
		4. Cukup menurun.										
		5. Menurun.										
		P : 1. Langutkan pemantauan suhu tubuh										
		2. Langutkan pemberian antipiretik jika demam.										
		3. Langutkan tindakan wts jika demam untuk menurunkan suhu tubuh										
		4. Angurilcan Input cairan oral sesuai kebutuhan.										

(GELATIK)

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif		TTD
Jam	Keperawatan			
16-06-2025	Defisit Nutrisi	S : Ibu pasien mengatakan pasien mau makan dan minum sedikit - sedikit terjadi sering.		Sign
14.10	(D.0019)	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	1	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
TID
TID

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Sumatif
16-06-2025 14.20	Risiko Cidera. (D.0136)	<p>S : Ibu pasien mengatakan saat melahiran tidak ada tanda-tanda kejang ulang.</p> <p>O : 1. Tidak terjadi kejang ulang selama shift.</p> <p>2. Tanda-tanda vital didapatkan data :</p> <p>Suhu : 36.6°C</p> <p>Nadi : $110 \times / \text{menit}$</p> <p>RR : $23 \times / \text{menit}$</p> <p>SpO2 : 98%</p>	<p>✓</p>

A : Masalah Risiko Cidera teratasi sebagian

Indikator	IR	ER
1. Kemampuan identifikasi risiko kejang	5	5
2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko kejang	4	5
3. Sikap positif	5	5

Keterangan :

1. Menurun
2. Cukup menurun
3. Sedang
4. Cukup meningkat
5. Meningkat

Indikator	IR	ER
1. Melaporkan frekuensi kejang	4	5

Keterangan :

1. Meningkat
2. Cukup meningkat
3. Sedang
4. Cukup menurun
5. Menurun

P : Lanjutkan Intervensi

1. Anjurkan keluarga untuk selalu mengawasi pasien.
2. Lanjutkan kolaborasi pemberian antikonvulsan jika terjadi kejang ulang kembali.

Implementasi hari ke-3				
Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
17-06-2021 00.00	Hipertermia (D.0130)	1. Menganturkan Input cairan oral sesuai kebutuhan	S: Ibu pasien mengatakan srup mengikuti anjurran yang diberikan O: Ibu pasien tampak sedang meminum asi ibu	SIAGA
09.10	Defisit Nutrisi (D.0019)	2. Memonitor asupan makanan	S: Ibu pasien mengatakan anak sariawan dan nares makan turun tapi masih makan makan cedikit - sedikit. O: pasien tampak menghabiskan 1/4 porsi makan.	SIAGA
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	SIAGA
09.25	Risiko Cedera (D.018G)	4. Memonitor tanda - tanda vital	S: - O: Suhu 36,6°C, IV 106x/ menit, RR 23x/ menit, SpO2 98%	SIAGA
09.35	Hipertermia (D.0130)	5. Memonitoring cairan Intravena	S: - O: Aliran Infus tampak lancar tidak ada sumbatan	SIAGA
09.40	Risiko Cedera (D.018G)	5. Menganturkan keluarga segera melapor jika ada tanda-tanda kejang	S: Ibu pasien mengatakan srup mengikuti anjuran dan keluarga selalu mengawasi pasien O: Tidak ditemukan tanda-tanda kejang dan keluarga tampak selalu berada disamping pasien.	SIAGA

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Formatif	TTD
Jam	Keperawatan			
11.30	Hipertermia (D.0130)	6. Mengukur suhu tubuh via temporal (dahi)	S: - O: Suhu tubuh 36.6°C	<i>Siap</i>
Evaluasi hari ke-3				
Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif		TTD
Jam	Keperawatan			
17-06-2025	Hipertermia (D.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.		<i>Siap</i>
14.00				
A: Masalah Hipertermia belum teratasi				
	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			
	Indikator	IK	EK	
	1. Kejang	4	5	
Keterangan :				
	1. Meningkat			
	2. Cukup meningkat			
	3. Sedang			
	4. Cukup menurun			
	5. Menurun			
P: 1. Lanjutkan pemantauan suhu tubuh 2. Lanjutkan pemberian antipiretik jika demam 3. Edukasi melalukan wts jika pasien demam kembali				

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	TTO												
Jam	keperawatan														
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 $\frac{1}{4}$ 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>	1/2												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>EK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Porsi makan yang dihabiskan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	IK	EK	1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5							
Indikator	IK	EK													
1. Porsi makan yang dihabiskan	3	5													
		<p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>EK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sarawan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	IK	EK	1. Sarawan	3	5							
Indikator	IK	EK													
1. Sarawan	3	5													
		<p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IK</th> <th>EK</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	Indikator	IK	EK	1. Berat Badan	3	5	2. Nafsu makan	4	5	3. Panjang Badan	3	5	
Indikator	IK	EK													
1. Berat Badan	3	5													
2. Nafsu makan	4	5													
3. Panjang Badan	3	5													
		<p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membantik 5. Membantik 													
		<p>P : Lanjutkan Intervensi</p>													

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Hasil		ITD
		6:	1. Tidak ada tanda kejang ulang 2. Tanda-tanda vital didapatkan data: Suhu 36.6°C RR: $23 \times \text{menit}$ Nadi $106 \times \text{menit}$ SPO2 98%	
17-06-2025 14.20	Risiko Cidera (D-0186)			Stable
A: Masalah Risiko Cidera teratasi sebagian				
		Indikator	IK	EK
		1. Kemampuan identifikasi risiko kejang	5	5
		2. Kemampuan keluarga mencegah faktor risiko berang	4	5
		3. Sikap positif	5	5
Keterangan:				
1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat				
		Indikator	IK	EK
		1. Melaporkan frekuensi kejang	4	5
			..	
Keterangan:				
1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun				
P: 1. Anjurkan untuk selalu mengawasi pasien 2. Lanjutkan kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika terjadi kejang ulang kembali				

LAMPIRAN 10

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

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

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"> - Tata naskah baik, hanya ada beberapa alinea yang belum nyambung - Masih banyak typing eror 	
2.	26/5 - 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Masih ada typing eror - Alinea belum rapih - Belum ada kerangka teori 	
3	28/5 - 2025	<ul style="list-style-type: none"> - ada wajah Seminar proposre 	

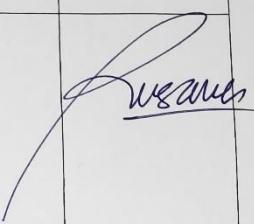
Lampiran 8:

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 OS DO pada analisa data.	
3.	18/6/2025	Konsultasi terkait diagnosis.	
4.	23-06/2025	<ul style="list-style-type: none">- Membahas usia kronologis pasien- Membahas Data keluhan utama dengan kesesuaian kasus- Penambahan diagnosis keperawatan- Ringkasan keperawatan dilengkapi (Isinya data-data abnormal pasien dan implementasi yang sudah dilakukan oleh perawat)- Tambahkan tabel ideal tumbuh kembang anak	
5	24/6/2025	perbaiki BAB III, Lanjutkan BAB IV & V plus dapter <i>(minta koreksi)</i>	
6.	26/6/2025	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki pembahasan dengan menambah justifikasi berdasar referensi- BAB kesimpulan Hanya membahas data hipertermia saja, siapkan lengkap konsul ix.	

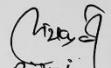
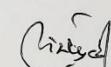
Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (*LOG BOOK*)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
6	30/6.2025	ace yang wajib 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"> - Tambahkan Data laboratorium - Urutan jam Intervensi - lengkapi pengkajian keperawatan - Pemeriksaan fizik - Pengkajian nutrisi & Status cairan 	 Rizki
2.	26-06-2025	<ul style="list-style-type: none"> - lengkapi analisa data - Diagnosa Defisit nutrisi tambahkan BB dan Panjang Badan (ideal) - Dibagian kebutuhan dasar Biologis ditambahkan pengkajian makan - lengkapi SKL defisit nutrisi - Perbaiki evaluasi sumatif 	 Rizki
3.	01-07-2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Evaluasi - ACC 	 Rizki