

LAMPIRAN 1
BIODATA PENULIS

BIODATA PENULISAN



Nama	:	Yuliasari
Tempat Tanggal Lahir	:	Indragiri Hulu 27 Desember 2004
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Status	:	Mahasiswa
Agama	:	Islam
Alamat	:	Kab.Indragiri Hulu, Kec.Batang Cenaku, Desa Kuala Gading RT/RW 011/006
Nama Ayah	:	Ade Roni
Nama Ibu	:	Unyin
Jumlah Saudara	:	Anak Ke 4 Dari 5 Bersaudara
Riwayat Pendidikan	:	1. TK Melati Kuala Gading (2009-2010) 2. SDN 013 Kuala Gading (2010-2016) 3. SMPN 1 Batang Cenaku (2016-2019) 4. SMAN 1 Batang Cenaku (2019-2022) 5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau Tahun (2022-2025)

LAMPIRAN 2
JADWAL KEGIATAN

JADWAL KEGIATAN

[illegible]

LAMPRAN 3
SURAT IZIN MELAKSANAKAN PRA PENELITIAN



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 107
Jakarta Selatan 12120
Telp. (021) 35051
Fax. (021) 35051

Nomor : PP.03.01/F.XLIV/ 13 /2025
Lampiran : 2 (dua) lembar
Hal : Izin Pengambilan Data

22 Januari 2025

Yth,

Direktur RSUD Indrasari Rengat
di

Tempat

Bersama ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa mahasiswa/i Diploma III Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Di Luar Kampus Utama Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau Tahun Akademik 2024/2025 yang beralamat di Jl. Ahmad Tahar No. 01 – Pematang Reba diwajibkan untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami meminta bantuan Bapak/Ibu agar kiranya dapat memberikan Izin atau memfasilitasi kegiatan mahasiswa/i yang tersebut dalam lampiran surat ini supaya dapat melakukan pengumpulan data Awal di lokasi yang akan menjadi tempat penelitiannya.

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
Kampus Kab. Indragiri Hulu

Ns. Deswita M. Kep
NIP. 19741226 200501 2 004



Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan halo.kemkes.go.id
Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://ita.keminfo.go.id/verifikasiPGE>.



Lampiran 1

Nomor : PP.03 01/F.XLIV/ 13 /2025

Tanggal : 22 Januari 2025

DAFTAR NAMA, JUDUL, DAN TEMPAT PRA PENELITIAN MAHASISWA
PRODI D.III KEPERAWATAN DILUAR KAMPUS UTAMA JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU
TA.2024/2025

No	Nama / Nim	Judul Penelitian	Tempat Pra Penelitian	Data Yang Diperlukan
1.	Paskawati P032214472021	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fibroadenoma Mammæ Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD Indrasari Rengat	RSUD Indrasari Rengat	Data Pasien Fibroadenoma Mammæ Pada Januari 2023 S.D Saat Ini
2	Berliandra Sekar Ramadhini P032214472004	Asuhan Keperawatan Post Op Apendeksitis Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Bedah RSUD Indrasari Rengat	RSUD Indrasari Rengat	Data Pasien Apendeksitis Pada Januari 2023 S.D Saat Ini
3	Imelda P032214472010	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemi Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Diruang Rawat Inap Saraf RSUD Indrasari Rengat	RSUD Indrasari Rengat	Data Pasien Stroke Iskemi Pada Januari 2023 S.D Saat Ini
4	Nur Bayah P032214472019	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anemia Dengan Masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif Di Ruang Interna RSUD Indrasari Rengat	RSUD Indrasari Rengat	Data Pasien Anemia Pada Januari 2023 S.D Saat Ini
5	Yuliasari P032214472032	Asuhan Keperawatan Anak Pada Pasien Kejang Demam Dengan Masalah Keperawatan Hipertermia Dirri Anak Indra Sari Renga	RSUD Indrasari Rengat	Data Pasien Kejang Demam Pada Januari 2023 S.D Saat Ini
6	Nurmiza P032214472020	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemi Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Di RRI Saraf Rsud Indrasari Rengat	RSUD Indrasari Rengat	Data Pasien Stroke Iskemi Pada Jaunuari 2023 S.D Saat Ini
7	Muhammad Fadly Alamsyah Salamun P032214472015	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tuberkulosis Dengan Masalah Defisit Nutrisi Di RRI Paru Rsud Indrasari Rengat	RSUD Indrasari Rengat	Data Tbc Pada Jaunuari 2024 S.D Saat Ini
8	Ilham Rahmat Putra P032214472009	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tbc Dengan Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Di Ruang Paru Rsud Rengat	RSUD Indrasari Rengat	Data Pasien Tbc Pada Januari 2023 S.D Saat Ini

LAMIRAN 4
SURAT BALASAN DARI RSUD



PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH INDRASARI

II. Lintas Timur Sumatra, Pematang Reba, Rengat Barat, Indragiri Hulu, Riau 29351
Laman: rsudindrasari.inhukab.go.id E-mail: indrasarirsud@gmail.com



SURAT IZIN PENGAMBILAN DATA
NOMOR : 070/RSUD-TU/2024/353

Yang bertanda tangan dibawah ini : Direktur RSUD Indrasari Rengat dengan ini memberikan izin pengambilan data kepada :

Nama : Yuliasari
NIM : P032214472032
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak pada pasien Kejang Demam dengan masalah Keperawatan Hipertermia di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Indrasari Rengat.

Pada prinsipnya RSUD Indrasari Rengat tidak berkeberatan, selanjutnya diminta pada yang bersangkutan agar dapat mengikuti norma-norma/ ketentuan-ketentuan dasar penelitian yang akan dilaksanakan sebagai berikut :

1. Tidak menyimpang dari ketentuan yang berlaku.
2. Pengambilan data tersebut dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang direncanakan.
3. Setelah selesai pengambilan data diharapkan kepada nama tersebut diatas dapat memberikan hasil KTI yang telah dibuat kepada Direktur Cq.Kabag Tata Usaha RSUD Indrasari Rengat.

Demikian Surat Izin Pengambilan Data ini dikeluarkan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Rengat
Pada Tanggal : 17 Maret 2025

An. DIREKTUR RSUD INDRASARI RENGAT
KEPALA BAGIAN TATA USAHA

Ns. DUWIPAGUS SETIAWAN, S. Kep
NIP. 19751010-199503 1 002

TEMBUSAN : Kepada Yth.

1. Kabid Keperawatan
2. Karu RRI Anak
3. Yang Bersangkutan
4. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN INDRAGIRI HULU
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH INDRASARI

II. Lintas Timur Sumatra, Pematang Reba, Rengat Barat, Indragiri Hulu, Riau 29351
Laman: rsudindrasari.inhukab.go.id E-mail: indrasarirsud@gmail.com



Rengat, 7 April 2025

Nomor : 070/ RSUD/346
Lampiran : -
Hal : Surat Izin Melaksanakan
Penelitian

Kepada Yth :
Ketua Prodi D III Keperawatan
PSDKU Poltekkes Kemenkes Riau
di_
Tempat

Sehubungan dengan surat izin penelitian yang bersangkutan dibawah ini :

Nama : Yuliasari
Judul Penelitian : "Asuhan Keperawatan Anak Kejang Demam dengan
Diagnosa Hipertermia di Ruang Rawat Inap Anak RSUD
Indrasari Rengat".

Kami tidak keberatan dan pada prinsipnya setuju atas penelitian tersebut
dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak menyimpang dari ketentuan yang berlaku.
2. Penelitian tersebut dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang direncanakan.
3. Setelah selesai penelitian diharapkan kepada nama tersebut diatas dapat memberikan hasil KTI yang telah dibuat kepada Direktur Cq.Kabag Tata Usaha RSUD Indrasari Rengat.

Demikian surat Izin Melaksanakan Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat
dipergunakan sebagaimana mestinya.

An. DIREKTUR RSUD INDRASARI RENGAT
KEPALA BAGIAN TATA USAHA



Ns. DUWI AGUS SETIAWAN, S. Kep
NIP. 19751010 199503 1 002

TEMBUSAN : Kepada Yth,

1. Kabid Keperawatan
2. Karu RRI Anak
3. Yang Bersangkutan
4. Arsip

LAMPIRAN 5
LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN (INFORMED COMSEN)

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Ny .Wania dewi

Umur : 43 tahun

Alamat : Puar Sengkrin, Sei Larak

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul
“ Asuhan Keperawatan Anak Dengan Kejang Demam Dengan Diagnose Hipertermia
Diruang Rawat Inap Anak RSUD Indrasari Rengat.” yang dilakukan oleh yuliasari ,
mahasiswa Poltekkes Kemenkes Riau Prodi DIII keperawatan Diluar Kampus Utama.
Jawaban kuesioner ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya secara suka
rela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Pematang Reba, 15 April 2025



Yang menyatakan

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Ny. Andriani

Umur : 32 tahun

Alamat : Desa Lambak, Kraja Cenaku

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Dengan Kejang Demam Dengan Diagnose Hipertermia Diruang Rawat Inap Anak RSUD Indrasari Rengat.” yang dilakukan oleh yuliasari, mahasiswa Poltekkes Kemenkes Riau Prodi DIII keperawatan Diluar Kampus Utama. Jawaban kuesioner ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya secara suka rela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Pematang Reba, 16 April 2025



Yang menyatakan

LAMPIRAN 6
BUKTI PROSES BIMBINGAN

BUKTI PROSES BIMBINGAN**LEMBAR KONSULTASI**

Nama : Yuliasari

NIM : P032214472032

Pembimbing I : Ns.Yulianto.,S.Kep.,M.Pd.,MPH

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TTD
1	KAMIS 15 /05/2025	Bimbingan BAB 4-5	Perbaiki bab 4, implemntasi,evaluas, mengenai tanda dan gejala , pembahasan rencana dan tindakan.	
2.	SENIN 19/05/2025	Bimbingan BAB 4-5	Perbaiki bab 4 mengenai nama ttd pada soap .	
3.	SELASA 20/05/2025	Bimbingan BAB 4-5	Jabarkan evaluasi dengan lebih rinci	
4.	RABU 21/05/2025	Bimbingan BAB 4-5	ACC Ujian hasil	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : yuliasari

NIM : P032214472032

Pembimbing : Ns. Alice Rosy, M. Kep

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TTD
1	19/05 2016	BAB A-5.	Lengkapi di konsultasi berikutnya. Perbaiki sesuai saran	
2	20/5-2016		Perbaiki Abstrak Aca ugan	

LAMPIRAN 7
INSTRUMEN STUDI

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU PRODI DIII KEPERAWATAN DILUAR KAMPUS UTAMA JURUSAN KEPERAWATAN	
NAMA MAHASISWA : YULIASARI TINGKAT / SMT : TINGKAT 3 / SMT 6		

PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

I. Biodata

A. Identitas Klien

1. Nama/Nama panggilan : SHAKA PRANATA, AN
2. Tempat tgl lahir/usia : 05/08/2021, 5 TAHUN 1/2
3. Jenis kelamin : LAKI - LAKI
4. Agama : ISLAM
5. Pendidikan : -
6. Alamat : TAMBAK, KUALA CENAKU, INDRAGIRI Hulu
7. Tgl masuk : 15 APRIL 2025 (jam 01.30.)
8. Tgl pengkajian : 15 APRIL 2025
9. Diagnosa medik : KEJAM DEMAM

B. Identitas Orang tua/wali

1. Ayah/wali
 - a. Nama : Sukardi
 - b. Usia : 43 tahun
 - c. Pendidikan : SMP
 - d. Pekerjaan/sumber penghasilan : Wirausaha
 - e. Agama : Islam
 - f. Alamat : Desa Tambak, Kuala Cenaku
2. Ibu
 - a. Nama : Wiliana Andriani
 - b. Usia : 39 tahun
 - c. Pendidikan : SMP
 - d. Pekerjaan/Sumber penghasilan : IRT
 - e. Agama : Islam
 - f. Alamat : Desa Tambak, Kuala Cenaku

C. Identitas Saudara Kandung

NO	NAMA	USIA	HUBUNGAN	STATUS KESEHATAN
1.	Dania	10	Anak	Sihat.
2.				

II. Riwayat Kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Keluhan Utama : Ibu An. S. mengatakan mengalami kejang kali durasi kejang 10-15 m 1 hari sebelum masuk rumah sakit, anak mengalami demam, batuk pilek.

Riwayat Keluhan Utama :

kejang demam

Keluhan Pada Saat Pengkajian :

keadaan umum : lemah lemas, pucat, tubuh masih terasa hangat dan tanda-tanda vital sebagai berikut : T : 38 °C RR : 25 x/mn HR : 120 x/mn

B. Riwayat Kesehatan Lalu (khusus untuk anak usia 0 – 5 tahun)

1. Prenatal care

- a. Keluhan selama hamil yang dirasakan oleh ibu : Ibu An & mengatakan mengetahui kehamilan saat usia kandungan 9 bulan mendapatkan keluhan TT.
- b. Imunisasi TT : Ya/tidak *

2. Natal

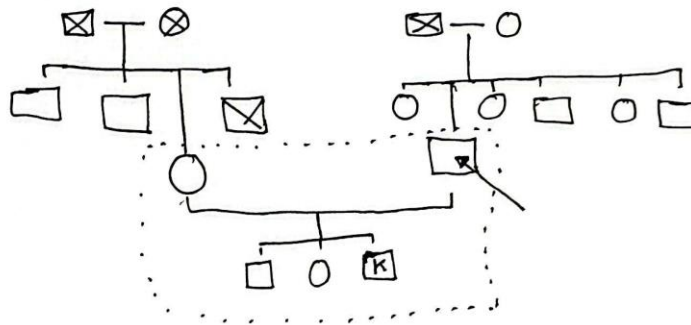
- a. Jenis persalinan : Sesar
- b. Penolong persalinan : Dokter
- c. Komplikasi yang dialami oleh ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan :

3. Post natal

- a. Kondisi bayi : Prematur APGAR
- b. Anak pada saat lahir tidak mengalami :
- (Untuk semua Usia)
- Klien pernah mengalami penyakit :
- pada usia :
- diberikan obat oleh :
- Riwayat kecelakaan :

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



Ket :

LAKI-LAKI



Perempuan



Kepala Keluarga



Meninggal



tinggal serumah

.....

Klien



IV. Riwayat Immunisasi (imunisasi lengkap)

NO	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG	Saat Lahir	1	-
2.	DPT (I,II,III)	Usia 2,3 bulan 9.	3	demam
3.	Polio (I,II,III,IV)	Usia 3 bulan	1	-
4.	Campak	Usia 12 bulan	1	demam
5.	Hepatitis	Usia 9 bulan	1	-

V. Riwayat Tumbuh Kembang

A. Pertumbuhan Fisik

1. Berat badan :¹³..... kg
2. Tinggi badan :⁹⁰..... cm.
3. Waktu tumbuh gigi⁹..... gigi tanggal
..... Jumlah gigi buah.

B. Perkembangan Tiap tahap

Usia anak saat

1. Berguling :⁴..... bulan
2. Duduk :⁹..... bulan
3. Merangkak :¹⁰..... bulan
4. Berdiri :^{2,5}..... tahun
5. Berjalan :^{2,5}..... tahun
6. Senyum kepada orang lain pertama kali :⁴ bulan tahun
7. Bicara pertama kali :^{1,5}..... tahun dengan menyebutkan :
.....
8. Berpakaian tanpa bantuan :⁻.....

VI. Riwayat Nutrisi

A. Pemberian ASI

..... Asi 180

B. Pemberian susu formula

1. Alasan pemberian :
2. Jumlah pemberian :
3. Cara pemberian :

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
0-2	Asi	2 tahun

VII. Riwayat Psikososial

- Anak tinggal bersama : Orang tua di Rumah
- Lingkungan berada di : Perumahan
- Rumah dekat dengan : Orang tua tempat bermain
- kamar klien : dengan Orang tua
- Rumah ada tangga : Tidak
- Hubungan antar anggota keluarga : Baik
- Pengasuh anak : Orang tua

VIII. Riwayat Spiritual

- Support sistem dalam keluarga : Suami
- Kegiatan keagamaan : Pengajian, dll

IX. Aktivitas sehari-hari

A. Nutrisi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Selera makan	2-3 x/hari	1 x sehari

B. Cairan

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jenis minuman	Susu / air putih	susu
2. Frekuensi minum	5-6 gelas / hari	menawar trapi
3. Kebutuhan cairan		1000-2000 ml / hari
4. Cara pemenuhan	minum	

C. Eliminasi (BAB&BAK)

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Tempat pembuangan	wc	Pempers
2. Frekuensi (waktu)	2-5 m	2-5 m
3. Konsistensi	lunak	lunak
4. Kesulitan	tidak	tidak
5. Obat pencahar		

D. Istirahat tidur

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jam tidur - Siang - Malam	≥ 3 jam 3 jam	lebih banyak tidur pada siang hari dan tidur malam jam 8
2. Pola tidur	-	
3. Kebiasaan sebelum tidur	-	
4. Kesulitan tidur	-	

E. Olah Raga

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Program olah raga	bermain bersama	lebih sering berbaring
2. Jenis dan frekuensi	teman pagi & sore	dikempat tidur
3. Kondisi setelah olah raga	hari	

F. Personal Hygiene

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Mandi - Cara - Frekuensi - Alat mandi	Cuci rambut, gosok gigi, mesin dibantu	hanya kompres badan terbutan
2. Cuci rambut - Frekuensi - Cara	2 x 2 x / hari dibantu	Pergerakan karna terpasang lupus.
3. Gunting kuku - Frekuensi - Cara	1 x seminggu dibantu	
4. Gosok gigi - Frekuensi - Cara	gosok gigi dibantu 2 x 1	

G. Aktifitas/Mobilitas Fisik

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Kegiatan sehari-hari	subjek bermain	lebih sering
2. Pengaturan jadwal harian	bersama teman	berbaring.
3. Penggunaan alat Bantu aktifitas	sesuajanya ketika	
4. Kesulitan pergerakan tubuh	pada sore hari dibantu bermain di dalam ru	

H. Rekreasi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Perasaan saat sekolah	siang saat waktu	terbatas kegiatan
2. Waktu luang	sekolah, sore	karna suamng
3. Perasaan setelah rekreasi	libur sekolah pergi liburan.	lupus
4. Waktu senggang klg		
5. Kegiatan hari libur		

X. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : lemas, pucat
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda – tanda vital :
 - a. Tekanan darah : mmHg
 - b. Denyut nadi : 120 x / menit
 - c. Suhu : 38°C °C
 - d. Pernapasan : 25 x/ menit
4. Berat Badan : 13
5. Tinggi Badan : 90
6. Kepala
Inspeksi

Keadaan rambut & Hygiene kepala : Bersih

- a. Warna rambut : hitam
 - b. Penyebaran : -
 - c. Mudah rontok : -
 - d. Kebersihan rambut : Bersih
- Palpasi

Benjolan : ada / tidak ada : tidak ada

Nyeri tekan : ada / tidak ada : tidak ada

Tekstur rambut : kasar / halus : halus

7. Muka Inspeksi

- a. Simetris / tidak : Simetris
 - b. Bentuk wajah : Simetris
 - c. Gerakan abnormal : Simetris
 - d. Ekspresi wajah : Simetris
- Palpasi

Nyeri tekan / tidak : tidak

Data lain : -

8. Mata Inspeksi

- a. Pelpabra : Edema / tidak
Radang / tidak
- b. Sclera : Icterus / tidak
- c. Conjunctiva : Radang / tidak
Anemis / tidak

d. Pupil : - Isokor / anisokor
- Myosis / midriasis
- Refleks pupil terhadap cahaya : Normal

e. Posisi mata :
Simetris / tidak : Simetris
f. Gerakan bola mata : Simetris
g. Penutupan kelopak mata : Normal
h. Keadaan bulu mata : Lentik
i. Keadaan visus : Normal
j. Penglihatan : - Kabur / tidak
- Diptopta / tidak

Palpasi

Tekanan bola mata : -

Data lain : -

9. Hidung & Sinus
Inspeksi

a. Posisi hidung : Simetris
b. Bentuk hidung : Simetris
c. Keadaan septum : Normal
d. Secret / cairan : Normal
Data lain : -

10. Telinga
Inspeksi

a. Posisi telinga : Simetris Kiri & Kanan
b. Ukuran / bentuk telinga : Normal
c. Aurikel : Normal
d. Lubang telinga : Bersih / serumen / nanah
e. Pemakaian alat bantu : -

Palpasi

Nyeri tekan / tidak

Pemeriksaan uji pendengaran

a. Rinne : Normal
b. Weber : Normal
c. Swabach : Normal
Pemeriksaan vestibuler : Normal

Data lain : -

11. Mulut
Inspeksi

- a. Gigi
- Keadaan gigi : Bersih
- Karang gigi / karies : tidak ada
- Pemakaian gigi palsu : tidak ada
- b. Gusi
Merah / radang / tidak : tidak
- c. Lidah
Kotor / tidak : tidak
- d. Bibir
- Cianosis / pucat / tidak : pucat
- Basah / kering / pecah : Kering
- Mulut berbau / tidak : tidak
- Kemampuan bicara : menurun
- Data lain :

12. Tenggorokan

- a. Warna mukosa : Normal
b. Nyeri tekan : tidak ada
c. Nyeri menelan : tidak ada

13. Leher

Inspeksi

Kelenjar thyroid : Membesar / tidak

Palpasi

- a. Kelenjar thyroid : Teraba / tidak
b. Kaku kuduk / tidak : tidak
c. Kelenjar limfe : Membesar atau tidak
Data lain : -

14. Thorax dan pernapasan

- a. Bentuk dada : Simetris
b. Irama pernafasan : reguler
c. Pengembangan di waktu bernapas : mengikuti pengembangan paru saat bernapas.
d. Tipe pernapasan : Vesikuler
Data lain : Vesikuler -

Palpasi

- a. Vokal fremitus : Normal
b. Massa / nyeri : Normal

Auskultasi

- a. Suara nafas : Vesikuler / Bronchial +
Bronchovesikuler

- Tonus otot kanan / kiri : Normal
- Koordinasi gerak : Normal
- b. Refleks
 - Biceps kanan / kiri : Normal
 - Triceps kanan / kiri : Normal
- c. Sensori
 - Nyeri : -
 - Rangsang suhu : -
 - Rasa raba : Normal

Ekstremitas bawah

- a. Motorik
 - Gaya berjalan : Normal (s)
 - Kekuatan kanan / kiri : Normal (s)
 - Tonus otot kanan / kiri : Normal
- b. Refleks
 - KPR kanan / kiri : Normal
 - APR kanan / kiri : Normal
 - Babinsky kanan / kiri : -
- c. Sensori
 - Nyeri : Normal (tidak ada nyeri)
 - Rangsang suhu : Normal
 - Rasa raba : -
- Data lain : -

19. Status Neurologi.

Saraf – saraf cranial

- a. Nervus I (Olfactorius) : penghidu : baik
- b. Nervus II (Opticus) : Penglihatan : Normal
- c. Nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)
 - Konstriksi pupil : Normal
 - Gerakan kelopak mata : Normal
 - Pergerakan bola mata : Normal
 - Pergerakan mata ke bawah & dalam : Normal
- d. Nervus V (Trigeminus)
 - Sensibilitas / sensori : baik
 - Refleks dagu : baik
 - Refleks cornea : baik
- e. Nervus VII (Facialis)
 - Gerakan mimik : Normal
 - Pengecapan 2 / 3 lidah bagian depan : Normal
- f. Nervus VIII (Acusticus)
 - Fungsi pendengaran : Normal
- g. Nervus IX dan X (Glosopharingeus dan Vagus)
 - Refleks menelan : Normal
 - Refleks muntah : Normal

- Pengecap 1/3 lidah bagian belakang : Normal
 - Suara : Normal
 - h. Nervus XI (Assessorius)
 - Memalingkan kepala ke kiri dan ke kanan : Dapat memalingkan kepala ke kanan & kiri
 - Mengangkat bahu : Dapat mengangkat bahu kanan & kiri
 - i. Nervus XII (Hypoglossus)
 - Deviasi lidah : tidak ada deviasi lidah
- Tanda – tanda perangsangan selaput otak
- a. Kaku kuduk : -
 - b. Kernig Sign : -
 - c. Refleks Brudzinski : -
 - d. Refleks Lasegu : -
 - Data lain : -

XI. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan (0 – 6 Tahun)

Dengan menggunakan DDST

1. Motorik kasar : anak yang lincah selalu ada yg dilakukan bareng sendiri / bersama teman / saat bersama orang tua
2. Motorik halus : sudah dapat berhitung 1 – 10 namun belum bisa menunjuk angka.
3. Bahasa : sudah lancar dalam berbicara / sudah mampu dimengerti.
4. Personal social : mampu mengenal teman & sebagainya dan anak juga sudah cukup mampu dimengerti orang tua.

XII. Test Diagnostik (Laboratorium, Foto Rotgen, CT Scan, MRI, USG, EEG, ECG)

Hemoglobin	12.1	Hematokrit	37.0
Eritrosit	5.5	Glukosa Sewaktu	97.
Leukosit	12.52		
trombosit	200		

XIII. Terapi saat ini (ditulis dengan rinci)

Pl 10 Tpm makro

Amoxi Clavoxim 400 mg / 8 jam

Paracetamol 150 mg / 8 jam.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien/Umur : An. S 3 1/2 tahun

Ruangan/ No. Kamar :

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (diisi berdasarkan prioritas masalah)	TANGGAL DITEMUKAN	TANGGAL TERATASI	PARAF DAN NAMA JELAS
1	Hipertermia b.d. Proses penyakit.	15/09/25	18/09/25	

ANALISA DATA

Nama Klien/Umur : An. S.

Ruangan/ No. Kamar :

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif : - Ibu An. S mengatakan tubuh anaknya Makin terasa hangat Data Objektif : - An. S terlihat lemas, pucat Tanda Tanda Vital T : 38°C RR : 25 x/m HR : 120 x/m	Hipertermia	proses penyakit

DATA FOKUS

Nama Klien/Umur : Ang
Ruangan/ No. Kamar : 0402000001

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
- Ibu An-S mengatakan tubuh anaknya masih terasa hangat	- An S. tampak lemas dan pucat. - TTV. - TT: 38°C. - RR: $25 \times/\text{m}$ - HR: $120 \times/\text{m}$ - Labor : - Leukosit

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien/Umur : An. S., 31/5 tahun

Ruangan/ No. Kamar :

Tanggal	No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana tindakan	Paraf dan nama jelas
15/04 2021	1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh	Termoregulasi Setelah dua hari fondasi keperawatan selama 3 x 24 jam maka termoregulasi membaca dengan kriteria hasil 1. Kulit merah menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh menurun 4. Suhu dokter membaca	- Observasi - Insentifikasi penyebab hipertensi - Monitor suhu - Monitor Gula darah urin - Monitor Komplikasi akibat hipertensi - Sedrakan lingkungan yang dingin - Longgarkan lekat pakaian - Beri cairan oral - Ganti pakaian - berikan hidrasi nonfarmakologis - berikan obat Regulasi temperatur - monitor TD Frekuensi pernapasan - Monitor warna kulit dan sputum	

PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien/Umur : An. S.

Ruangan/ No. Kamar : 1

Hari, Tanggal, waktu	No DX	Tindakan keperawatan dan hasil	Paraf dan nama jelas
16/09/21	1	- Monitor suhu tubuh frekuensi pernapasan dan Kardi - T : 37,0°C - HR : 120 x/m - RR : 25 x/m - Membatuh permukaan tubuh - Menyesuaikan suhu lingkungan dengan keadaan pasien. - Memberikan Cairan oral 220 ml selama 8 jam dan pasien mendapat diet Makanan Lunak - Monitor haluan urin An. 0 BAK 3-4 kali dan 1 hari urin dikumpulkan 8-10 ml/4 jam - mengangurkan arah baring. - Memberikan terapi - Cefotaxim 400mg Intravena - Paracetamol drip 150 mg.	

PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien/Umur : An. S.

Ruangan/ No. Kamar : kelas 3-

Hari, Tanggal, waktu	No DX	Tindakan keperawatan dan hasil	Paraf dan nama jelas
17/09/21	3	1. monitor suhu tubuh fekuensi pernapasan dan nadi T: 36 °C PR: 25 x/m RR: 100 x/m - Mengganti linen - membasui permukaan suhu tubuh - monitor Memberikan Cairan Oral 200-250 cc/3 jam. - Kolaborasi pemberian antipiretik lanjutan resep dari rumah sakit jika anak demam	l

PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien/Umur : An.C.

Ruangan/ No. Kamar : Observasi

Hari, Tanggal, waktu	No DX	Tindakan keperawatan dan hasil	Paraf dan nama jelas
19/09/25	2	- Memonitor suhu tubuh, frekuensi pernapasan dan Nadi T: 36,3°C RR: 24 x/m HR: 116 x/m - Monitor dan Catat tanda dan gejala C. Hypertermia. - Kolaborasi pemberian Antipiretika sesuai Presc Cluster / RS : jika anak demam depakene Sirup 3x/hari / Sandoz dan Vitamin daya tahan tubuh 2x/hari	gusaf

EVALUASI

Nama Klien/Umur : An.s.

Ruangan/ No. Kamar :

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
1	15/04/21	S: Ibu An.s mengatakan tubuh anaknya masih hangat, Ibu An.s juga mengatakan anaknya belum mau minum. O: TTV: T: 37,6°C HR: 110 x/m R: 25 x/m - akral terasa hangat - tubuh anak terasa hangat - bibir kering dan pucat - tidak ada kejang A: Masalah keperawatan hipertermia belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Monitor suhu tubuh - Monitor frekuensi Pernapasan dan Madi. - basahi permukaan tubuh - berikan Cairan Oral - Anjurkan tirah baring - Sesuaikan suhu lingkungan	

EVALUASI

Nama Klien/Umur :

Ruangan/ No. Kamar :

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
1	16/02/21	Subj. S: Ny. Ibr An S Mengatakan suhu tubuhnya sudah tidak begitu hangat O: 1. Tanda-tanda Vital : T: 36.9°C HR: 115 x/m RR: 27 x/m. - Akral An S masih terasa hangat - An. S Masih tampak Lemah. A: Keperawatan hipotermia teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Monitor suhu tubuh - Monitor frekuensi pernapasan dan nadi - berikan Cairan Oral - ganti Linen Strip kasur - Atasi luka sesuai prosedur - Kolaborasi pemberian Infusasi Cairan dan anti piretik	 Nurafati

EVALUASI

Nama Klien/Umur : Art. S

Ruangan/ No. Kamar :

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
1	17/04 25	S:- Ibu Art. S Mengatakan tubuh Anaknya tidak terasa panas lagi O - TTV T: 36°C RR: 27 x/m HR: 115 x/m - Keadaan Umum Subjektif terasa lebih baik - mukosa bibir tidak kering lagi - akral anak tidak terasa hangat - tubuh anak sudah tidak terasa hangat - Warna kulit tidak ada kemerahan A: Keperawatan Hipertermia teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Observasi suhu tubuh Pasien.	 Yuniyanti

EVALUASI

Nama Klien/Umur :

Ruangan/ No. Kamar :

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
11	10/04 23	S: Ibu An.s Menyatakan Saran dokter untuk pulang apabila anak kembali demam Segera bawa datu kontrol Ulang. A: F.T.V T_B: 36.0°C RR: 24x/m HR: 116x/m - Keadaan Umum An.s baik - tubuh tidak terasa hangat. - An.s Mendapat terapi lanjut jika demam dan terjadi kejang dirumah A: Masalah keperawatan hipertermia teratasi P: Insuensi diberikan Ps. pulang	 Yuna Jun

PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien/Umur : AN.S.

Ruangan/ No. Kamar :

Hari, Tanggal, waktu	No DX	Tindakan keperawatan dan hasil	Paraf dan nama jelas
18/04/18	1	- Monitor suhu tubuh Frekuensi pernapasan dan Medi T : 36,0C RR : 24 x/m HR : 116 x/m 2. Monitor dan catat tanda dan gejala - hipertensi. - berkecamburan pemberian antipiretik (aspirin) setiap dari Rumah sakit : jika anak demam dan vitamin peningkatan daya tahan tubuh.	 Yulianti

b. Suara tambahan
Perkusi

: Ronchi / Wheezing / Rales

Redup / pekak / hypersonor / tympani

Data lain

: -

15. Jantung
Palpasi

Ictus cordis

: Normal

Perkusi

Pembesaran jantung

: Tidak ada pembesaran jantung

Auskultasi

a. BJ I

: Normal

b. BJ II

: Normal

c. BJ III

: Normal

d. Bunyi jantung tambahan

: Tidak ada

Data lain

: -

16. Abdomen
Inspeksi

a. Membuncit

: Tidak membuncit

b. Ada luka / tidak

: Tidak ada luka

Palpasi

a. Hepar

: Normal

b. Lien

: Normal

c. Nyeri tekan

: -

Auskultasi

Peristaltik

: Normal

Perkusi

a. Tympani

: -

b. Redup

: -

Data lain

: -

17. Genitalia dan Anus

18. Ekstremitas

Ekstremitas atas

a. Motorik

- Pergerakan kanan / kiri

: Normal (5)

- Pergerakan abnormal

: Normal (4)

- Kekuatan otot kanan / kiri

: Normal (5)

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU PRODI DIH KEPERAWATAN DILUAR KAMPUS UTAMA JURUSAN KEPERAWATAN	
NAMA MAHASISWA : YULIASARI TINGKAT / SMT : TINGKAT 3 / SMT 6		

PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

I. Biodata

A. Identitas Klien

1. Nama/Nama panggilan : Ciwan An.
 2. Tempat tgl lahir/usia : 12 / 05 / 2025
 3. Jenis kelamin : Laki-Laki
 4. Agama : Islam
 5. Pendidikan : Islam
 6. Alamat :
 7. Tgl masuk : Senin (jam 01.00)
 8. Tgl pengkajian : 15 April 2025
 9. Diagnosa medik : Kejang demam kompleks

B. Identitas Orang tua/wali

1. Ayah/wali
 a. Nama : Paimo
 b. Usia : 41 tahun
 c. Pendidikan : SD
 d. Pekerjaan/sumber penghasilan :
 e. Agama : Islam
 f. Alamat : Pulau Sengkilo, Sei. Lala
 2. Ibu
 a. Nama : Wania
 b. Usia : 31 tahun
 c. Pendidikan : SMP
 d. Pekerjaan/Sumber penghasilan : Ibu Rumah tangga
 e. Agama : Islam
 f. Alamat : Pulau sengkilo, Sei. Lala

C. Identitas Saudara Kandung

NO	NAMA	USIA	HUBUNGAN	STATUS KESEHATAN

II. Riwayat Kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Keluhan Utama : Ibu ANC mengatakan Subjek mengalami kejang
 A.X. Sebelum masuk RS kejang pertama 5 menit dan kejang ke-2
 lebih lama 15 menit. Sebelumnya tidak pernah mengalami demam kejang
 Riwayat Keluhan Utama :

Keluhan Pada Saat Pengkajian :
 Keadaan pucat, bibir kuring, tubuh terasa hangat dan tanda
 tanda vital : T : 38,5°C R : 26 x/m HR : 110 x/m

B. Riwayat Kesehatan Lalu (khusus untuk anak usia 0 – 5 tahun)

1. Prenatal care

- Keluhan selama hamil yang dirasakan oleh ibu
- Imunisasi TT : Ya/tidak *)

2. Natal

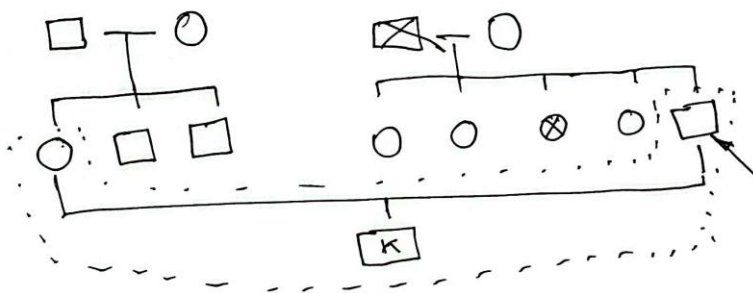
- Jenis persalinan : Normal
- Penolong persalinan : Bidan
- Komplikasi yang dialami oleh ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan : tidak ada

3. Post natal

- Kondisi bayi : Sehat APGAR
- Anak pada saat lahir tidak mengalami :
(Untuk semua Usia)
 - Klien pernah mengalami penyakit :
pada usia :
 - diberikan obat oleh :
 - Riwayat kecelakaan :

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



Ket :

- laki : laki : ☐
 perempuan :
 Klien keluarga : ☒
 Meninggal :
 Keturunan : ☒

IV. Riwayat Immunisasi (imunisasi lengkap)

NO	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG	0 - 1 bulan	1 x	-
2.	DPT (I,II,III)	2 - 3 bulan	2 x	Demam
3.	Polio (I,II,III,IV)	-	-	-
4.	Campak	-	-	-
5.	Hepatitis	-	-	-

V. Riwayat Tumbuh Kembang

A. Pertumbuhan Fisik

1. Berat badan : 5 kg
2. Tinggi badan : 52 cm.
3. Waktu tumbuh gigi gigi tanggal
..... Jumlah gigi buah.

B. Perkembangan Tiap tahap

Usia anak saat

1. Berguling : 3 bulan
2. Duduk : bulan
3. Merangkak : bulan
4. Berdiri : tahun
5. Berjalan : tahun
6. Senyum kepada orang lain pertama kali : 2 bulan tahun
7. Bicara pertama kali : tahun dengan menyebutkan :
.....
8. Berpakaian tanpa bantuan : tahun

VI. Riwayat Nutrisi

A. Pemberian ASI

Susu Formula

B. Pemberian susu formula

1. Alasan pemberian : *Susu Ibu tidak ada.*
2. Jumlah pemberian : *3 x 1 hari 100 cc*
3. Cara pemberian : *dot.*

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
0 - 3	Susu Formula	-

VII. Riwayat Psikososial

- > Anak tinggal bersama : *Orang tua* di :
- > Lingkungan berada di : *Perumahan*
- > Rumah dekat dengan : *Orang tua* tempat bermain.....
- > kamar klien : *-*
- > Rumah ada tangga : *tidak*
- > Hubungan antar anggota keluarga : *Baik*
- > Pengasuh anak : *Orang tua*

VIII. Riwayat Spiritual

- > Support sistem dalam keluarga : *Suami, Keluarga.*
- > Kegiatan keagamaan : *Pengayatan.*

IX. Aktivitas sehari-hari

A. Nutrisi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Selera makan	<i>3 x 1 hari</i>	<i>2 x 1 hari</i>

B. Cairan

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jenis minuman	<i>susu formula</i>	<i>Susu formula</i>
2. Frekuensi minum	<i>3 x 1 hari</i>	<i>1 x 1</i>
3. Kebutuhan cairan	<i>100 cc</i>	<i>100 cc</i>
4. Cara pemenuhan	<i>dot bayi</i>	<i>1 VFD RL 10pm</i>

C. Eliminasi (BAB&BAK)

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Tempat pembuangan	<i>Pampers</i>	<i>Pampers.</i>
2. Frekuensi (waktu)	<i>8 - 11 x 1h</i>	<i>6 - 7 x 1h</i>
3. Konsistensi	<i>Lunak</i>	<i>lunak.</i>
4. Kesulitan	<i>-</i>	<i>-</i>
5. Obat pencahar	<i>-</i>	<i>-</i>

D. Istirahat tidur

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jam tidur		
- Siang	3 jam	lebih banyak
- Malam	10 jam	kurang pada saat
2. Pola tidur	-	sakit karena
3. Kebiasaan sebelum tidur	-	lemah dan lebih
4. Kesulitan tidur	berisik.	sering tidur malam

E. Olah Raga

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Program olah raga	-	-
2. Jenis dan frekuensi	-	-
3. Kondisi setelah olah raga	-	-

F. Personal Hygiene

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Mandi		
- Cara	Pasien dimandikan	Pasien hanya
- Frekuensi	orang tuanya, ever	diap. Menggunakan
- Alat mandi	Rambut, badan,	Waspap. Setiap
2. Cuci rambut		Pagi dan Malam
- Frekuensi	Setiap hari	Sebelum tidur
- Cara		
3. Gunting kuku		
- Frekuensi	2 minggu 1x	
- Cara		
4. Gosok gigi		
- Frekuensi	-	
- Cara		

G. Aktivitas/Mobilitas Fisik

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Kegiatan sehari-hari	-	-
2. Pengaturan jadwal harian	-	-
3. Penggunaan alat Bantu aktifitas	-	-
4. Kesulitan pergerakan tubuh	-	-

H. Rekreasi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Perasaan saat sekolah	-	-
2. Waktu luang	-	-
3. Perasaan setelah rekreasi	-	-
4. Waktu senggang klg	-	-
5. Kegiatan hari libur	-	-

X. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Menangis, Pucat, lemas
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda – tanda vital :
- a. Tekanan darah : mmHg
- b. Denyut nadi : 110 x / menit
- c. Suhu : 38 °C
- d. Pernapasan : 26 x / menit
4. Berat Badan : 6 kg
5. Tinggi Badan : 52 cm
6. Kepala
- Inspeksi

Keadaan rambut & Hygiene kepala : Bersih

- | | | |
|----------------------|---|-----------|
| a. Warna rambut | : | Hitam |
| b. Penyebaran | : | Meratakan |
| c. Mudah rontok | : | tidak |
| d. Kebersihan rambut | : | Bersih |
| Palpasi | : | |

Benjolan : ada / tidak ada : tidak ada

Nyeri tekan : ada / tidak ada : tidak ada

Tekstur rambut : kasar/halus : tidak ada

7. Muka Inspeksi

- Inspeksi
- | | | |
|---------------------|---|----------|
| a. Simetris / tidak | : | Simetris |
| b. Bentuk wajah | : | Simetris |
| c. Gerakan abnormal | : | Simetris |
| d. Ekspresi wajah | : | Simetris |
- Palpasi

Nyeri tekan / tidak : tidak ada

Data lain :

8. Mata Inspeksi

- a. Pelpebra : Edema / tidak
Radang / tidak
- b. Sclera : Icterus / tidak
- c. Conjunctiva : Radang / tidak
Anemis / tidak

d. Pupil : - Isokor /-anisokor
- Myosis / midriasis
- Refleks pupil terhadap cahaya : Normal

e. Posisi mata :
Simetris / tidak : Simetris
f. Gerakan bola mata : Normal
g. Penutupan kelopak mata : Normal
h. Keadaan bulu mata : Normal
i. Keadaan visus : Normal
j. Penglihatan : - Kabur / tidak
- Diplopi / tidak

Palpasi
Tekanan bola mata : tidak ada nyeri tekan
Data lain : -

9. Hidung & Sinus
Inspeksi
a. Posisi hidung : Simetris
b. Bentuk hidung : Simetris
c. Keadaan septum : Simetris
d. Secret / cairan : Normal
Data lain : -

10. Telinga
Inspeksi
a. Posisi telinga : Simetris kanan dan kiri
b. Ukuran / bentuk telinga : Simetris
c. Aurikel : Simetris
d. Lubang telinga : Bersih / serumen / nanah
e. Pemakaian alat bantu : -
Palpasi

Nyeri tekan / tidak
Pemeriksaan uji pendengaran
a. Rinne : Normal
b. Weber : Normal
c. Swabach : Normal
Pemeriksaan vestibuler : tidak ada
Data lain : -

11. Mulut
Inspeksi

- a. Gigi
- Keadaan gigi : Burn tubuh gigi
- Karang gigi / karies : -
- Pemakaian gigi palsu : -
- b. Gusi
Merah / radang / tidak : tidak
- c. Lidah
Kotor / tidak : tidak
- d. Bibir
- Cianosis / pucat / tidak : tidak
- Basah / kering / pecah : Kering
- Mulut berbau / tidak : tidak
- Kemampuan bicara : Menyebut
- Data lain : -

12. Tenggorokan

- a. Warna mukosa : Normal
b. Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
c. Nyeri menelan : tidak ada nyeri tekan

13. Leher

Inspeksi

Kelenjar thyroid : Membesar / tidak

Palpasi

- a. Kelenjar thyroid : Teraba / tidak
b. Kaku kuduk / tidak : tidak
c. Kelenjar limfe : Membesar atau tidak
Data lain : -

14. Thorax dan pernapasan

- a. Bentuk dada : Simetris
b. Irama pernafasan : Reguler
c. Pengembangan di waktu bernapas : Mengikuti perkembangan paru saat bernapas
d. Tipe pernapasan : Vesikuler
Data lain : -

Palpasi

- a. Vokal fremitus : Normal
b. Massa / nyeri : Normal

Auskultasi

- a. Suara nafas : Vesikuler / Bronchial /
Bronchovesikuler

- Tonus otot kanan / kiri : Normal
- Koordinasi gerak : Normal
- b. Refleks
 - Biceps kanan / kiri : Normal
 - Triceps kanan / kiri : Normal
- c. Sensori
 - Nyeri : tidak ada
 - Rangsang suhu : -
 - Rasa raba : -

Ekstremitas bawah

- a. Motorik
 - Gaya berjalan : belum berjalan
 - Kekuatan kanan / kiri : kuat (5)
 - Tonus otot kanan / kiri : Normal
- b. Refleks
 - KPR kanan / kiri : Normal
 - APR kanan / kiri : Normal
 - Babinsky kanan / kiri : Normal
- c. Sensori
 - Nyeri : tidak ada nyeri
 - Rangsang suhu : Normal
 - Rasa raba : Normal
- Data lain :

19. Status Neurologi.

Saraf – saraf cranial

- a. Nervus I (Olfactorius) : penghidu : baik
- b. Nervus II (Opticus) : Penglihatan : Normal
- c. Nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)
 - Konstriksi pupil : gerakan
 - Gerakan kelopak mata : Normal
 - Pergerakan bola mata : Normal
 - Pergerakan mata ke bawah & dalam : Normal
- d. Nervus V (Trigeminus)
 - Sensibilitas / sensori : Normal
 - Refleks dagu : Normal
 - Refleks cornea : Normal
- e. Nervus VII (Facialis)
 - Gerakan mimik : Normal
 - Pengecap 2 / 3 lidah bagian depan : Normal
- f. Nervus VIII (Acusticus)
 - Fungsi pendengaran : Normal
- g. Nervus IX dan X (Glosopharingeus dan Vagus)
 - Refleks menelan : Normal
 - Refleks muntah : Normal

- Pengecap 1/3 lidah bagian belakang : Normal
 - Suara : Normal
 - h. Nervus XI (Assessorius)
 - Memalingkan kepala ke kiri dan ke kanan : dapat memalingkan
 - Mengangkat bahu :
 - i. Nervus XII (Hypoglossus)
 - Deviasi lidah : tidak ada Deviasi lidah
- Tanda – tanda perangsangan selaput otak
- a. Kaku kuduk :
 - b. Kernig Sign :
 - c. Refleks Brudzinski :
 - d. Refleks Lasegu :
 - Data lain :

XI. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan (0 – 6 Tahun)

Dengan menggunakan DDST

1. Motorik kasar : Melakukan gerak yang aktif, senang saat diajak komunikasi dengan orang sekitarnya.
2. Motorik halus : bisa menulis angka, alphabet / huruf hijaiyah
3. Bahasa : bisa berbicara dan mengerti oleh orang lain hanya dengan komunikasi secara respon sendiri
4. Personal social : bisa menulis dengan angka keuarga.

XII. Test Diagnostik (Laboratorium, Foto Rotgen, CT Scan, MRI, USG, EEG, ECG)

Hemoglobin 10.3 g/dl Hematokrit 31.6 %
 Eritrosit 4.08 $10^6/\mu l$ Glukosa sewaktu 98 mg/dl
 Leukosit 27.25 $\times 10^9/\mu l$
 Trombosit 291 $10^9/\mu l$

XIII. Terapi saat ini (ditulis dengan rinci)

RL 10 Tpm makro
 Cefotaxim 150 mg / 8 jam
 Parasetamol 60 mg / 8 jam

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien/Umur : An.C

Ruangan/ No. Kamar : Obsektasi Kelas 1

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (diisi berdasarkan prioritas masalah)	TANGGAL DITEMUKAN	TANGGAL TERATASI	PARAF DAN NAMA JELAS
1.	Hypertermia b.d. proses Penyakit	16/09/2015	19/09/25	. yusuf

ANALISA DATA

Nama Klien/Umur : An.C
 Ruangan/ No. Kamar : Obstetri

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	D.S: - Ibu mengatakan An.C mengalami kejang 4x sebelum masuk RS kejang pertama 5 menit dan kejang ke dua lebih 15 menit. sebelumnya tidak ada riwayat kejang demam DO: - Pasien tampak pucat - bibir kering, - tubuh terasa hangat TTU: T: 38°C. R: 26x/m HR: 110 x/m	Hipertermia	Proses penyakit.

DATA FOKUS

Nama Klien/Umur : An. C
 Ruangan/ No. Kamar : Obstruksi

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
S: Ibu An C Mengatakan Subjek Mengalami Kyung 1 kali (ukuran Mayor Ks Pindah sesuai Kyung Pertama 5 menit dan Kyung ke 2 lebih kurang 15 menit. Sehingga tidak Mengalami Anam	- Keadaan Ps: Pucat - bibir kering - tubuh terasa hangat - TTV - T: 38.5°C - RR: 26 x/m - HR : 110 x/m

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien/Umur : Am. C.
 Ruangan/ No. Kamar : Obstetri

Tanggal	No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana tindakan	Paraf dan nama jelas
16/05/21	1.	Hipertermia b.d. Proses penyakit	Sesuai dengan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam maka tindakan membantu dengan kriteria hasil - Kulit Kemerahan menurun - Pucat Menurun - Suhu Menurun - Suhu Kulit Membalik	Observasi - Identifikasi Penyebab. - Monitor suhu tubuh - monitor Saluran Urin - monitor kompartasi akibat hipertermia Terapeutik. - Sedrakan lingkungan yang dingin. - Longgarkan Pakain - basahi dan Kipas permukaan - berikan Cairan Regulasi Lemper hot - Monitor TD - Monitor Warna Asuhu - Catat tanda Hipertermia	 Yuliyanti

PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien/Umur : An. S 3 1/2 tahun

Ruangan/ No. Kamar : 0

Hari, Tanggal, waktu	No DX	Tindakan keperawatan dan hasil	Paraf dan nama jelas
15/04 2025	1	- Mengidentifikasi penyebab hipertensi : Kadar leukorri An-S 12.52 diatas Nilai Normal - berkolaborasi pemberian Cairan Intravena - An O terpasang lupus dengan RL 10 TPM Makro - Monitor suhu tubuh dan warna kulit : T: 38.0C dan Kulit haakada kemerahan. - Menghentikan pakaran subjek - Memberikan tindakan Nonfarmakologi : Kompres hangat pada aksila. - Kolaborasi pemberian Antipiretik - Paracetamol drop 150 mg - Cefotaxim 400 mg.	

PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien/Umur : An. C.
 Ruangan/ No. Kamar : Obsukun

Hari, Tanggal, waktu	No DX	Tindakan keperawatan dan hasil	Paraf dan nama jelas
16/09/21	1-1	- Mengidentifikasi penyebab hipertermia Kadar leukosit dan An C diatas Rentang Normal - berkolaborasi pemberian Cairan Intravena An. C terpasang Infus dengan Terapi RL: 10 Tpm Makro - Monitor suhu tubuh, frekuensi Pernapasan dan Nadi T: 38.5°C RR: 26 x/m HR: 110 x/m - Mengajarkan pakaian pasien - Memberikan tindakan Nonfarmakologis: kompres hangat. Pada dada dan leher. - Memberikan terapi Cetorolak 150 mg Intravena Parasetamol 650 mg.	gustari

EVALUASI

Nama Klien/Umur : AN.C.

Ruangan/ No. Kamar : Obsuasi

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
11.	16/04/ 25.	S: Ny.C Mengatakan tuburnanaknya masih belum berkurang panasnya. O : 1. TTV - T : 38.2°C - RR : 26 X/m - HR : 110 X/m 2. Keadaan umum An.C. menangis. pucat, lemas 3. Akar teraba hangat 4. Tubuh An.C. teraba hangat 5. Tidak ada kejang. A: Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi Keperawatan dilanjutkan: - Monitor Suhu tubuh - Monitor Suhu tubuh frekuensi pernapasan dan nadi - berikan Cairan Oral - Kompres hangat - Anjurkan baring tirah - Kolaborasi pemberian Intravena	

EVALUASI

Nama Klien/Umur : An.C.

Ruangan/ No. Kamar :

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
10/1	17/04 12	S: Ibu An.C Mengatakan Anaknya sudah mulai mau Minum dan suhu badan Anaknya cukup turun dari Malam ini O: TTV T: 37,0 °C RR: 26 x/m HR: 115 x/m - An.C Masih terancam Pucat dan Menangis tuss menerus - Tubuh anak Masih terasa hangat - Subjek diberikan EEK di pemantauan posisi A: Masalah keperawatan Infeksi teratasi sebagian P. Intervensi dilanjutkan - Monitor suhu tubuh - Monitor Frekuensi Nadi,	

EVALUASI

Nama Klien/Umur : An.c.

Ruangan/ No. Kamar :

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
11	18/9 15	S : Ibu An C mengatakan tubuh anaknya tidak pernah hangat lagi maka serta aktivitas menurun O : TTV T : 36.4°C RR : 25 x/m HR : 108 - tidak ada tanda-tanda kejang/hipertensi - kondisi tubuh baik - tubuh tidak terasa hangat A : Masalah hipotermia teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	 Yuniyuri

EVALUASI

Nama Klien/Umur :

Ruangan/ No. Kamar :

NO DX	Hari tanggal Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
11	19/09/21	S: Ibu An.C mengatakan akan kontrol ulang pada bulan depan O : TTV T : 36,3°C RR : 24 x/m HR : 116 x/m 1. Keadaan Umum An.C baik 2. Tubuh tidak terasa hangat 3. An.C. Mendapat terapi lanjutan jika demam dan terjadi kejang demam a. Keluarga memahami Probaran rutin An.C A : Masalah hipertermia teratasi D : Intervensi dihentikan	 Yuniastari

PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien/Umur : AN.C.

Ruangan/ No. Kamar : Obiservan

Hari, Tanggal, waktu	No DX	Tindakan keperawatan dan hasil	Paraf dan nama jelas
17/04/25	2.	- Memonitor suhu tubuh frekuensi pernapasan dan Nadi - T: 37,4 °C - RR: 24 x/m - HR: 116 x/m - Memberikan Cairan Oral dan Nutrisi Asupan Cairan oral pada Malam hari - Memberikan tindakan Nonfarmakologi: Kompres hangat pada Axilla dan Leher - Mengajarkan teknik batuk - Suhu Menyediakan lingkungan dengan keadaan pasien: hindari lingkungan yg padat dan pertukaran sirkulasi udara. - Monitor Saluran Urin. - AN.C. BAK Idaman 1 hari - Kolaborasi pemberian Intake cefotaxim 600 dan paraset 600 mg	<i>[Signature]</i> gusapri

b. Suara tambahan : Ronchi / Wheezing / Rales
Perkusi

Redup / pekak / hypersonor / tympani

Data lain

: tympani

15. Jantung
Palpasi

Ictus cordis

: Normal

Perkusi

Pembesaran jantung

: tidak ada pembesaran jantung

Auskultasi

a. BJ I

: Normal

b. BJ II

: Normal

c. BJ III

: Normal

d. Bunyi jantung tambahan

: tidak ada

Data lain

: tidak ada

16. Abdomen
Inspeksi

a. Membuncit

: tidak

b. Ada luka / tidak

: tidak

Palpasi

a. Hepar

: tidak

b. Lien

: tidak ada

c. Nyeri tekan

: tidak ada

Auskultasi

Peristaltik

:

Perkusi

a. Tympani

: tympani

b. Redup

:

Data lain

:

17. Genitalia dan Anus

18. Ekstremitas

Ekstremitas atas

a. Motorik

- Pergerakan kanan / kiri

: Normal 5

- Pergerakan abnormal

: Normal 4

- Kekuatan otot kanan / kiri

: Normal 5

LAMPIRAN 8
SURAT KAJI ETIK



**Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Politeknik Kesehatan Riau
Jalan Melur No.103,
Harjosari, Sukajadi, Pekanbaru, Riau
(0761) 36581
<https://pkr.ac.id>

Komisi Etik Penelitian Penelitian Kesehatan

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
ETHICAL APPROVAL**

No : LB.02.03/EA/KEPK-PKR/129/2025

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Riau, setelah membaca dan menelaah dengan teliti, menyatakan bahwa

The Health Research Ethics Committee (KEPK) of Poltekkes Kemenkes Riau, has carefully readed and reviewed, States that

Judul Penelitian <i>Title of Reseach Protocol</i>	: Asuhan Keperawatan Anak Kejang Demam dengan Masalah Keperawatan Hipertermia di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Indrasari Rengat
Peneliti Utama <i>Principle Investigator</i>	: Yuliasari
Anggota Peneliti <i>Participating Investigator (s)</i>	: -
Pembimbing <i>Supervisor</i>	: 1. Ns. Yulianto, S.Kep, M.Pd, MPH 2. Ns. Alice Rosy, M.Kep
Institusi Peneliti <i>Institution(s) of Investigator</i>	: Poltekkes Kemenkes Riau
Tanggal Persetujuan <i>Date of Approval</i>	: 14 April 2025 (<i>valid for one year beginning from the date of approval</i>)

Telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan dapat dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Has fulfilled the ethical principle outline in the Declaration of Helsinki 2008 and therefor can be carried out.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

The Health Research Ethics Committee (KEPK) has the right to monitor the research activites.

Pekanbaru, April 14th 2025
Ketua KEPK Poltekkes Kemenkes Riau
Principal of KEPK Poltekkes Kemenkes Riau



Alkausyari Aziz, SKM, M.Kes
NIP. 197107252000031001

LAMPIRAN 9
SOP (KOMPRES HANGAT)



**POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES RIAU
PRODI DIII KEPERAWATAN**



**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SOP)
KOMPRES HANGAT**

PENGERTIAN	Kompres Hangat adalah suatu prosedur menggunakan kain / handuk yang telah dikompres-hangat celupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu.
TUJUAN	1. Memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh dalam menangani kasus klien yang mengalami pireksia 2. Memperlancar sirkulasi darah 3. Mengurangi / menghilangkan rasa sakit 4. Memberikan ketenangan dan kesenangan pasien 5. Meningkatkan aliran darah 6. Mengurangi nyeri
INDIKASI	1. Pasien yang kedinginan (suhu tubuh yang rendah) 2. Pasien dengan perut kembung 3. Pasien yang punya penyakit peradangan, seperti radang persendian 4. Adanya abses, hematoma 5. Menurunkan kekuatan tulang sendi 6. Mengurangi kejang otot
KONTRA INDIKASI	1. Pada 24 jam pertama setelah cedera traumatik 2. Perdarahan aktif 3. Edema noninflamasi 4. Tumor ganas terlokalisasi 5. Gangguan kulit yang menyebabkan kemerahan atau lepuh
ALAT DAN BAHAN	1. Air panas 2. Waslap 3. Sarung tangan 4. Handuk kering
PROSEDUR KERJA	Tahap Orientasi • Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri • Validasi data nama klien dan data lain • terikat • Meminta persetujuan tindakan • Menyampaikan/menjelaskan tujuan tindakan. • Membuat kontrak dan kesepakatan untuk pelaksanaan tindakan. Tahap kerja

	• Beri tahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai • Dekatkan alat-alat ke sisi tempat tidur • Posisikan pasien nyaman mungkin • Cuci tangan dan kenakan sarung tangan • Periksa TTV pasien sebelum memulai • backrub (terutama nadi dan tekanan darah) • Kebersihan alat diperhatikan • Kompres hangat diletakkan di bagian tubuh yang memerlukan (dahi, aksila, lipat paha) • Minta pasien untuk mengungkapkan ketidaknyamanan saat dilakukan kompres • Pengompresan dihentikan sesuai waktu yang telah ditentukan • Kaji kembali kondisi kulit disekitar pengompresan, hentikan tindakan jika • ditemukan tanda-tanda kemerahan • Rapikan pasien ke posisi semula • Rapikan alat-alat yg telah digunakan dan • lepas sarung tangan • Cuci tangan Tahap Terminasi • Evaluasi respon kklien • Berikan reinforcement positif senyum, sentuh dan motivasi • Beritahukan kepada klien bahwa tindakan telah selesai dilakukan • Tahap Dokumentasi • Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif) di dalam catatan keperawatan. • Mencatat waktu tindakan (hari tanggal, jam).
--	---

LAMPRAN 10
DOKUMENTASI

PASIEN I



PASIEN II

