

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. (n.d.). *Rekapitulasi kasus SARS dan febris yang dirawat di rumah*
- Faradilla, F., & Abdullah, R. (2020). The Effectiveness of the Water Tepid Sponge to Decrease the Body Temperature in Children with Febrile Seizure. *Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan* 3, 3 (2)(Desember 2020 pISSN : 2654-5241 eISSN : 2722-7537).
- Hadiyah, T., Impartina, A., & Mauliyah, I. (2024). Efektivitas Pemberian Tepid Sponge Water (Tsw) Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak. *Journal of Health Science Leksia (JHSL)*, 2(3), 29–35. <https://jhsljournal.com/index.php/ojs/>
- Hijriani, H. (2019). Pengaruh pemberian tepid sponge terhadap penurunan suhu tubuh pada anak demam usia toddler (1–3 tahun). *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan MEDISINA AKPER YPIB Majalengka*, 5(Juli), 1–8. Retrieved from <https://ejournal.akperypib.ac.id/wp-content/uploads/2019/07/MEDISINA-Jurnal%20Keperawatan-dan-Kesehatan-AKPER-YPIB-MajalengkaVolume-V-Nomor-10-Juli%202019-4.pdf>
- Lestari, I., Nurrohmah, A., & Purnamawati, F. (2023). Penerapan Pemberian Water Tepid Sponge Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Toodler Dengan Hipertermi di Ruang Anggrek RSUD Dr. Soeratto Gemolong. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Gizi (JIG)*, 1(4), 1–9.
- Nuriyah, E. F., & Murniati. (2023). Studi Kasus: Penerapan Water Tepid Sponge Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Hipertermi Pada Pasien Kejang Demam. *Jurnal Keperawatan Galuh*, 5 (2).
- Sunarti, Padhila, N. I., & Qomariah, N. (2021). Pengaruh Permainan Boneka Tangan Terhadap Kecemasan Anak Usia Pra Sekolah Akibat Hospitalisasi di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Sunarti. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12(7), 474–477.
- Oktania, E., Nyoman, P. I., Agnes, B., Rumiati, T., Zain, I., & Ratna, R. M. (2023). Pembuatan media penyuluhan berbasis kasus data penyebab diare pada balita di daerah Keputih yang berobat di Medical Center ITS. *Jurnal [Nama Jurnal]*, 7(5), 1–6.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2020). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. Elsevier Health Sciences
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1, Cetakan III, Revisi). Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1, Cetakan II). Jakarta: PPNI.

- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1, Cetakan II). Jakarta: PPNI
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2020). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Wolters Kluwer.
- Susanti, Masyudi, Gustini, S., & Rasima. (2023). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anak Pra Sekolah Yang Menjalani Hospitalisasi Di Ruang Anak Rsud Yuliddin Away Tapaktuan Factors Associated with the Level of Anxiety in Pre-School Children Undergoing Hospitalization in the C. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 9(2), 1040–1053
- Sodikin. (2012). *Prinsip perawatan demam pada anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sunarti, Padhila, N. I., & Qomariah, N. (2021). Pengaruh Permainan Boneka Tangan Terhadap Kecemasan Anak Usia Pra Sekolah Akibat Hospitalisasi di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Sunarti. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12(7), 474–477.
- Thompson, P. (2019, Agustus 15). *Foundations of educational technology*. Oklahoma State University Libraries. <https://doi.or>
- World Health Organization. (2022). *Dengue and severe dengue*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dengue-and-severe-dengue>



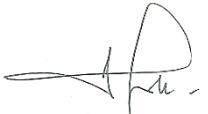
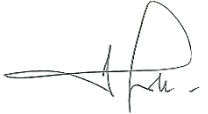


LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi

Lembar Konsultasi/Bimbingan KIAN

Nama : Juliana Sarah
 NPM : 244291517024
 Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
 Judul KIAN : Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Kompres Tepid Water Sponge pada Klien Anak dengan Kasus Hipertermi
 Dosen Pembimbing : Ns. Diah Agarini, M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Atau masukan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	21 Mei 2025	Konsul Judul KIAN	ACC untuk judul	
2.	6 Juni 2025	Konsul Bab I dan BAB II	Lanjutkan BAB selanjutnya	
3.	19 Juni 2025	Konsul BAB 1-5	• Cover berbentuk segitiga terbalik • Untuk judul tidak perlu menggunakan kompres • WHO ganti yang terbaru • Evaluasi hasil dari Tepid water sponge • Cari referensi tentang Tepid water sponge	
4	20 Juni 2025	BAB1-Lampiran	Acc Sidang	

Lampiran 3 : Format Pengkajian Pada Anak

FORMAT PENGKAJIAN PADA ANAK

Nama Mahasiswa : Juliana Sarah

NPM : 244291517024

Tempat praktek : Emerald Barat

Hari/Tanggal : Senin/23/05/2025

I. DATA IDENTITAS



Nama klien : An.G
Tanggal lahir : 03/05/2016
Usia/JK : 13 tahun 10 bulan
Nama Ayah : Tn. A
Usia Ayah : 48 Tahun
Pekerjaan Ayah : Karyawan swasta
Nama ibu : Ny. I
Pekerjaan ibu : Ibu rumah tangga
Usia Ibu : 47 tahun

II. KELUHAN UTAMA

Demam naik turun sejak sabtu pagi tanggal 20/05/25 dengan rentang suhu 38,5-39°C.

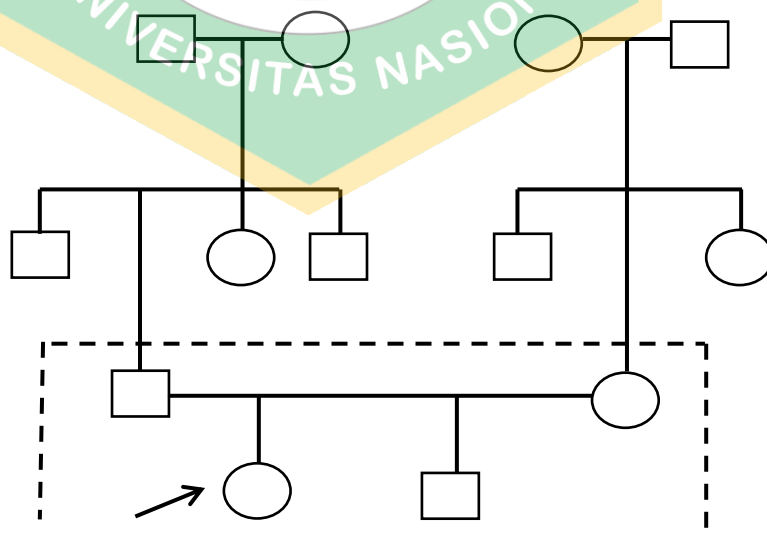
III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat pre natal : Ibu pasien rajin memeriksakan kehamilan di klinik bidan dekat rumah, sesuai anjuran bidan. Tidak ada masalah pada pre natal

2. Riwayat antenatal : Pasien lahir di klinik bidan dekat rumah, lahir spontan 39 minggu, pasien menangis spontan, tidak ada masalah saat proses persalinan, tidak ada penyakit kongenital, lahir dengan berat badan 3000 gr dan Panjang badan 48 cm
3. Riwayat post natal : Tidak ada masalah pada saat post natal
4. Riwayat Imunisasi : Imunisasi lengkap BCG, DPT 1,2,3, PCV 1,2,3, polio 1,2,3, campak
5. Penyakit waktu kecil : Pasien tidak riwayat sakit sebelumnya
6. Pernah dirawat di RS : Pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya
7. Riwayat Pembedahan : Pasien tidak ada riwayat operasi sebelumnya
8. Riwayat Alergi : Tidak ada
9. Konsumsi obat : Tidak ada
10. Riwayat kecelakaan : Tidak ada riwayat kecelakaan

IV. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

1. Riwayat penyakit yang diturunkan : Tidak ada riwayat penyakit genetik
2. Riwayat penyakit saudara sekandung : Tidak ada riwayat penyakit pada saudara kandung
3. Pola asuh orang tua : Pola asuh baik
4. Genogram (3 generasi)



Keterangan :

Laki- laki



Perempuan



Menikah

Garis keturunan



Tinggal serumah
Pasien



V. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh : Ibu dan Ayah pasien
2. Hubungan dengan orang tua : Baik, tidak ada masalah
3. Hubungan dengan teman : Baik
4. Pembawaan secara umum : Baik
5. Lingkungan rumah : Baik, pasien tinggal bersama orang tua di rumah sendiri, memiliki 1 ventilasi, dan kamar mandi sendiri di dalam rumah

VI. KEBUTUHAN DASAR

1. Makanan yang disukai : Ayam goreng
2. Makanan yang tidak disukai : tidak ada
3. Pola makan :

Pasien makan 3 kali sehari, sudah sesuai menu keluarga dengan lauk tahu, tempe, telur, ayam, ikan atau daging, dan sayur-sayuran, setelah sakit pasien makan hanya sedikit hanya 2 kali sehari dan hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi. Pasien muntah 1x kemarin dan tadi pagi muntah 1x, berat badan saat ini 46 kg, sebelum sakit berat badan 45 kg. berat turun 100 gr, berat badan normal anak usia 13 tahun dengan menggunakan IMT 45kg, pasien masuk gizi baik. Lingkar lengan atas 16 cm. klinis tampak idealis..

4. Minuman yang disukai : Susu ultra coklat.
5. Pola minum : Pasien minum air putih 1.000-1500cc/hari.

6. Mandi secara mandiri :

Pasien sudah mandiri untuk mandi, pola mandi 2x/hari, mencuci rambut 2x/hari, gosok gigi 2 x/hari, memotong kuku: 1x/ minggu, membersihkan telinga 1 x / 2 minggu

7. Pola eliminasi fekal : Frekuensi BAB Pasien frekuensi 1x /hari

8. , konsistensi dalam batas normal

9. Karakteristik feses : konsistensi setengah padat, berwarna kuning

10. Pola Eliminasi urine : pasien BAK 8-10x toilet 6x/hari

11. Karakteristik urine : warna urin kuning

12. Pola istirahat-tidur : pasien tidur siang kurang lebih 1-2 jam, dan tidur malam kurang lebih 8 jam

13. Kebiasaan sebelum tidur: tidak ada langsung Tidur siang : kurang lebih 1-2 jam

14. Aktifitas bermain : pasien biasa bermain dengan orang tua di rumah dan terkadang keluar di sore hari untuk bermain dengan teman sebaya

VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnosa Medis : Febris H-3, dd Viral infection

2. Tindakan operasi : Tidak ada

3. Status nutrisi : Dengan BB 46 kg, tb 150 cm pada kurva who pasien kategori gizi baik, lingkaran lengan atas 16 cm,

4. Status cairan : balance cairan 07.00-12.00 Wib

Input

• Infus : 600 / 6 jam

• Obat : 100+ = 103cc

• Minum : 1.500 cc

Total : 2.203 cc

Output

- urin : 400 cc
- iwl : (Rumus : untuk usia 13 tahun, rumusnya $IWL = 30 - 50 \text{ ml/kgBB/hari}$)
- **WL akan bertambah sekitar 10% untuk setiap 1°C kenaikan suhu tubuh dari suhu normal (37°C).**

- Suhu = 38,7°C → naik 1,7°C
- Maka tambahan IWL = $10\% \times 1,7 = 17\%$
- **IWL dasar:** $40 \text{ ml} \times 46 \text{ kg} = 1840 \text{ ml/hari}$
- **Tambahan karena demam (17%):**

$$1840 \text{ ml} \times 17\% = 312,8 \text{ ml}$$

$$\text{Total IWL} : 1840 + 312,8 \text{ ml} = 2152,8 \text{ ml}$$

Total :

$$\text{Balance/ 6 jam} : -349,8 \text{ cc}$$

$$\text{Diuresis/6 jam} : 1,4 \text{ cc/6jam}$$

Total kebutuhan cairan /24jam pada pasien An. G dengan BB 46 Kg adalah 2.020ml/hr

Dengan cara berikut :

$$\text{BB} = 46 \text{ kg}$$

1. **10 kg pertama:**

$$10 \times 100 = 1000 \text{ ml}$$

2. **10 kg kedua (10–20 kg):**

$$10 \times 50 = 500 \text{ ml}$$

3. **Sisa 26 kg (46 – 20 kg):**

$$26 \times 20 = 520 \text{ ml}$$

Total kebutuhan cairan harian:

$$1000+500+520=2020 \text{ ml/hari}$$

1. Obat-obatan

- IVFD Asering 5 jam/kolf
- Injeksi Ceftriaxone 2x1gram
- Paracetamol 200 mg jika demam/po

2. Aktivitas : Pasien terlihat lemas saat sakit, biasanya dirumah sangat aktif bermain

3. Tindakan keperawatan : -

4. Hasil Laboratorium

Hasil Lab TGL 24/05/25:

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Catatan
Hematologi Lengkap (Darah Lengkap+NLR+Limfosit Total)				
Hematologi Lengkap				
Leukosit (WBC)	5.5	ribu/ μ L	4.5 - 13	
Eritrosit (RBC)	4.6	juta/ μ L	3.8 - 5.2	
Hemoglobin (HGB)	11.9	g/dL	11.8 - 15.0	
Hematokrit (HCT)	35	%	35 - 47	
Trombosit (PLT)	127 *	ribu/ μ L	154 - 442	
LED	59 *	mm/jam	0 - 30	
MCV	75.8 *	fL	80 - 100	
MCH	25.9 *	pg	26 - 34	
MCHC	34.2	g/dL	32 - 36	
RDW	11.9	%	< 14	

Hitung Jenis :				
Basofil	0	%	0 - 1	
Eosinofil	0 *	%	2 - 4	
Netrofil Batang	0 *	%	3 - 5	
Netrofil Segmen	78 *	%	50 - 70	
Limfosit	12 *	%	25 - 40	
Monosit	10 *	%	2 - 8	
Limfosit total	660 *	/ul	1250 - 4000	
NLR	6.50			
Widal				
WIDAL/SALMONELLA TITER				
S. Typhi O	Negatif		Negatif	
S. Typhi AO	Negatif		Negatif	
S. Typhi BO	Negatif		Negatif	
S. Typhi CO	Negatif		Negatif	
S. Typhi H	Negatif		Negatif	
S. Typhi AH	Negatif		Negatif	
S. Typhi BH	Negatif		Negatif	
S. Typhi CH	Negatif		Negatif	

Hasil Lab TGL 25/05/25

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Catatan
Hematologi Rutin (Hb,leuko,Ht,Tombo)				
Hematologi Rutin 2				
Leukosit (WBC)	5.3	ribu/ μ L	4.5 - 13	
Eritrosit (RBC)	4.6	juta/ μ L	3.8 - 5.2	
Hemoglobin (HGB)	12.1	g/dL	11.8 - 15.0	
Hematokrit (HCT)	36	%	35 - 47	
Trombosit (PLT)	130 *	ribu/ μ L	154 - 442	
MCV	77.5 *	fL	80 - 100	
MCH	26.1	pg	26 - 34	
MCHC	33.7	g/dL	32 - 36	
RDW	12.0	%	< 14	

Hasil Lab TGL 26/05/25:

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Catatan
Hematologi Rutin (Hb,leuko,Ht,Tombo)				
Hematologi Rutin 2				
Leukosit (WBC)	5.0	ribu/ μ L	4.5 - 13	
Eritrosit (RBC)	4.6	juta/ μ L	3.8 - 5.2	
Hemoglobin (HGB)	11.9	g/dL	11.8 - 15.0	
Hematokrit (HCT)	35	%	35 - 47	
Trombosit (PLT)	147 *	ribu/ μ L	154 - 442	
MCV	77.1 *	fL	80 - 100	
MCH	26.0	pg	26 - 34	

MCHC	33.7	g/dL	32 - 36	
RDW	12.0	%	< 14	

Hasil Lab UL dan FL 25/05/25

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Catatan
Urine Lengkap (10 Parameter)				
Urine Lengkap				
Warna	Kuning		Kuning	
Kejernihan	Jernih		Jernih	
Glukosa	Negatif		Negatif	
Bilirubin	Negatif		Negatif	
Keton	2+		Negatif	
pH	6.0		4.6 - 8	
Berat Jenis	1.005		1.005 - 1.030	
Albumin Urine	Negatif		Negatif	
Urobilinogen	0.2	E.U. /dL	0.1 - 1	
Darah	Negatif		Negatif	
Esterase Lekosit	Negatif		Negatif	
Sedimen Urine :				
Leukosit	0 - 1	/LPB	< 5	
Eritrosit	0 - 1	/LPB	< 2	
Epitel	Positif	/LPB	Positif	
Silinder	Negatif	/LPK	Negatif	
Kristal	Negatif		Negatif	
Bakteri	Negatif		Negatif	
Jamur	Negatif	/LPB	Negatif	

FAECES RUTIN				
Makroskopik :				
Warna	Coklat		Coklat	
Konsistensi	Lunak		Lunak	
Lendir	Negatif		Negatif	
Darah	Negatif		Negatif	
Mikroskopik :				
Leukosit	Negatif		Negatif	
Eritrosit	Negatif		Negatif	
Amoeba Coli	Negatif		Negatif	
Amoeba Histolitika	Negatif		Negatif	
Telur Cacing	Negatif		Negatif	
Pencernaan				
Lemak	Negatif		Negatif	
Amilum	Negatif		Negatif	
Serat	Positif		Negatif	
Sel Ragi	Negatif		Negatif	

5. Hasil rontgent : Pasien tidak dilakukan rontgent

6. Data tambahan :-

VIII. PEMERIKSAAN FISIK

- Keadaan Umum : Ku tampak sakit sedang
Tingkat kesadaran : Kompos mentis dengan nilai GCS
15 TB/BB/TD/S/RR/N : TB: 150 cm, BB: 46 kg, TD
120/71mmhg, suhu 38,7°C, RR

20x/menit, nadi 98 x/mnt, Sat :

98%

Data lain : -

2. Kepala : bentuk kepala normal, lingkaran
kepala 53 cm

3. Rambut : bersih, tidak kusam

Ubun-ubun : normal

Telinga kanan dan kiri : simetris tidak ada gangguan pada
pendengaran

Mata kanan dan kiri : simetris kiri dan kanan, penglihatan
normal

Hidung : simetris, tidak ada sekret

Membrane mukosa mulut : tampak kering

Rongga mulut : normal

4. Leher

Penggunaan otot bantu pernafasan : tidak ada

Tonsil : tidak ada kelainan

Kesimetrisan leher : simetris kiri dan kanan

Kaku kuduk : tidak ada

Data lain : -

5. Dada

Bentuk dada : normal, simetris kiri dan kanan

Warna kulit dada : normal



Paru-paru : normal, pengembangan paru kiri dan kanan simetris, suara nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan

Cardio : normal, tidak ada bunyi jantung tambahan

Indrawing chest : tidak ada

Data lain : -

6. Abdomen

Bentuk abdomen : normal dan supel

Bising usus : 30x/menit

Turgor kulit : menurun

Nyeri tekan /lepas : tidak ada

Hepar : normal

Gaster : normal

Data lain : -

7. Punggung Bentuk : normal

Ginjal : normal

Paru-paru : normal, simetris kiri dan kanan Data lain :

8. Ekstremitas atas Capilari refill :

Ektremitas atas bentuk normal, akral hangat, crt < 2 detik

Kuku : Normal, sianosis tidak ada

Fraktur : tidak ada

Tonus otot : normal

Data lain : terpasang infus dengan venflon
26 di tangan kanan dengan cairan ivfd Asering 5jam/Kolf (tanggal
23/05/25)

9. Ekstremitas bawah Bentuk kaki:

Ektremitas bawah bentuk normal, akral hangat, crt < 2 detik

Kuku : normal, sianosis tidak ada

Fraktur : tidak ada

Tonus otot : normal

Data lain :

10. Genitourinaria

Genital : normal

Urinal : normal, tidak ada fimosis

Anal : tampak kemerahan, ruam diapers (+)

Data lain : -

IX. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Psiko sosial : pasien mau main berinteraksi dengan teman
sebayanya

2. Psiko seksual : fase anal (pasien sudah bisa mengatakan mau
pub/bab dan bak/pipis)

3. Kognitif : pasien mampu mengingat informasi yang
diberikan perawat.

4. Motorik kasar : pasien mampu naik turun tangga, berlari/berjalan,
dan melompat,berjongkok

5. Motorik Halus : pasien dapat menulis dikertas dengan rapih.

Data lain :-

X. RESPON ANAK TERHADAP HOSPITALISASI

Pasien merasa Sedih karena terpisah dari lingkungan sosial (sekolah, teman, media sosial).

XI. RINGKASAN RIWAYAT KEPERAWATAN

Pasien datang ke igd RSUD Budhi Asih Tanggal 23/05/2025 jam 12.30 WIB. Dengan keluhan demam sejak tanggal 20/05/2025 pagi, lemas, pusing, mual dan nafsu makan menurun, makan hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi, muntah 1x sebelum masuk Rumah sakit..

Jam 13.00 Pasien dikonsulkan ke DPJP spesialis anak dan dipasang infus asering loading dose 10cc/kgBB/Jam selam 1x pemberian dalam waktu 30 menit. selanjutnya asering 5 jam/kolf. pasien telah diberikan injeksi paracetamol drip 500 mg jam 12.30 wib, dan injeksi ranitidine extra 50 mg via iv bolus jam 12.40 wib. Pasien di antar ke ruang rawat Emerald barat jam 14.50 wib.

XII. ANALISA DATA

DATA SUBJEKTIF	DIAGNOSA	ETIOLOGI
DATA OBJEKTIF	KEPERAWATAN	
DS: - Ibu pasien mengatakan demam sejak tanggal 20/05/2025 pagi, - Ibu mengatakan anaknya pusing dan lemas. DO: - Ku sakit sedang, kesadaran compos mentis	Hipertermi	Proses infeksi

• Akral hangat • Observasi TTV : TD 120/71mmHg, Suhu 38,7° C , Nadi 103x/mnt, RR: 22x/menit, Sat 99% • Leukosit 7,6 rb/ul (N ;4,5-13rb) • LED 59 mm/jam (N: 0-30)		
DS : • Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam • Badan terasa lemas DO : • Ku sakit sedang, • Kesadaran compos mentis • Akral hangat • Observasi TTV : TD 120/71mmHg, Suhu 38,7° C , Nadi 103x/mnt, RR: 22x/menit, Sat 99% • Tampak bibir anak kering • HT 35%,(N : 35%) HB 11,9 g/dl (11-14 g/dl)	Risiko hipovolemia	Evaporasi
DS: • Ibu pasien mengatakan Nafsu makan anaknya menurun	Resiko defisit nutrisi	Kurang dari kebutuhan tubuh

- Ibu pasien mengatakan anaknya Makan hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi - Ibu pasien mengatakan anaknya masih mual DO: - Berat badan menurun 500gr sebelum sakit berat badan 46,5 kg, saat ini 46 kg. - A : BB saat ini 46 kg, berat turun 500 gr, TB : 150cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6) dalam kurva WHO, anak dalam rentang batas normal. - B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) - C : tidak ada tanda kurang gizi. - D : Nasi Tim		
---	--	--

XIII. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Hipertermi (SDKI D. 0130)
2. Resiko Hipovolemia (SDKI D.0034)
3. Resiko defisit nutrisi (SDKI D. 0032)

No	Diagnosa	Tujuan	Tindakan	Paraf
1	Hipertermia (SDKI D.0130)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam Termoregulasi membaik (SLKI L.14134), dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik (36-37,4 C) 2. Suhu kulit membaik	Manajemen hipertermia (SIKI I.15506) Observasi • Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) • Monitor suhu tubuh • Monitor kadar elektrolit • Monitor haluaran urin • Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik • Sediakan lingkungan yang dingin • Longgarkan atau lepaskan pakaian • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)	Sarah

			• Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) • Hindari pemberian antipiretik atau aspirin • Berikan oksigen, jika perlu	
2	Risiko hipovolemia	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat	Edukasi • Anjurkan tirah baring Kolaborasi • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi • Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) • Monitor intake dan output cairan	Sarah

		2. Output urin meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat	Terapeutik • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi modified Trendelenburg • Berikan asupan cairan oral Edukasi • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) • Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) • Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) • Kolaborasi pemberian produk darah	
3	Resiko Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam, maka pasien dapat terhindar dari resiko defisit	Tindakan Keperawatan Manajemen Nutrisi (I.15506) Observasi : • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan	Sarah

		nutrisi dengan Kriteria Hasil: 1. Nafsu makan anak Meningkat 2. Tidak terjadi penurunan berat badan	• Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Edukasi • Ajarkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	
--	--	---	---	--

3.	Resiko deficit nutrisi d.d muntah (SDKI D. 0032)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam Status nutrisi membaik (SLKI L.03030), dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen nutrisi (SIKI I.03119). Observasi • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat	Sarah
----	--	--	---	-------

			untuk mencegah Konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein • Berikan suplemen makanan, jika perlu	
			• Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi • Ajarkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik jika perlu • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	

XIV. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal Jam Diagnosa Kepetawatan	IMPLEMENTASI	EVALUASI	Nama & Paraf
Sabtu, 24/05/2025 08.00 wib DX I	1. Memonitor tanda-tanda vital pasien yang meliputi TD 120/71mmHg, Suhu 38,7° C, Nadi 103x/mnt, RR: 22x/menit, Saturasi 99%, 2. Melakukan kolaborasi injeksi paracetamol 500mg /iv drip dengan jarak waktu 1 jam setelah Tepid water sponge selama 15 menit, untuk mempercepat penurunan suhu tubuh. 3. Memonitor kadar elektrolit pasien, memonitor komplikasi akibat demam, menganjurkan keluarga pasien untuk memberikan banyak minum.	S : Ibu pasien mengatakan hari ini demamnya masih naik turun, setelah diberikan kompres tepid water sponge selama 15 menit, demam anak menurun. O : Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, Observasi TTV : Sh 37,8°C Nd 82x/menit, Rr 20x/menit, saturasi 98%, suhu tubuh awalnya 38,7 °C menjadi 37,8°C, Tampak terjadi penurunan suhu tubuh 0,9°C. A : Masalah hipertermi belum teratasi. • P : Intervensi dilanjutkan pada hari kedua.	Sarah

		• Mengobservasi Tanda-tanda vital, • Menyediakan lingkungan yang dingin dan • Melonggarkan pakaian, daan menganjurkan klien untuk banyak minum. • Memberikan tepid water sponge	
Sabtu, 24/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi TTV.. 2. Monitor kadar elektrolit. 3. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah). 4. Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam turun naik, rentang suhu 36,5°C-38,7°C. O: • KU tampak sakit sedang, kes compos mentis, akral hangat. • Hasil lab tanggal 24/05/25 : Hb 11,9 gr/dL, Ht 35 %, • Turgor kulit baik, mukosa bibir lembab • minum 6jam : 6.00cc • urine/ 6jam: 6.00cc A : Masalah Resiko hipovolemi belum teratasi	

	5. Memonitor intake dan output cairan. 6. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	P : Tindakan keperawatan dilanjutkan : • Monitor intake dan output cairan. • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis.	
Sabtu, 24/05/2025 08.00 wib DX III	1. Mengobservasi TTV 2. Mengidentifikasi status nutrisi. 3. Memonitor asupan makanan 4. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	S : Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis ¼ porsi. O : • ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, • Observasi TTV : Sh 36,2°C Nd 120x/menit, Rr 20x/menit, Nd 93x/m, saturasi 98% A : BB sebelum sakit 46,2kg, saat ini 46 kg, berat turun 200 gr, TB : 150cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6) dalam	

		kurva WHO, anak dalam rentang batas normal. B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi. D : Nasi Tim A: Masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan. • Monitor intoleransi makanan • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. • Kolaborasi pemberian medikasi antiemetik	
--	--	---	--

Minggu, 25/05/2025 08.00 wib DX I	• Mengobservasi Tanda-tanda vital, TD 113/65 mmHg, Sh 37,8°C Nd 93x/menit, Rr 20x/menit, Saturasi 98% • Memberikan <i>tepid water sponge</i> • Menyediakan lingkungan yang dingin dan • Melonggarkan pakaian, dan menganjurkan klien untuk banyak minum.	S: Ibu pasien mengatakan hari ini anaknya masih demam, terakhir demam jam 08.00 wib dengan suhu 37,8°C, setelah diberikan <i>tepid water sponge</i> selama 15 menit, demam anak menurun, suhu tubuh awalnya 37,8 °C menjadi 37,2°C, O: Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, Observasi Tanda-tanda vital TD 115/70 mmHg, Sh 37,2°C Nd 84x/menit, Rr 20x/menit, Saturasi 98%, %, suhu tubuh awalnya 37,8 °C menjadi 37,2°C, ada penurunan suhu 0,6°C . A : Masalah hipertermi belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan pada hari ketiga. • Mengobservasi Tanda-tanda vital,	
--	---	--	--

		• Menyediakan lingkungan yang dingin dan • Melonggarkan pakaian, daan menganjurkan klien untuk banyak minum. Memberikan <i>tepid water sponge</i>	
Minggu, 25/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital. 2. Anjurkan klien untuk banyak minum. 3. Menghitung intake dan output. 4. Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis Asering 8 jam Kolf.	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam turun naik, rentang suhu 36,5°C-38,7°C O: • KU tampak sakit sedang, kes compos mentis • Observasi TTV TD 115/70 mmHg, Sh 37°C Nd 94x/menit, Rr 20x/menit, Nd 93x/m, Saturasi 98%, CRT <2 nadi kuat, akral kaki dan tangan hangat, CRT 2 detik, bb 46kg kg, Hb 11,8 gr/dL, Ht 35 %,	

		turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, • Minum/6jam : 5.00cc • urine/6jam : 5.00cc A : Masalah Resiko hipovelemi belum teratasi. P : Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intake dan output cairan • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	
Minggu, 25/05/2025 08.00 wib DX III	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital. 2. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. 3. Memonitor Berat badan. 4. Memonitor asupan makanan.	S :Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis ¼ porsi. O : Ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, TTV sh TTV sh 36°C,	

	5. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	20x/menit, Nd 95x/m, TD: 93/56 mmHg, saturasi 98, BB : 46 kg A : BB saat ini 46 kg, berat turun 500 gr, TB : 150cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6) anak dalam rentang batas normal. B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi. D : Nasi Tim A: Masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi P: Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intoleransi makanan. • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan	
--	---	--	--

		• Monitor hasil pemeriksaan laboratorium • Kolaborasi pemberian medikasi antiemetik	
Senin, 26/05/2025 08.00 wib DX I	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital, TD 117/65 mmHg, Sh 37,8°C Nd 92x/menit, Rr 20x/menit, Saturasi 98%, 2. Menyediakan lingkungan yang dingin. 3. Melonggarkan pakaian, daan menganjurkan klien untuk banyak minum.	S : Ibu pasien mengatakan hari ini demamnya masih naik turun, dengan suhu 37,8°C, setelah diberikan <i>tepid water sponge</i> selama 15 menit demam anak menurun, O : Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, Observasi tanda-tanda vital TD 118/69 mmHg, Sh 36,9°C Nd 95x/menit, Rr 20x/menit, Saturasi 98%, Tampak terjadi penurunan suhu tubuh suhu tubuh awal 37,8°C menjadi 36,9°C dengan selisih 0,9°C, A : Masalah hipertermi belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan pada hari keempat.	

Senin, 26/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital. 2. Menganjurkan pasien untuk banyak minum. 3. Menghitung intake dan output.	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam turun naik, ibu mengatakan mimunm anak mulai banyak 6.00cc O: • Observasi TTV TD 118/69 mmHg, Sh 36,9°C, Nd 95x/menit, Rr 20x/menit, Saturasi 98%, kuat, akral kaki dan tangan hangat, CRT 2 detik, menggigil tidak ada • Hb 11,8 gr/dL, Ht 35 %, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, • minum/6jam : 6.00cc • urine/6jam 6.00cc A : Masalah Resiko hipovelemi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intake dan output cairan	
--	---	--	--

		Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral	
Senin, 26/05/2025 08.00 wib DX III	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital. 2. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering. 3. Memonitor Berat badan. 4. Memonitor asupan makanan. 5. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi inj.Ceftriaxone 2 gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	S : Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis ¼ porsi. O : ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, TTV Sh 36°C, 20x/menit, Nd 95x/m, TD: 93/56 mmHg, saturasi 98, BB : 46 kg A : BB saat ini 46,2 kg, berat naik 200gr sejak pertama masuk ruang ranap, TB : 150cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6), anak dalam rentang batas normal. B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh	

		anak normal, tidak ada tanda kurang gizi. D : Nasi Tim A: Masalah Resiko defisit nutrisi teratasi P : Tindakan keperawatan dihentikan.	
Selasa, 27/05/2025 08.00 wib DX I	1. Mengobservasi tanda-tanda vital. Sh 36,5°C, 20x/menit, Nd 98x/m, TD: 120/70 mmHg, saturasi 98% 2. Menganjurkan pasien untuk banyak minum. 3. Memonitor intake dan output.	S: Ibu pasien mengatakan hari ini anaknya sudah tidak demam. O: Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, observasi tanda-tanda vital Sh 36,5°C, N: 100x/menit, RR: 20x/menit, Nd 95x/m, TD: 120/62 mmHg, saturasi 98%, kuat, akral kaki dan tangan hangat, CRT 2 detik, A : Hipertermi teratasi, P : Intervensi dihentikan.	

Selasa, 27/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital. 2. Menganjurkan pasien untuk banyak minum.	S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam, O: • Ku tampak sakit sedang, • Observasi TTV Sh 36,5°C, N: 100x/menit, RR: 20x/menit, Nd 95x/m, TD: 120/62 mmHg, saturasi 98%, kuat, akral kaki dan tangan hangat, CRT 2 detik • Hb 11,8 gr/dL, Ht 35 %, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, • minum/6jam : 5.00cc • Urine/6jam : 600cc A: Masalah Resiko hipovolemi teratasi P: Tindakan keperawatan dihentikan.	Sarah
Selasa, 27/05/2025 08.00 wib DX III	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital. 2. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 3. Memonitor berat badan.	S : Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis ¼ porsi O : ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, TTV sh 36°C,	

	4. Memonitor asupan makanan. 5. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	20x/menit, Nd 95x/m, TD: 93/56 mmHg, saturasi 98, BB : 46 kg A: BB saat ini 46 kg, berat turun 500 gr, TB : 150cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6) dalam kurva WHO, anak dalam rentang batas normal. B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi. D : Nasi Tim A: Masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dihentikan.	
--	--	---	--

Lampiran 4 : Asuhan Keperawatan An.A

PENGKAJIAN PADA ANAK

Nama Mahasiswa : Juliana Sarah
NPM : 244291517024
Tempat praktek : Emerald Barat
Hari/Tanggal : Senin/23/05/2025

I. DATA IDENTITAS

Nama klien : An.A
Tanggal lahir : 03-05-2020
Usia/JK : 6 Tahun
Nama Ayah : Tn. R
Usia Ayah : 38 Tahun
Pekerjaan Ayah : Karyawan swasta
Nama ibu : Ny. S
Pekerjaan ibu : Pedagang
Usia Ibu : 37 tahun

II. KELUHAN UTAMA

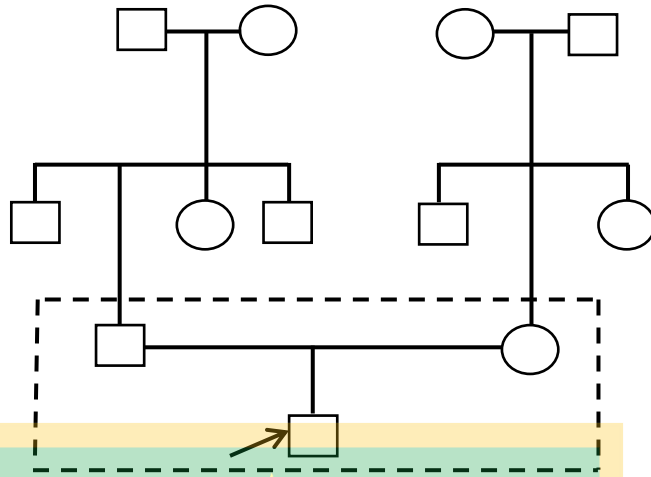
Demam naik turun sejak jumat pagi.

III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat pre natal : Ibu pasien rajin memeriksakan kehamilan di klinik bidan dekat rumah, sesuai anjuran bidan. Tidak ada masalah pada pre natal
2. Riwayat antenatal : Pasien lahir di klinik bidan dekat rumah, lahir spontan 38 minggu, pasien menangis spontan, tidak ada masalah saat proses persalinan, tidak ada penyakit kongenital, lahir dengan berat badan 3000 gr dan Panjang badan 48 cm
3. Riwayat post natal : Tidak ada masalah pada saat post natal
4. Riwayat Imunisasi : Imunisasi lengkap BCG, DPT 1,2,3, PCV 1,2,3, polio 1,2,3, campak
5. Penyakit waktu kecil : Pasien riwayat TB Paru tuntas usia 1 tahun.
6. Pernah dirawat di RS : Pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya
7. Riwayat Pembedahan : Pasien tidak ada riwayat operasi sebelumnya
8. Riwayat Alergi : Tidak ada alergi
9. Konsumsi obat : Tidak ada obat rutin yang diminum
10. Riwayat kecelakaan : Tidak ada riwayat kecelakaan

IV. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

1. Riwayat penyakit yang diturunkan : Ibu riwayat penyakit Hipertensi dan Nenek riwayat Diabetes melitus.
2. Riwayat penyakit saudara sekandung : Tidak ada riwayat penyakit pada saudara kandung
3. Pola asuh orang tua : Pola asuh baik, keluarga sangat peduli dengan tumbuh kembang anak.
5. Genogram (3 generasi)



Keterangan :

Laki- laki

Perempuan

Menikah

Garis keturunan

Tinggal serumah
Pasien

V. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh : Ibu pasien
2. Hubungan dengan orang tua : Baik, tidak ada masalah
3. Hubungan dengan teman : Baik
4. Pembawaan secara umum : Baik
5. Lingkungan rumah : Baik, pasien tinggal bersama orang tua di rumah sendiri, memiliki 1 ventilasi, dan kamar mandi sendiri di dalam rumah

VI. KEBUTUHAN DASAR

1. Makanan yang disukai : Daging rendang
2. Makanan yang tidak disukai : tidak ada
3. Pola makan :

Pasien makan 3 kali sehari, sudah sesuai menu keluarga dengan lauk tahu, tempe, telur, ayam, ikan atau daging, dan sayur-sayuran, setelah sakit pasien nafsu makan menurun, mual dan muntah 2x isi makanan dan air hari ini, makan hanya 2x/hari dan habis ¼ porsi, sebelum sakit terakhir timbang berat badan 20 kg. Berat badan sesudah sakit 20 kg, tidak ada perubahan dari sebelumnya. berat badan normal anak usia 6 tahun dengan menggunakan rumus BBI $(2n+8)$ $(2 \times 6) + 8 = 20\text{kg}$, pada kurva who pasien masuk gizi baik. Lingkar lengan atas 14 cm. klinis tampak anak kurus.

4. Minuman yang disukai : Jus Alpukat
5. Pola minum : Pasien minum air putih 1.000-1500cc/hari.
6. Mandi secara mandiri :

Pasien masih dimandikan, pola mandi 2x/hari, mencuci rambut 1x/hari, gosok gigi 2 x/hari, memotong kuku: 1x/ minggu, membersihkan telinga: jarang, 1 x / 2 minggu.
7. Pola eliminasi fekal :

Pasien bab dalam batas normal frekuensi 1x sejak hari sabtu masuk RS.
8. Karakteristik feses : konsistensi setengah padat, berwarna kuning
9. Pola Eliminasi urine : Anak BAK 6-8x /hari dit toilet
10. Karakteristik urine : warna urin kuning
11. Pola istirahat-tidur :Pasien tidur siang kurang lebih 1-2 jam, dan tidur malam 6-8 jam
12. Kebiasaan sebelum tidur: tidak ada langsung Tidur siang : kurang lebih 1-2 jam
13. Aktifitas bermain : Pasien biasa bermain dengan orang tua dirumah dan terkadang keluar di sore hari untuk bermain dengan teman sebaya

VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnosa Medis : Observasi Febris
2. Tindakan operasi : Tidak ada
3. Status nutrisi : Dengan BB 20 kg, TB 110cm cm pada kurva who pasien kategori gizi baik, lingkaran lengan atas 16 cm,
4. Status cairan : balance cairan 07.00-12.00 Wib

Input

- Infus : Asering 5cc/kgBB/Jam
=Asering 7jam/kolf
=Asering/jam : 71,4cc/jam
- Obat : 20 cc
- Minum : 300 cc
- Total** : 511,4 cc

Output

- urin : 300 cc
- $IWL = (30 - \text{usia}) \times \text{KgBB}$
- **IWL akan bertambah sekitar 10% untuk setiap 1°C kenaikan suhu tubuh dari suhu normal (37°C).**
- Suhu = 38,7°C → naik **1,7°C**
- Maka tambahan IWL = $10\% \times 1,7 = 17\%$
- **IWL dasar:** $(30 - \text{usia anak dalam tahun}) \times \text{cc/kg BB/hari}$
- **IWL** = $(30 - 6) \times 20 \text{ ml/kgBB/hari} = 24 \times 20 \text{ ml/kgBB/hari} = 480 \text{ ml/hari}$. IWL/6jam : 120cc
- **Tambahan karena demam (17%):**
 $120 \text{ cc} \times 17\% = 20,4\text{cc}$

Total IWL : $120 + 20,4\text{cc} = 140,4\text{ cc}$

Total :

Intake : $511,4\text{ cc}$

Output : $440,4\text{ cc}$

Balance/ 6jam : $71,4\text{ cc}$

Diuresis/6 jam : $2,5\text{ cc}/6\text{jam}$

Total kebutuhan cairan /24jam pada pasien An. A dengan BB 20 Kg adalah 1.500cc/hr

Dengan cara berikut :

BB = 20 kg

1. **10 kg pertama:**
 $10 \times 100 = 1000\text{ cc}$

2. **10 kg kedua (10–20 kg):**
 $10 \times 50 = 500\text{ cc}$

Total kebutuhan cairan harian:

$1000 + 500 + 520 = 1.500\text{ cc/hari}$

5. Obat-obatan

- IVFD Asering $5\text{cc}/\text{kgBB}/\text{Jam}$
- Injeksi Ceftriaxone $2 \times 700\text{mg}$
- Injeksi Paracetamol $4 \times 150\text{ mg}$ jika demam
- Injeksi Ranitidine $2 \times 15\text{mg}$

6. Aktivitas : Pasien terlihat lemas saat sakit, biasanya dirumah sangat aktif bermain

7. Tindakan keperawatan : -

8. Hasil Laboratorium

Hasil Lab TGL 24/05/2025:

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Catatan
Hematologi Lengkap (Darah Lengkap+NLR+Limfosit Total)				
Hematologi Lengkap				
Leukosit (WBC)	17.8	ribu/ μ L	4.5 - 13	
Eritrosit (RBC)	4.6	juta/ μ L	3.8 - 5.2	
Hemoglobin (HGB)	11.0	g/dL	11.8 - 15.0	
Hematokrit (HCT)	32	%	35 - 47	
Trombosit (PLT)	296	ribu/ μ L	154 - 442	
LED	39 *	mm/jam	0 - 30	
MCV	75.8 *	fL	80 - 100	
MCH	25.9 *	pg	26 - 34	
MCHC	34.2	g/dL	32 - 36	
RDW	11.9	%	< 14	
Hitung Jenis :				
Basofil	0	%	0 - 1	
Eosinofil	1	%	2 - 4	
Netrofil Batang	2	%	3 - 5	
Netrofil Segmen	69	%	50 - 70	
Limfosit	20	%	25 - 40	
Monosit	9	%	2 - 8	
Limfosit total	750	/ul	1250 - 4000	
NLR	6.50			

Hasil Lab TGL 25/05/25

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Catatan
Hematologi Rutin (Hb,leuko,Ht,Tombo)				
Hematologi Rutin 2				
Leukosit (WBC)	15,7	ribu/ μ L	4.5 - 13	
Eritrosit (RBC)	4.5	juta/ μ L	3.8 - 5.2	
Hemoglobin (HGB)	11	g/dL	11.8 - 15.0	
Hematokrit (HCT)	31	%	35 - 47	
Trombosit (PLT)	284	ribu/ μ L	154 - 442	
MCV	82	fL	80 - 100	
MCH	26.7	pg	26 - 34	
MCHC	33.1	g/dL	32 - 36	
RDW	12.0	%	< 14	

Hasil Lab UL dan FL 25/05/2025

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Catatan
Urine Lengkap (10 Parameter)				
Urine Lengkap				
Warna	Kuning		Kuning	
Kejernihan	Jernih		Jernih	
Glukosa	Negatif		Negatif	
Bilirubin	Negatif		Negatif	
Keton	1+		Negatif	
pH	6.0		4.6 - 8	
Berat Jenis	1.005		1.005 - 1.030	

Albumin Urine	Negatif		Negatif	
Urobilinogen	0.2	E.U. /dL	0.1 - 1	
Nitrit	Negatif		Negatif	
Darah	Negatif		Negatif	
Esterase Lekosit	Negatif		Negatif	
Sedimen Urine :				
Leukosit	0 - 1	/LPB	< 5	
Eritrosit	0 - 1	/LPB	< 2	
Epitel	Positif	/LPB	Positif	
Silinder	Negatif	/LPK	Negatif	
Kristal	Negatif		Negatif	
Bakteri	Negatif		Negatif	
Jamur	Negatif	/LPB	Negatif	
Faeces Rutin				
FAECES RUTIN				
Makroskopik :				
Warna	Coklat		Coklat	
Konsistensi	Lunak		Lunak	
Lendir	Negatif		Negatif	
Darah	Negatif		Negatif	
Mikroskopik :				
Leukosit	Negatif		Negatif	
Eritrosit	Negatif		Negatif	
Amoeba Coli	Negatif		Negatif	
Amoeba Histolitika	Negatif		Negatif	

Telur Cacing	Negatif		Negatif	
Pencernaan				
Lemak	Negatif		Negatif	
Amilum	Negatif		Negatif	
Serat	Negatif		Negatif	
Sel Ragi	Negatif		Negatif	

9. Hasil rontgent : Pasien tidak dilakukan rontgent

10. Data tambahan : -

VIII. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum : Ku tampak sakit sedang

Tingkat kesadaran : Kompos mentis dengan nilai gcs 15

TB/BB/TD/S/RR/N : TB: 110 cm, BB: 20 kg, TD 108/74mmhg,
suhu 38,7°C, RR 20x/menit, nadi 120
x/mnt, Sat : 98%

Data lain : -

2. Kepala : bentuk kepala normal, lingkar kepala 52cm

3. Rambut : normal

Ubun-ubun : normal

Telinga kanan dan kiri : simetris tidak ada gangguan pada pendengaran

Mata kanan dan kiri : simetris kiri dan kanan, penglihatan normal

Hidung : normal, tidak ada sekret Membrane mukosa
mulut : tampak kering

Rongga mulut : normal

4. Leher

Penggunaan otot bantu pernafasan : tidak ada

Tonsil : tidak ada kelaainan

Kesimetrisan leher : simetris kiri dan kanan

Kaku kuduk : tidak ada

Data lain : -

5. Dada

Bentuk dada : normal, simetris kiri dan kanan

Warna kulit dada : normal

Paru-paru : normal, pengembangan paru kiri dan kanan simetris, suara nafas vesikuler

Cardio : normal, tidak ada bunyi jantung tambahan

Indrawing chest : tidak ada

Data lain : -

6. Abdomen

Bentuk abdomen : normal dan supel

Bising usus : 20x/menit

Turgor kulit : menurun

Nyeri tekan /lepas : tidak ada

Hepar : normal

Gaster : normal

Data lain : -

7. Punggung Bentuk : normal

Ginjal : normal

Paru-paru : normal, simetris kiri dan kanan Data lain :

8. Ekstrimitas atas Capilari refill :

Ektremitas atas bentuk normal, akral hangat, crt < 2 detik

Kuku : Normal, sianosis tidak ada

Fraktur : tidak ada

Tonus otot : normal

Data lain : terpasang infus dengan venflon 26 di tangan kanan dengan cairan ivfd Asering 5jam/Kolf (tanggal 23/05/25)

9. Ekstrimitas bawah Bentuk kaki:

Ektremitas bawah bentuk normal, akral hangat, crt < 2 detik

Kuku : normal, sianosis tidak ada

Fraktur : tidak ada

Tonus otot : normal

Data lain :

10. Genitourinaria

Genital : normal

Urinal : normal, tidak ada fimosis

Anal : tampak kemerahan, ruam diapers (+)

Data lain : -

IX. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Psiko sosial : Pasien mau main berinteraksi dengan teman sebaya

2. Psiko seksual : fase anal (pasien sudah bisa mengatakan mau pub/bab dan bak/pipis)

3. Kognitif : Pasien mampu mengingat informasi yang diberikan perawat.
4. Motorik kasar : Pasien mampu naik turun tangga, berlari/berjalan, dan melompat,berjongkok
5. Motorik Halus : Pasien dapat menulis dikertas dengan rapih.
6. Data lain : -

X. RESPON ANAK TERHADAP HOSPITALISASI

Pasien merasa **Sedih** karena terpisah dari lingkungan sosial (sekolah, teman, media sosial).

XI. RINGKASAN RIWAYAT KEPERAWATAN

Pasien datang ke igd RSUD Budhi Asih Tanggal 24/05/2025 jam 06.30 WIB. Dengan keluhan demam sejak tanggal 21/05/2025 pagi, lemas, pusing, mual dan nafsu makan menurun, muntah 2 x isi makanan dan air, terakhir BAK semalam dan baru BAK di IGD setelah pasang infus.

Jam 07.00 Pasien dikonsulkan ke DPJP spesialis anak dan dipasang infus asering loading dose 10cc/kgBB/Jam 1x pemberian dalam waktu 30 menit. selanjutnya jika sudah BAK dan diuresisnya lebih dari 1cc, infus turun dengan menggunakan Asering 7cc/kgBB/Jam selama 1jam dan infus maintenance asering 5 cc/kgBB/Jam, pasien telah diberikan injeksi paracetamol drip 500 mg jam 12.30 wib, dan injeksi ranitidine extra 15mg via iv bolus jam 07.00 wib. Pasien di antar ke ruang rawat Emerald barat jam 08.00 wib.

XII. ANALISA DATA

DATA SUBJEKTIF DATA OBJEKTIF	DIAGNOSA KEPERAWATAN	ETIOLOGI
DS: - Ibu pasien mengatakan demam sejak tanggal 21/05/2025 pagi, pusing dan badan terasa lemas. DO: - Ku sakit sedang, kesadaran compos mentis - Akral hangat - Observasi TTV : - Suhu 38,7 C , nadi 120 x/mnt RR : 22x/menit - Leukosit 17,6 rb/ul - LED 39 mm/jam	Hipertermi	Proses infeksi
DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam - Badan terasa lemas - Ibu mengatakan anaknya minum hanya	Risiko hipovolemia	Evaporasi

sedikit DO : • Ku sakit sedang, • Kesadaran compos mentis • Akral hangat • Observasi TTV : TD 120/71mmHg, Suhu 38,7 C , Nadi 103x/mnt, RR: 22x/menit Sat 99% • Tampak bibir anak kering, CRT < 2 • HT 35%,(N : 35%) HB 11,9 g/dl (11-14 g/dl)		
DS: • Ibu pasien mengatakan Nafsu makan anaknya menurun • Ibu pasien mengatakan anaknya masih mual • Ibu mengatakan anaknya muntah 2x isi air dan makanan. DO:	Resiko defisit nutrisi	Kurang dari kebutuhan tubuh

• Ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat • Tampak anak tidak nafsu makan • Makan habis $\frac{1}{4}$ porsi • A : BB sebelum sakit 20kg, Berat saat sakit 20kg, TB : 110cm , Lingkar lengan atas 14cm. BBI $(2n+8)$ $(2 \times 6) + 8 = 20\text{kg}$ • dalam WHO, anak dalam rentang batas normal. • B : HB 11,0 g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) • C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi. • D : Nasi Tim		
--	--	--

XIII. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Hipertermi b.d proses infeksi (SDKI D. 0130)
2. Resiko Hipovelemia (SDKI D.0034)
3. Resiko defisit nutrisi (SDKI D. 0032)



No	Diagnosa	Tujuan	Tindakan	Paraf
1.	Hipertermia (SDKI D.0130)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam Termoregulasi membaik (SLKI L.14134), dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik (36-37,4 C). 2. Suhu kulit membaik	Manajemen hipertermia (SIKI L.15506) Observasi • Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) • Monitor suhu tubuh • Monitor kadar elektrolit • Monitor haluaran urin • Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik • Sediakan lingkungan yang dingin • Longgarkan atau lepaskan pakaian • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)	Sarah

			• Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) • Hindari pemberian antipiretik atau aspirin • Berikan oksigen, jika perlu Edukasi • Anjurkan tirah baring. Kolaborasi • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	
2.	Risiko hipovolemia	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat. 2. Output urin meningkat.	Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi • Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin	Sarah

		3. Membran mukosa lembab meningkat	menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) • Monitor intake dan output cairan Terapeutik • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi modified Trendelenburg • Berikan asupan cairan oral Edukasi • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) • Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) • Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)	
--	--	---	--	--

			• Kolaborasi pemberian produk darah	
3.	Resiko Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam, maka pasien dapat terhindar dari resiko defisit nutrisi dengan Kriteria Hasil: 1. Nafsu makan anak Meningkat 2. Tidak terjadi penurunan berat badan	Tindakan Keperawatan Manajemen Nutrisi (I.15506) Observasi : • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	Sarah

			Edukasi • Ajarkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	
--	--	--	---	--



4.	Resiko defisit nutrisi (SDKI D. 0032)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam Status nutrisi membaik (SLKI L.03030), dengan kriteria hasil: 4. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 5. Berat badan membaik 6. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen nutrisi (SIKI I.03119). Observasi • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)	Sarah
----	---	--	--	-------

			• Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah Konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein • Berikan suplemen makanan, jika perlu • Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi • Ajarkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik jika	
--	--	--	--	--

			perlu • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	
--	--	--	---	--



XIV. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal Jam Diagnosa Kepetawatan	IMPLEMENTASI	EVALUASI	NAMA & PARAF
Sabtu, 24/05/2025 08.00 wib DX I	1. Mengobservasi tanda-tanda vital tanda-tanda vital, 2. Memberikan <i>tepid water sponge</i> selama 15 menit, 3. Memberikan injeksi paracetamol dengan jeda waktu pemberian 2 jam setelah tepid water sponge. 4. Memonitor kadar elektrolit pasien, 5. Memonitor komplikasi akibat demam. 6. Menganjurkan klien untuk banyak minum.	S : Ibu pasien mengatakan hari ini demamnya masih naik turun, setelah diberikan kompres <i>tepid water sponge</i> demam anak menurun demam anak menurun, suhu tubuh awalnya 38,7 °C menjadi 37,7°C, Tampak terjadi penurunan suhu tubuh +1,0°C. O : Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, Observasi TTV : Sh 37,7°C Nd 82x/menit, Rr	Sarah

		20x/menit, Nd 82x/m, saturasi 98%, Menggigil tidak ada. A : Masalah hipertermi belum teratasi sehingga P : Tindakan intervensi dilanjutkan pada hari kedua.	
Sabtu, 24/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi TTV. 2. Monitor kadar elektrolit. 3. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah). 4. Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 5. Memonitor intake dan output cairan.	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam turun naik, rentang suhu 36,5°C-38,7°C O: • KU tampak sakit sedang, kes compos mentis, akral hangat • Hasil lab tanggal 24/05/25 : Hb 11,9 gr/dL, Ht 35 %, • Turgor kulit baik, mukosa bibir lembab • Intake : 511,4cc	Sarah

	6. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	Output : 440,4cc Balance : +71 /6jam Diuresis : 2,5 cc/6jam A : Masalah Resiko hipovolemia belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intake dan output cairan • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis	
Sabtu, 24/05/2025 08.00 wib DX III	1. Mengobservasi TTV. 2. Mengidentifikasi status nutrisi. 3. Memonitor asupan makanan. 4. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	S : Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis ¼ porsi O : • Ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, • Observasi TTV :	Sarah

		Sh 36,2°C Nd 120x/menit, Rr 20x/menit, Nd 93x/m, saturasi 98% A: BB sebelum sakit 20kg, saat ini 20 kg, berat turun 200 gr, TB : 150cm , Lingkar lengan atas 14cm.BBI 20 kg (dalam batas normal). B : HB 11,9g/dl (N : 11,8- 15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi. D : Nasi Tim A:Masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi P: Tindakan keperawatan dilanjutkan	
--	--	--	--

		• Monitor intoleransi makanan • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium • Kolaborasi pemberian medikasi antiemetik	
Minggu, 25/05/2025 08.00 wib DX I	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital. 2. Menyediakan lingkungan yang dingin. 3. Melonggarkan pakaian. 4. Menganjurkan klien untuk banyak minum.	S: Ibu pasien mengatakan hari ini demamnya masih naik turun, setelah diberikan kompres <i>tepid water sponge</i> demam anak menurun selama 15 menit, demam anak menurun. O: Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, Observasi TTV : Sh 37°C Nd 84x/menit, Rr 20x/menit, Nd 93x/m, , saturasi 98%, suhu	Sarah

		tubuh awalnya 37,6°C menjadi 37°C, tampak terjadi penurunan suhu tubuh 0,6°C, Menggigil tidak ada, tampak minum pasien habis.300 cc. A : Masalah hipertermi belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan pada hari ketiga.	
Minggu, 25/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi TTV. 2. Menganjurkan klien untuk banyak minum. 3. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah). 4. Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam turun naik, rentang suhu 36,5°C-38,7°C O: • KU tampak sakit sedang, kes compos mentis • Observasi TTV TD 115/70 mmHg, Sh 37°C Nd 100x/menit, Rr 20x/menit, Nd 93x/m, Saturasi 98%, CRT <2 nadi kuat, akral kaki dan tangan	Sarah

	5. Memonitor intake dan output cairan. 6. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	hangat, CRT 2 detikHb 11,8 gr/dL, Ht 35 %, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, • Intake/6jam : 728,4cc • Output/6jam : 420 cc • Balance cairan: +308,4 /6jam dan Diuresis 2,5cc/6jam. A: Masalah Resiko hipovolemi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intake dan output cairan • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	
Minggu, 25/05/2025 08.00 wib	1. Mengobservasi TTV. 2. Memonitor asupan makanan.	S : Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis ¼ porsi	Sarah

DX III	3. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	O : ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, TTV Sh 37°C Nd 100x/menit, Rr 20x/menit, Nd 93x/m, Saturasi 98%, CRT <2 nadi kuat, akral kaki dan tangan hangat A: BB saat ini 46 kg, berat turun 500 gr, TB : 150cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6) dalam kurva WHO, anak dalam rentang batas normal. B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi. D : Nasi Tim	
---------------	---	---	--

		A: Masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intoleransi makanan • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium • Kolaborasi pemberian medikasi antiemetik.	
Senin, 26/05/2025 08.00 wib DX I	1. Mengobservasi tanda-tanda vital. 2. Memberikan <i>Tepid water sponge</i> selama 15 menit. 3. Menganjurkan pasien untuk banyak minum.	S : Ibu pasien mengatakan hari ini anaknya demam, setelah diberikan kompres <i>tepid water sponge</i> demam anak menurun selama 15 menit demam anak menurun. O: Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, Observasi TTV 118/69mmHg , Sh	Sarah

		37°C Nadi 82x/menit, Rr 20x/menit, saturasi 98%, , suhu tubuh awalnya 37,6°C menjadi 37°C, tampak terjadi penurunan suhu tubuh 0,6°C, Menggigil tidak ada. A : Masalah hipertermi belum teratasi sehingga P : Intervensi dilanjutkan pada hari keempat.	
Senin, 26/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi tanda-tanda vital. 2. Menganjurkan pasien untuk banyak minum 3. Menghitung intake dan output	S: Ibu pasien mengatakan anaknya siang ini tidak ada demam. O: • Ku tampak sakit sedang, • Observasi TTV Sh 3,46°C, N: 120x/menit, RR: 20x/menit, Nd 95x/m, TD: 118/69 mmHg, saturasi 98%, nadi 82x/m kuat, akral kaki dan tangan hangat, CRT 2 detik,	Sarah

		menggigil tidak ada • Hb 11,8 gr/dL, Ht 35 %, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, • Intake/6jam : 728,4cc • Output/6jam : 720 cc • Balance cairan: +8,4 6jam dan Diuresis 5 cc/6jam. A : Masalah Resiko hipovolemi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intake dan output cairan • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	
Senin, 26/05/2025 08.00 wib DX III	1. Mengobservasi tanda-tanda vital.	S : Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis 1 porsi,	Sarah

	2. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering 3. Memonitor Berat badan 4. Memonitor asupan makanan 5. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj. Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV).	mual dan muntah tidak ada. O : ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, TTV Sh 3,46°C, N: 120x/menit, RR: 20x/menit, Nd 95x/m, TD: 118/69 mmHg, saturasi 98%, nadi 82x/m A: BB saat ini 20,4 kg, berat naik 400gr sejak pertama masuk ruang ranap, TB : 110cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6) anak dalam rentang batas normal. B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi.	
--	--	--	--

		D : Nasi Tim A: Masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan. • Monitor intake dan output cairan • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	
Selasa 27/05/2025 08.00 wib DX I	1. Mengobservasi tanda-tanda vital. 2. Menganjurkan pasien untuk banyak minum.	S: Ibu pasien mengatakan anaknya hari ini tidak ada demam, mual dan muntah tidak ada. O: • Ku tampak sakit sedang, • Observasi TTV Sh 36,4°C, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, Nd 98x/m, TD:	Sarah

		118/69 mmHg, saturasi 98%, nadi 82x/m kuat, akral kaki dan tangan hangat, CRT 2 detik, menggigil tidak ada A: Masalah Hipertermi belum teratasi P: Intervensi dihentikan.	
Selasa 27/05/2025 08.00 wib DX II	1. Mengobservasi tanda- tanda vital. 2. Menganjurkan pasien untuk banyak minum	S: Ibu pasien mengatakan anaknya siang ini tidak ada demam. O: - Ku tampak sakit sedang, - Observasi TTV Sh 36,5°C, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, TD: 116/72mmHg, saturasi 98%, nadi 84x/m kuat, akral kaki dan tangan hangat, CRT 2 detik, menggigil tidak ada	Sarah

		• Hb 11,8 gr/dL, Ht 35 %, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, • Intake/6jam : 527,4cc • Output/6jam : 522,4 cc • Balance cairan: +5,4 6jam dan Diuresis 3,2 cc/6jam. A : Masalah Resiko hipovolemi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan • Monitor intake dan output cairan • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	
Selasa 27/05/2025 08.00 wib DX III	1. Mengobservasi tanda-tanda vital.	S : Ibu mengatakan anaknya masih mual, makan habis 1 porsi,	Sarah

	2. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering 3. Memonitor Berat badan 4. Memonitor asupan makanan 5. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, inj.Ceftriaxone 2gram (IV), Inj. Ranitidine 50 mg (IV	mual dan muntah tidak ada. O : ku sakit sedang, kesadaran compos mentis, akral hangat, TTV Sh 36,4°C, N: 120x/menit, RR: 20x/menit, Nd 95x/m, TD: 118/69 mmHg, saturasi 98%, nadi 82x/m. A: BB saat ini 20,4 kg, berat naik 400gr sejak pertama masuk ruang ranap, TB : 110cm , Lingkar lengan atas 16cm. IMT 20,4 (N : 17,5-22,6) anak dalam rentang batas normal. B : HB 11,9g/dl (N : 11,8-15.0g/dl) C : secara klinis proporsi tubuh anak normal, tidak ada tanda kurang gizi.	
--	--	---	--

		D : Nasi Tim A: Masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi P : Tindakan keperawatan dilanjutkan. • Monitor intake dan output cairan • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL).	
--	--	--	--



Lampiran 5: Surat Izin Penelitian



UNIVERSITAS NASIONAL FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Harsono RM No. 1 Ragunan, Jakarta Selatan 12550, Telp. 27870882
Website : www.unas.ac.id; Email: fikes@civitas.unas.ac.id

Jakarta, 03 Juni 2025

Nomor : 043/NERS-FIKES/VI/2025
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data KIAN
Lampiran : -

Kepada Yth: **Direktur RSUD Budhi Asih**

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Mahasiswa Profesi Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Angkatan 11, maka dengan ini kami memohon ijin agar mahasiswa kami dapat melaksanakan pengambilan data KIAN dengan informasi sebagai berikut:

No	Data	Keterangan
1	Nama	Juliana Sarah
2	NPM	244291517024
3	Judul KIAN	Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Kompres Tepid Water Sponge Pada Klien An. A dan An. G dengan Kasus Hipertermi
4	Waktu Pelaksanaan	2 Minggu

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Ka. Prodi Profesi Ners

Ns. Intan Asri Nurani, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Tembusan:

1. Ka Dep Keperawatan RSUD Budhi Asih
2. Ka Diklat RSUD Budhi Asih
3. Kepala Ruang Perawatan RSUD Budhi Asih
4. Arsip

Lampiran 6 : Surat Balasan



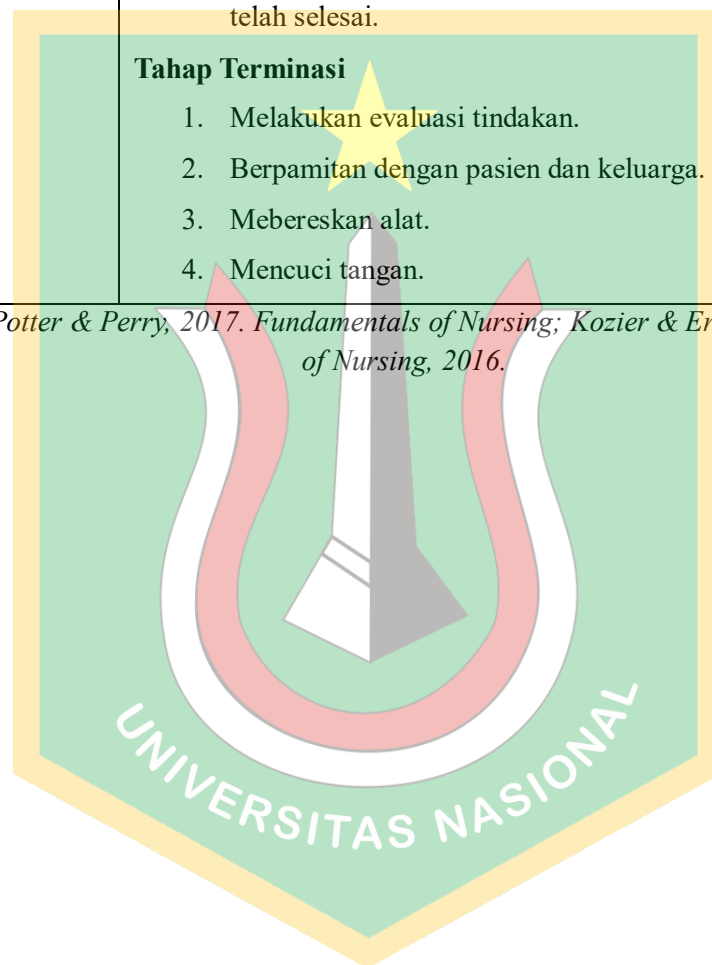
Lampiran 7 : SOP Tepid Water Sponge

SOP *TEPID WATER SPONGE*

<i>TEPID WATER SPONGE</i>	
Pengertian	Merupakan tindakan yang dilakukan untuk menurunkan suhu tubuh saat demam yaitu dengan merendam anak di dalam air hangat, mengelap sekujur tubuh dengan air hangat menggunakan waslap dan dengan kompres pada bagian tubuh tertentu yang memiliki pembuluh darah besar.
Indikasi	2 pasien dengan kondisi demam
Tujuan	1. Memperlancar sirkulasi darah. 2. Menurunkan suhu tubuh. 3. Mengurangi rasa sakit. 4. Memberi rasa hangat, nyaman, dan tenang kepada pasien. 5. Memperlancar pengeluaran eksudat. 6. Merangsang peristaltic usus.
Persiapan alat	1. Termometer air raksa 2. Kom kecil berisi air hangat 3. Beberapa buah waslap / kain kasa dengan ukuran tertentu
Prosedur	Tahap Pra Interaksi 1. Melaksanakan verifikasi data dan program sebelumnya bila ada. 2. Menyiapkan alat dan bahan. 3. Mencuci tangan. 4. Membawa alat ke dekat pasien. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien. 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur <i>tepid water sponge</i> kepada pasien dan keluarga. 3. Menanyakan kesiediaan dan kesiapan pasien. Tahap Kerja 1. Mendekatkan alat-alat kepada pasien.

	2. Mencuci tangan, masukkan waslap / kain kasa kedalam kom berisi air hangat lalu peras sampai lembab. 3. Usapkan waslap / kain kasa tersebut pada area dahi, axila, lipatan paha, dan diusapkan keseluruhan tubuh. 4. Ganti waslap / kain kasa dengan waslap / kain kasa yang sudah terendam dalam kom berisi air hangat. 5. Lakukan pengulangan sampai suhu tubuh turun. 6. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat apabila tindakan telah selesai.
	Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan. 2. Berpamitan dengan pasien dan keluarga. 3. Mebereskan alat. 4. Mencuci tangan.

Sumber: *Potter & Perry, 2017. Fundamentals of Nursing; Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing, 2016.*



Lampiran 8 : Dokumentasi



FILE JULIANA SARAH ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN
MELALUI INTERVENSI TEPID WATER SPONGE.docx

ORIGINALITY REPORT

9%	7%	1%	6%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	prin.or.id Internet Source	1%
2	Submitted to Badan PPSPDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
3	Submitted to National Forensic Sciences University Student Paper	1%
4	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh Student Paper	1%
5	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	1%
6	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	1%
7	repo.poltekkesbandung.ac.id Internet Source	<1%
8	Submitted to UPN Veteran Jakarta Student Paper	<1%
9	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1%
10	eprints.ukh.ac.id	

	Internet Source	<1 %
11	repository.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %
12	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	<1 %
13	repository.upi.edu Internet Source	<1 %
14	Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part V Student Paper	<1 %
15	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	<1 %
16	Submitted to Universitas Sebelas Maret Student Paper	<1 %
17	repository1.stikeselisabethmedan.ac.id Internet Source	<1 %
18	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang Student Paper	<1 %
19	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1 %
20	arrisalsyabana.blogspot.com Internet Source	<1 %
21	repository.unair.ac.id Internet Source	<1 %
22	nurkholisalsyid.wordpress.com Internet Source	<1 %
	repository.dinamika.ac.id	

23	Internet Source	<1 %
24	Submitted to President University Student Paper	<1 %
25	Submitted to UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Student Paper	<1 %
26	www.scribd.com Internet Source	<1 %
27	Linawati Novikasari, Edita Revine Siahaan, Maryustiana Maryustiana. "EFEKTIFITAS PENURUNAN SUHU TUBUH MENGGUNAKAN KOMPRES HANGAT DAN WATER TEPID SPONGE DI RUMAH SAKIT DKT TK IV 02.07.04 BANDAR LAMPUNG", Holistik Jurnal Kesehatan, 2019 Publication	<1 %
28	core.ac.uk Internet Source	<1 %
29	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
30	Submitted to Universitas Muhammadiyah Sukabumi Student Paper	<1 %
31	forikes-ejournal.com Internet Source	<1 %
32	pt.scribd.com Internet Source	<1 %
33	1library.net Internet Source	<1 %
34	Devina Dara Safitri, Irdawati Irdawati. "Pengaruh Teknik Kompres Tepid Water	<1 %

Sponge Terhadap Penurunan Suhu Anak
Dengan Hipertermi", Jurnal Ners, 2025

Publication

35 garuda.kemdikbud.go.id <1 %
Internet Source

36 journal.uwhs.ac.id <1 %
Internet Source

37 karyatulisilmiah-skripsi.blogspot.com <1 %
Internet Source

38 repository.stikeshangtuah-sby.ac.id <1 %
Internet Source

39 repository.wima.ac.id <1 %
Internet Source

40 Stefanus Evan Rafael, Ah Yusuf, Hanik Endang Nihayati, Aries Abiyoga. "Penerapan Evidence Based Nursing Tepid Sponge Bath dalam Menurunkan Suhu Tubuh Anak Demam", Journal of Telenursing (JOTING), 2023 <1 %
Publication

Exclude quotes Off
Exclude bibliography Off

Exclude matches Off

UNIVERSITAS NASIONAL