Lampiran 1

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Program Studi : Keperawatan S1 dan D3 - Analis Kesehatan D3 - Kebidanan D3
Jln. Sutorejo No. 59 Surabaya 60113, Telp. (031) 3811966 - 3890175 Fax. (031) 3811967

Nomor : 679.2 /II.3.AU/F/FIK/2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.
Direktur RS. Muhammadiyah Gresik
Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah (KTI), Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun akademik 2017/2018 :

Nama	**MAZIATUR ROHMAH**
NIM	20164663021
Judul Skripsi	Studi Kasus Waktu Pencapaian Tujuan Hipertermi Pada Anak Dengan Dengue Hemorragic Fever (DHF) Di Ruang Anak RS. Muhammadiyah Gresik.

Bermaksud untuk mengambil data / observasi di **RS. Muhammadiyah Gresik**. Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat agar Bapak / Ibu berkenan memberikan ijin pengambilan data / Observasi yang dimaksud.

Demikan permohonan ijin, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surabaya, 27 September 2017
Wakil Dekan I,

Dr. PIPIT FESTY W, S.KM., M.Kes
NIP : 19741229200501 2001

Tembusan :
1. Kabid Diklat
2. Kabid Keperawatan
3. Kepala Ruang

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Program Studi : Keperawatan S1 dan D3 - Analis Kesehatan D3 - Kebidanan D3
Jln. Sutorejo No. 59 Surabaya 60113, Telp. (031) 3811966 - 3890175 Fax. (031) 3811967

Nomor : 803 /II.3.AU/F/FIK/2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RS. Muhammadiyah Gresik
Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah (KTI), Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun akademik 2017/2018 :

Nama	**MAZIATUR ROHMAH, S. Kep**
NIM	20164663021
Judul KTI	Studi Kasus Waktu Pencapaian Tujuan Masalah Keperawatan Hipertermi Pada Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Di Ruang Anak RS. Muhammadiyah Gresik.

Bermaksud untuk melakukan Penelitian selama 2 Minggu **di RS. Muhammadiyah Gresik.** Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat agar Bapak / Ibu berkenan memberikan ijin penelitian yang dimaksud.

Demikan Permohonan ijin, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surabaya, 24 November 2017
Dekan

Dr. Mundakir, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP : 197403232005011002

Tembusan :
2. Kabid Diklat
3. Kabid Keperawatan
4. Kepala Ruang

Rumah Sakit
Muhammadiyah Gresik
Jujur | Transparan | Kekeluargaan
Jl. KH. Kholil 88 Gresik 61115 P : +62 31 3981275 | F : +62 31 3985459

SURAT KETERANGAN

Nomor : 107/KET/III.6.AU/F/201

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. Musa Ghufron, MMR**
Jabatan : **Direktur**

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : **Maziatur Rohmah**
NIM : **20164663021**
Mahasiswa : **Universitas Muhammadiyah Surabaya**
Fakultas : **Ilmu Kesehatan (Keperawatan)**
Judul Penelitian : **STUDI KASUS WAKTU PENCAPAIAN TUJUAN HIPERTERMI PADA ANAK DENGAN DHF DI RUANG ANAK RS. MUHAMADIYAH GRESIK.**

Telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik mulai tanggal 04 – 10 Desember 2017.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gresik, 05 Maret 2018

Direktur,

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK

dr. Musa Ghufron, MMR
NBM : 945.303

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA
PUSAT BAHASA
Jl. Sutorejo 59 Surabaya 60113 Telp. 031-3811966, 3811967 Ext (130) Gd. A Lt 2
Email: pusba.umsby@gmail.com

ENDORSEMENT LETTER

39/PB-UMS/EL/II/2018

This letter is to certify that the abstract of the thesis below

Tittle	:	Case Study of Length of Hyperthermia Objective Achievement on Children with Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) (Second Day Fever) In Child Ward of Muhammadiyah Hospital in Gresik
Student's name	:	Maziatur Rohmah
Reg. Number	:	20164663021
Department	:	Profesi Ners

has been endorsed by Pusat Bahasa *UMSurabaya* for further approval by the examining committee of the faculty.

Surabaya, 27 February 2018
Chair,

Waode Hamsia, M.Pd.

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Bapak/ Ibu/ Saudara/i

Di Tempat

Sehubungan dengan penyelesaian akhir dari Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya, maka saya:

Nama : Maziatur Rohmah, S.Kep

NIM : 20164663021

Akan melakukan penelitian dengan judul **"Studi Kasus Waktu Pencapaian Tujuan Hipertermia Pada Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) (Demam Hari Kedua) Di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik"**. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisia lama waktu pencapaian tujuan hipertermia pada anak dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) di ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik. Untuk kepentingan tersebut, saya mohon kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara/i untuk berkenan menjadi responden dalam penelitian ini dengan mengisi lembar kuesioner yang saya siapkan. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan Bapak/ Ibu/ Saudara/i akan dirahasiakan oleh peneliti. Atas partisipasi dan dukungannya saya sampaikan terima kasih.

Gresik, _____ 2017

Hormat Saya,

Maziatur Rohmah, S.kep.
20164663021

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi dalam penelitian "Studi Kasus Waktu Pencapaian Tujuan Hipertermia Pada Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) (Demam Hari Kedua) Di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik" yang dilakukan oleh Maziatur Rohmah, mahasiswi Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya.

Saya telah mendapat penjelasan tentang tujuan penelitian, kerahasiaan, identitas, dan informasi yang saya berikan serta hak saya untuk ikut dalam penelitian ini.

Tanda tangan saya di bawah ini merupakan tanda kesediaan saya sebagai responden dalam penelitian ini.

Gresik, _____2017

Peneliti, Responden,

(Maziatur Rohmah, S.Kep.)
(……)
NIM. 20164663021 No. Responden

Lampiran 4

Instrumen Penelitian

Pengaturan suhu/termoregulasi

Domain : Kesehatan Fisiologis

Kelas : Pengaturan Metabolik

Skala : *Extremely compromised to Not compromised*

Definisi : Keseimbangan antara produksi panas, mendapatkan panas, dan kehilangan panas						
No.	Indikator	Sangat Parah 1	Parah 2	Sedang 3	Ringan 4	Baik 5
1	Berkeringat saat panas					
2	Menggigil saat dingin					
3	Nadi					
4	RR					
5	Peningkatan suhu kulit					
6	Penurunan suhu kulit					
7	Hipertermia					
8	Hipotermia					
9	Sakit Kepala					
10	Sakit Otot					
11	Perubahan warna kulit					
12	Dehidrasi					

Status Vital Sign

Domain : Kesehatan Fisiologis

Kelas : Pengaturan Metabolik

Skala : *Extremely compromised to Not compromised*

Definisi : Tingkat suhu, respirasi dan tekanan darah berada dalam batas normal						
No	Indikator	Sangat Parah 1	Parah 2	Sedang 3	Ringan 4	Baik 5
1	Suhu tubuh					
2	Irama nadi					
3	Denyut nadi					
4	RR					
5	Irama Pernafasan					
6	Kedalaman Inspirasi					
7	Tekanan darah					

Lampiran 5

SKOR KRITERIA HASIL

Thermoregulation

1. Berkeringat saat panas

   5. Tidak ada gejala = tidak berkeringat

   4. Gejala ringan = berkeringat di sekitar dahi

   3. Gejala sedang = berkeringat di dahi dan dada

   2. Gejala berat = berkeringat di ektermitas atas sampai menimbulkan rasa haus berlebih

   1. Gejala ekstrem = berkeringat sampai menunjukkan penurunan kesadaran

2. Menggigil saat dingin

   5. Tidak ada gejala = tidak kedinginan

   4. Gejala ringan = menunjukkan sikap ingin memakai selimut atau yang tebal

   3. Gejala sedang = anggota tubuh fleksi

   2. Gejala berat = rahang bergerak spontan

   1. Gejala ekstrem = pernafasan melambat dan nadi mulai tak teraba

3. Peningkatan suhu kulit

   5. Tidak ada gejala = suhu kulit hangat

   4. Gejala ringan = suhu kulit dahi mulai panas

   3. Gejala sedang = suhu kulit dahi dan dada mulai panas

   2. Gejala berat = suhu kulit memanas disertai konvulsi

   1. Gejala ekstrem = suhu kulit tangan dan kaki dingin disertai pre syok

4. Penurunan suhu kulit

   5. Tidak ada gejala = suhu kulit hangat

   4. Gejala ringan = suhu kulit area wajah mendingin

   3. Gejala sedang = suhu kulit area ektermitas atas mendingin

   2. Gejala berat = suhu mendingin disertai menggigil

   1. Gejala ekstrem = suhu kulit tangan dan kaki dingin disertai pre syok

5. Hipertermia

   5. Tidak ada gejala = suhu axila 36,5 – 37,5 °C

   4. Gejala ringan = suhu axila 37,5 - 38 °C

   3. Gejala sedang = suhu axila 38 - 41°C

   2. Gejala berat = suhu axila > 41°C disertai konvulsi

   1. Gejala ekstrem = suhu axila < 34 °C disertai tanda pre syok

6. Hipotermia

   5. Tidak ada gejala = suhu axila 36,5 – 37,5 °C

   4. Gejala ringan = suhu axila 36 - 36,5 °C

   3. Gejala sedang = suhu axila 35-35,9 °C

   2. Gejala berat = suhu axila 34-34,9 °C

   1. Gejala ekstrem = suhu axila < 34 °C

7. Sakit kepala

   5. Tidak ada gejala = tidak nyeri

   4. Gejala ringan = nyeri ringan

   3. Gejala sedang = nyeri sedang

   2. Gejala berat = nyeri berat

   1. Gejala ekstrem = nyeri tak tertahankan

8. Sakit otot

   5. Tidak ada gejala = tidak nyeri

   4. Gejala ringan = nyeri ringan

   3. Gejala sedang = nyeri sedang

   2. Gejala berat = nyeri berat

   1. Gejala ekstrem = nyeri tak tertahankan

9. Perubahan warna kulit

   5. Tidak ada gejala = bila didapatkan warna kulit coklat/sawo matang (sesuai ras)

   4. Gejala ringan = bila didapatkan warna dahi agak memerah

   3. Gejala sedang = bila didapatkan warna area wajah memerah

   2. Gejala berat = bila didapatkan warna area tangan dan kaki memerah

   1. Gejala ekstrem = bila didapatkan warna bibir dan kuku kebiruan

10. Dehidrasi

   5. Tidak ada gejala = bila didapatkan turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong

   4. Gejala ringan = bila didapatkan turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa

   3. Gejala sedang = bila didapatkan turgor kulit 6-8 detik, membran mukosa kering, dan mata sedikit cekung

   2. Gejala berat = bila didapatkan turgor kulit 8-10 detik, membran mukosa sangat kering dan mata cekung

   1. Gejala ekstrem = bila didapatkan turgor kulit > 10 detik, membran mukosa pecah-pecah, dan mata sangat cekung

(Wong, 1999 dalam Munfarida, 2015, dalam Nyoman, 2016)

Vital Sign

1. Suhu tubuh

   5. Tidak ada gejala = suhu axila 36,5 – 37,5 °C

   4. Gejala ringan = suhu axila 37,6 - 38 °C

   3. Gejala sedang = suhu axila 38,1 - 41°C

   2. Gejala berat = suhu axila > 41°C disertai konvulsi

   1. Gejala ekstrem = suhu axila < 34 °C disertai tanda pre syok

   (Nanda Internatonal, 2015-2017).

2. Nadi

   5. Tidak ada gejala = nadi 75 – 120 x/menit

   4. Gejala ringan = nadi > 120 x/menit

   3. Gejala sedang = disesuaikan dengan usia anak/ keadaan pasien

   2. Gejala berat = disesuaikan dengan usia anak/ keadaan pasien

   1. Gejala ekstrem = disesuaikan dengan usia anak/ keadaan pasien

3. Irama nadi

   5. Tidak ada gejala = regular normal

   4. Gejala ringan = regular tetapi cepat (takikardia)

   3. Gejala sedang = ireguler

   2. Gejala berat = teraba kecil sekali

   1. Gejala ekstrem = tidak teraba

4. Frekuensi pernafasan

   5. Tidak ada gejala = bila didapatkan RR 20-30 x/menit

   4. Gejala ringan = disesuaikan dengan usia anak/ keadaan pasien

3. Gejala sedang = disesuaikan dengan usia anak/ keadaan pasien

2. Gejala berat = disesuaikan dengan usia anak/ keadaan pasien

1. Gejala ekstrem = disesuaikan dengan usia anak/ keadaan pasien

5. Irama pernafasan

5. Tidak ada gejala = regular

4. Gejala ringan = regular tetapi cepat

3. Gejala sedang = ireguler

2. Gejala berat = melambat

1. Gejala ekstrem = tidak bernafas

6. Tekanan darah

5. Tidak ada gejala = 90/60 mmHg

4. Gejala ringan = sistolik atau diastolik lebih besar atau sama dengan persentil ke 90 tetapi lebih kecil dari persentil ke 95

3. Gejala sedang = sistolik atau diastolik lebih besar atau sama dengan persentil ke 95

2. Gejala berat = sistolik atau diastolik antara persentil ke 90 dan 99 ditambah 5 mmHg

1. Gejala ekstrem = sistolik atau diastolik diatas persentil ke 99 ditambah 5 mmHg

7. Kedalaman inspirasi

5. Tidak ada gejala = dalam

4. Gejala ringan = kedalaman berkurang

3. Gejala sedang = dangkal

2. Gejala berat = sangat dangkal hingga nyaris tidak bernafas

1. Gejala ekstrem = tidak bernafas

(Wong, 1999 dalam Munfarida, 2015, dalam Nyoman, 2016)

Lampiran 6

PENILAIAN KRITERIA HASIL

No.	Kriteria Hasil Suhu tubuh	Hari ke (1)		Hari ke (2)		Hari ke (3)		Hari ke (4)		Hari ke (5)		Hari ke (6)	
		An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D
1.	Jam 08.00	-	-	37,8 °C (4)	38,6 °C (3)	37,7°C (4)	36,5C (5)	37,5 °C (5)	37,5 °C (5)	36,7 °C (5)	36,3 °C (5)	36,3 °C (5)	36,4 °C (5)
2.	Jam 12.00	Jam 14.00 38,4°C (3)	-	38 °C (3)	38 °C (3)	38,1 °C (3)	36 °C (5)	36,7 °C (5)	36,8 °C (5)	36,7 °C (5)	36,5 °C (5)	36,7 °C (5)	-
3.	Jam 16.00	38 °C (3)	-	38,2 °C (3)	38,3 °C (3)	37,6 °C (4)	36,4 °C (5)	36,6 °C (5)	36,5 °C (5)	36,4 °C (5)	36,7 °C (5)	Jam 14.00 36,8 °C (5)	-
4.	Jam 20.00	38,3 °C (3)	Jam 22.30 39 °C (3)	38,1 °C (3)	37,9 °C (4)	37,2 °C (5)	36,9 °C (5)	37 °C (5)	36,1 °C (5)	36,5 °C (5)	37 °C (5)	-	-
5.	Jam 24.00	37,8 °C (4)	38,5 °C (3)	37,9 °C (4)	37,5 °C (5)	36,8 °C (5)	36,8 °C (5)	36,8 °C (5)	36,3 °C (5)	36,6 °C (5)	36,5 °C (5)	-	-
6.	Jam 05.00	38,1 °C (3)	38,1 °C (3)	37,6°C (4)	37°C (5)	37,3°C (5)	37,4°C (5)	36,5 °C (5)	36,2 °C (5)	36,8 °C (5)	36,8 °C (5)	-	-
Nilai normal suhu tubuh 36 °C sampai 37,5 °C													

No.	Kriteria Hasil	Hari ke (1)		Hari ke (2)		Hari ke (3)		Hari ke (4)		Hari ke (5)		Hari ke (6)		Nilai Normal
		An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	
1.	Berkeringat saat panas	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	Tidak berkeringat
2.	Peningkatan suhu kulit	3	4	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	suhu kulit hangat
3.	Sakit Kepala	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	Tidak ada nyeri kepala
4.	Perubahan warna kulit	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	Tidak ada perubahan warna kulit
5.	Dehidrasi	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	Turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong

No.	Kriteria Hasil Nadi	Hari ke (1)		Hari ke (2)		Hari ke (3)		Hari ke (4)		Hari ke (5)		Hari ke (6)	
		An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D
1.	Jam 08.00	-	-	118 x/m (5)	124 x/m (4)	120 x/m (5)	112 x/m (5)	120 x/m (5)	118 x/m (5)	110 x/m (5)	110 x/m (5)	118 x/m (5)	110 x/m (5)
2.	Jam 12.00	Jam 14.00 124x/m (4)	-	126 x/m (4)	110 x/m (5)	128 x/m (4)	116 x/m (5)	116 x/m (5)	114 x/m (5)	118 x/m (5)	112 x/m (5)	118 x/m (5)	-
3.	Jam 16.00	118 x/m (5)	-	122 x/m (4)	114 x/m (5)	118 x/m (5)	116 x/m (5)	112 x/m (5)	116 x/m (5)	110 x/m (5)	116 x/m (5)	Jam 14.00 114 x/m (5)	-
4.	Jam 20.00	122 x/m (4)	Jam 22.30 122 x/m (4)	126 x/m (4)	118 x/m (5)	122 x/m (4)	114 x/m (5)	116 x/m (5)	114 x/m (5)	114 x/m (5)	112 x/m (5)	-	-
5.	Jam 24.00	120 x/m (5)	126 x/m (4)	116 x/m (5)	110 x/m (5)	112 x/m (5)	110 x/m (5)	110 x/m (5)	118 x/m (5)	118 x/m (5)	120 x/m (5)	-	-
6.	Jam 05.00	126 x/m (4)	120 x/m (5)	112 x/m (5)	114 x/m (5)	112 x/m (5)	120 x/m (5)	114 x/m (5)	100 x/m (5)	100 x/m (5)	110 x/m (5)	-	-

Nilai normal frekuensi nadi 75 sampai 120 kali/menit

No.	Kriteria Hasil Frekuensi Pernafasan	Hari ke (1)		Hari ke (2)		Hari ke (3)		Hari ke (4)		Hari ke (5)		Hari ke (6)	
		An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D	An. A	An. D
1.	Jam 08.00	-	-	30 x/m (5)	32 x/m (4)	22 x/m (5)	30 x/m (5)	28 x/m (5)	24 x/m (5)	22 x/m (5)	26 x/m (5)	24 x/m (5)	24 x/m (5)
2.	Jam 12.00	Jam 14.00 22 x/m (5)	-	26 x/m (5)	24 x/m (5)	32 x/m (4)	24 x/m (5)	26 x/m (5)	24 x/m (5)	24 x/m (5)	24 x/m (5)	22 x/m (5)	-
3.	Jam 16.00	24 x/m (5)	-	28 x/m (5)	22 x/m (5)	22 x/m (5)	24 x/m (5)	24 x/m (5)	28 x/m (5)	26 x/m (5)	22 x/m (5)	Jam 14.00 20 x/m (5)	-
4.	Jam 20.00	20 x/m (5)	Jam 22.30 22 x/m (5)	22 x/m (5)	28 x/m (5)	24 x/m (5)	26 x/m (5)	24 x/m (5)	22 x/m (5)	22 x/m (5)	30 x/m (5)	-	-
5.	Jam 24.00	24 x/m (5)	20 x/m (5)	20 x/m (5)	22 x/m (5)	22 x/m (5)	22 x/m (5)	20 x/m (5)	20 x/m (5)	28 x/m (5)	28 x/m (5)	-	-
6.	Jam 05.00	28 x/m (5)	22 x/m (5)	26 x/m (5)	20 x/m (5)	22 x/m (5)	20 x/m (5)	26 x/m (5)	26 x/m (5)	22 x/m (5)	24 x/m (5)	-	-
Nilai normal frekuensi pernapasan 20 sampai 30 kali/menit													

Lampiran 7

FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN ANAK

Data diambil : Senin, 04 Desember 2017, Jam 14.30
Ruang rawat : Ruang Anak / S5
No. Rekam medis : 2566XX

Identitas Anak		Identitas Orang tua	
Nama	: An. A	Nama Ayah	: Tn. A
Tanggal lahir	: 23 Februari 2014	Nama Ibu	: Ny. D
Jenis kelamin	: Laki – laki	Pekerjaan ayah: Swasta	
Alamat	: Jl. Sunan Giri Gresik	Pendidikan ayah: S1	
Tanggal MRS	: 04 Desember 2017 pukul 13.10 WIB	Agama	: Islam
Diagnosa Medis	: DHF	Suku/Bangsa	: Jawa
Sumber informasi : Orang tua, perawat ruangan, dan status		Alamat: Jl. Sunan Giri Gresik	

Riwayat Keperawatan

Keluhan utama : Panas

Riwayat penyakit sekarang : Ibu pasien mengatakan badan anak terasa panas di daerah dahi dan dada sejak hari minggu tanggal 03 Desember 2017 pukul 06.00 WIB, sebelumnya anak juga mengalami batuk sejak sabtu malam, anak juga mengatakan nyeri kepala dan perut. Kemudian ibu membawa anaknya ke Bidan terdekat. Ibu mengatakan suhu anak 39ºC, dan mendapatkan obat penurun panas dan obat untuk batuknya.

Sore hari suhu badan anak tidak kunjung turun, ibu membawa anaknya kembali ke bidan dan mendapatkan rujukan kemudian ibu membawa anak ke RS Ibu dan Anak Nyai Ageng Pinantih, anak di periksa, suhu 38,8 ºC dan dilakukan pemeriksaan laboratorium (Hb: 11,8, Lekosit : 3800, Eritrosit : 4,29, Trombosit : 125.000, Ht : 34,1; Widal; S. Typhi O : negative, S. Typhi H : positif 1/40, S. Paratyphi A : positif 1/80, S. Paratyphi B : negatif) anak disarankan untuk rawat inap. Tapi orang tua meminta untuk rawat jalan. Tetapi harus dilakukan pemeriksaan laboratoium ulang.

Akhirnya senin tanggal 04 Desember 2017 pukul 13. 13 WIB anak dibawa ke poli anak RSMG. Dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil suhu : 39,4 ºC, Nadi :132 x / menit BB : 15 Kg dan hasil laboratorium (eritrosit : 4,58, Hb : 11,9, Ht :35, trombosit : 125000, lekosit : 3270). Kemudian pasien di anjurkan untuk rawat inap, pasien di pindahkan ke ruang anak pukul 14.00 WIB.

Dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan keluhan panas, Suhu 38,4 ºC, Nadi :114 x /menit, RR : 22 x/menit, anak tidak berkeringat saat panas, suhu kulit di dahi

dan dada terasa panas, warna kulit pada dahi pasien agak memerah tetapi pasien tidak merasa kedinginan dan tidak ada penurunan suhu kulit menjadi dingin. Pasien mengeluh nyeri kepala dan perut, tetapi tidak merasa nyeri pada otot, tidak ada mata cowong, membrane mukosa bibir kering dan turgor kulit 3 detik, Kemudian dilakukan pemasangan infus RD 5 1250 cc/24 jam dan injeksi antrain 4 x 175 mg.

Riwayat penyakit dahulu : Ibu mengatakan anak pernah mengalami demam, mimisan, kejang, batu pilek, dan sesak. Anak tidak pernah operasi dan memiliki alergi terhadap debu, dan anak mengikuti imunisasi lengkap (kecuali MR dan Rubella).

Riwayat Penyakit Keluarga : Ibu memiiki riwayat penyakit sesak dan ayahnya memiliki riwayat penyakit kejang.

Pengkajian B1 sampai B6

1. Breathing (IPPA)
   Inspeksi : tidak ada pernafasan cuping hidung, batuk (+) tidak berdahak, pilek (+), tidak berdahak, tidak ada sianosis, tidak ada sesak, pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, irama pernafasan regular, kedalaman inspirasi dalam, RR = 22 x/menit, SPO2 = 100 %.
   Palpasi : tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus normal,
   Perkusi : Suara lapang paru sonor, suara jantung pekak.
   Auskultasi : Suara napas tambahan (-), suara paru vesikuler.
2. Blood (IPPA)
   Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada anemis, sklera putih, warna kulit pada dahi pasien agak memerah, mata tidak cowong, turgor kulit 3 detik, irama nadi regular, dan terdapat bintik-bintik merah pada kulit di daerah tangan dan kaki.
   Palpasi : tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada edema, perfusi jaringan perifer (panas, kering merah), CRT 2 detik, suhu 38,4 ºC, Nadi :124 x /menit.
   Perkusi : Suara jantung pekak.
   Auskultasi : Suara jantung S1 S2 (+), gallop (-), murmur (-).
3. Brain (IPPA)
   Inspeksi : Kesadaran compos mentis, GCS 456, pasien tidak tampak gelisah, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi di daerah kepala.
   Palpasi : pasien mengatakan nyeri kepala, (tidak bisa mendiskripsikan bentuk nyerinya).
   Perkusi : (-)
   Auskultasi : (-)

4. Bladder (IPPA)

   Inspeksi : BAK secara spontan, volume 260 cc/ 8 jam, warna kekuningan, bau khas urine

   Keseimbangan cairan saat pengkajian : Infus RD 5: 50cc, minum air putih ± 300 cc/8jam, injeksi antrain 175 mg (3,5 cc), total 353,5 cc, output : BAK 260 cc / 8 jam, BAB = (-), IWL 131,76 / 8 jam, total 391,76 cc, balance cairan – 38,26 cc

   IWL = (30 – usia) x kgBB / 24 jam + 200 (suhu sekarang – 36,8 ºC) / 24 jam

   = (30 – 3,75) x 15kg / 24 jam + (38,4 ºC – 36,8 ºC) / 24 jam

   = 393,75 / 24 jam + 1,6 / 24 jam

   = 395,35 / 24 jam

   = 16,47 / jam

   Palpasi : Turgor kulit 3 detik, retensi kandung kemih (-).

   Perkusi : Kandung kemih redup.

   Auskultasi : (-)

5. Bowel (IAPP)

   Inspeksi : bentuk abdomen soespoel, tidak terdapat lesi pada daerah abdomen, BAB (-), minum air putih ± 300 cc/8jam, makan 1 porsi habis, BB : 15 Kg.

   Auskultasi : Bising usus 12 kali/menit.

   Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada abdomen, ascites (-), tidak ada nyeri tekan.

   Perkusi : Suara abdomen timpani, hati pekak.

6. Bone (IPPA)

   Inspeksi : keadaan umum lemah, terpasang infus tangan sebelah kiri, tidak ada deformitas anggota gerak.

   Palpasi : Tidak ada pitting edema pada ektermitas, kekuatan otot:

5	5
5	5

   Perkusi : (-)

   Auskultasi : (-)

<u>Pemeriksaan TTV</u>

Suhu : 38,4^{o}C

Nadi : 132 kali/menit

RR : 22 kali/menit

Tekanan darah : tidak di ukur

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 4 Desember 2017

RBC	4,58 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	11,9 g/dL	13,4-17,7
HCT	35,0 %	40,0-47,0
MCV	76,4 fL	60,0-93,0
MCH	26,0 pg	27,0-31,0
MCHC	34,0 g/dL	32,0-36,0
PLT	125 10^3/uL	150-450
RDW-SD	38,8 fL	35-47
RDW-CV	13,9 %	11,0-16,0
PDW	14,0 fL	9,0-13,0
MPV	11,1 fL	7,2-11,1
P-LCR	32,9 %	15,0-25,0
PCT	0,14 %	0,150-0,400
WBC	3,27 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 5 Desember 2017

RBC	4,26 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	11,1 g/dL	13,4-17,7
HCT	32,3 %	40,0-47,0
MCV	75,8 fL	60,0-93,0
MCH	26,1 pg	27,0-31,0
MCHC	34,4 g/dL	32,0-36,0
PLT	103 10^3/uL	150-450
RDW-SD	38,8 fL	35-47
RDW-CV	13,9 %	11,0-16,0
PDW	17,6 fL	9,0-13,0
MPV	11,9 fL	7,2-11,1
P-LCR	40,1 %	15,0-25,0
PCT	0,12 %	0,150-0,400
WBC	2,83 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 6 Desember 2017

RBC	4,31 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	11,2 g/dL	13,4-17,7
HCT	32,9 %	40,0-47,0
MCV	76,3 fL	60,0-93,0
MCH	26,0 pg	27,0-31,0

MCHC	34,0 g/dL	32,0-36,0
PLT	99 10^3/uL	150-450
RDW-SD	38,8 fL	35-47
RDW-CV	13,9 %	11,0-16,0
PDW	15,9 fL	9,0-13,0
MPV	12,6 fL	7,2-11,1
P-LCR	42,1 %	15,0-25,0
PCT	0,13 %	0,150-0,400
WBC	2,29 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 7 Desember 2017

RBC	4,42 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	11,4 g/dL	13,4-17,7
HCT	33,5 %	40,0-47,0
MCV	75,8 fL	60,0-93,0
MCH	25,8 pg	27,0-31,0
MCHC	34,0 g/dL	32,0-36,0
PLT	82 10^3/uL	150-450
RDW-SD	38,1 fL	35-47
RDW-CV	13,6 %	11,0-16,0
PDW	16,2 fL	9,0-13,0
MPV	11,1 fL	7,2-11,1
P-LCR	37,1 %	15,0-25,0
PCT	0,09 %	0,150-0,400
WBC	1,41 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 8 Desember 2017

RBC	4,55 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	11,7 g/dL	13,4-17,7
HCT	34,6 %	40,0-47,0
MCV	76,0 fL	60,0-93,0
MCH	25,7 pg	27,0-31,0
MCHC	33,8 g/dL	32,0-36,0
PLT	96 10^3/uL	150-450
RDW-SD	37,8 fL	35-47
RDW-CV	13,6 %	11,0-16,0
PDW	16,9 fL	9,0-13,0
MPV	12,5 fL	7,2-11,1
P-LCR	41,8 %	15,0-25,0
PCT	0,12 %	0,150-0,400
WBC	2,22 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 9 Desember 2017

RBC	4,59 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	12,2 g/dL	13,4-17,7
HCT	35,1 %	40,0-47,0
MCV	76,2 fL	60,0-93,0
MCH	26,2 pg	27,0-31,0
MCHC	32,0 g/dL	32,0-36,0
PLT	119 10^3/uL	150-450
RDW-SD	38,0 fL	35-47
RDW-CV	13,6 %	11,0-16,0
PDW	16,9 fL	9,0-13,0
MPV	12,6 fL	7,2-11,1
P-LCR	40,1 %	15,0-25,0
PCT	0,15 %	0,150-0,400
WBC	3,30 10^3/uL	4,0-10,0

Terapi dan Diet

Inf. RD 5 1250 c/ 24 jam
Inj Antrain 4 x 175 mg
P.o
Biothical 3 x 1 cth
Comfusi 3 x 2/3 cth
Pyr batuk 3 x 1
Diet : TKTP

ANALISA DATA

Nama Pasien	: An. A	Diagnosa Medis	: DHF
Umur	: 3 tahun 9 bulan	Tanggal MRS	: 4 Desember 2017
No. Reg	: 2566XX	Jam	: 14.00

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : Ibu pasien mengatakan badan anak terasa panas sejak hari minggu tanggal 03 Desember 2017 Ibu mengatakan anak pernah mengalami demam, mimisan, kejang, batu pilek, dan sesak. Anak juga mengatakan nyeri pada kepala dan perut, tetapi tidak nyeri pada otot. DO : Suhu 38,4 ºC Nadi :124 x /menit, RR : 22 x/menit BB : 15 Kg Keadaan umum lemah. Suhu kulit di dahi dan dada terasa panas dan tidak berkeringat saat panas, warna kulit pada dahi pasien agak memerah tetapi pasien tidak merasa kedinginan dan tidak ada penurunan suhu kulit menjadi dingin. Irama pernafasan regular, kedalaman inspirasi dalam, irama nadi regular. Tidak ada mata cowong, membrane mukosa bibir kering dan turgor kulit 3 detik, perfusi jaringan perifer (panas, kering merah). Balance cairan – 38,26 cc	Hipertermia	virus masuk kedalam pembuluh darah ↓ Menstimulasi sel host inflamasi (seperti makrofag, neutrophil) ↓ Memproduksi endogenus pyrogen (IL-1, IL-6) ↓ Endhotelium hipotalamus meningkatkan produksi prostaglandin dan neurotransmiter ↓ Prostaglandin berikatan dengan neuron prepiotik di hipotalamus ↓ meningkatkan thermostat “set point” pada pusat termoregulator ↓ Demam ↓ Berkeringat saat panas

	Hasil laboratorium : Eritrosit : 4,58, Hb : 11,9, Ht :35, Trombosit : 125000, Lekosit : 3270 Terapi : Inf. RD 5 1250 c/ 24 jam Inj Antrain 4 x 175 mg		↓ Hipertermia

Diagnosa keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan penyakit DHF.

No.	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Hipertermia berhubungan dengan penyakit DHF.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan suhu tubuh dalam kisaran normal dan termoregulasi menjadi efektif.	1. Termoregulasi: ▪ Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5-37,5^{o}C ▪ Tidak berkeringat saat panas ▪ Tidak menggigil saat dingin ▪ Suhu kulit terasa hangat ▪ Tidak ada nyeri kepala ▪ Tidak ada nyeri otot ▪ Tidak ada perubahan warna kulit ▪ Turgor kulit dalam rentang normal 2 detik ▪ Membrane mukosa lembab ▪ Mata tidak cowong 2. Tanda-tanda vital: ▪ Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5-37,5^{o}C ▪ Nadi dalam rentang normal 75 - 120 kali/menit ▪ Irama nadi regular ▪ Frekuensi pernapasan dalam rentang normal	**Perawatan Demam:** 1. Monitor warna kulit dan suhu 2. Kolaboasi pemberian obat atau cairan IV (misalnya antipiretik) 3. Berikan pakaian yang tipis 4. Fasilitasi istirahat dan batasi aktivitas, jika diperlukan 5. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering **Perawatan Hipertermia** 1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, status pernafasan dengan tepat 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Berikan kompres pada leher, abdomen, kulit kepala, ketiak, dan selangkangan 4. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium serum elektrolit, urinalisis, enzim jantung, enzim hati, dan hitung darah lengkap **Pengaturan Suhu** 1. Monitor suhu paling tidak 2 jam, sesuai kebutuhan 2. Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipertermia 3. Tingkatkan pemberian intake cairan dan nutrisi adekuat 4. Edukasi pentingnya termoregulasi dan kemungkinann efek negatif dari demam yang berlebihan 5. Ciptakan lingkungan yang aman (lantai tidak

			20-30 kali/menit ▪ Irama pernafasan regular ▪ Tekanan darah dalam rentang normal 90/60 mmHg ▪ Kedalaman inspirasi dalam	licin, tidak ada benda tajam dan pasang pengaman tempat tidur) dan nyaman (suhu lingkungan, pencahayaan, dan pengunjung)

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama Pasien	: An. A	Diagnosa Medis	: DHF
Umur	: 3 tahun 9 bulan	Tanggal MRS	: 4 Desember 2017
No. Reg	: 2566XX	Jam	: 14.00

Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
4-12-2017	14.00	- Melakukan bina hubungan saling percaya dengan orang tua pasien serta menjelaskan maksud dan tujuan yang akan dilakukan R/ orang tua kooperatif dan mengerti apa yang telah dijelaskan oleh peneliti - Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 38,4 ºC, nadi: 124 x/m RR: 22 x/m - Mengobservasi suhu kulit, warna kulit, nyeri kepala, status hidrasi - R/ suhu kulit mulai panas di dahi dan dada, warna dahi agak memerah, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - Memasang cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi	S : Anak mengatakan kepala masih pusing. O : suhu kulit mulai panas di dahi dan dada, warna dahi agak memerah, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - TTV jam 05.00 suhu: 38,1ºC, nadi: 126 x/m RR: 28 x/m - Hasil lab tanggal 05 Desember jam 05.00 Hb 11,1; Ht 32,3; Leokosit 2830 ; Trombosit 103000
	15.00	- Memberikan edukasi tentang DHF dan perawatan hipertermia R/ orang tua dapat menjelaskan kembali tentang DHF dan perawatan hipertermia - Menganjurkan untuk membatasi aktivitas R/ anak bedrest - Memberikan intake cairan dan	A : Masalah belum teratasi, skor 36 P : Lanjutkan intervensi perawatan hipertermia, perawatan demam

	16.00 18.00 20.00 24.00	nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan sisa 2 sendok - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38 ºC, nadi: 118 x/m RR: 24 x/m - Memberikan kompres pada dahi, ketiak dan abdomen R/ anak sudah dilakukan kompres - Melonggarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis R/ pakaian anak sudah dilonggarkan dan memakai pakaian tipis - Memberikan edukasi kemungkinann efek negatif dari demam yang berlebihan - R/ Ibu memahami efek negative dari demam yang berlebihan - Menciptakan lingkungan yang aman - R/ memasang pengaman tempat tidur - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan Comfusi 3 x 2/3 cth R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38,3 ºC, nadi: 122 x/m RR: 20 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Menciptakan lingkungan yang nyaman R/ ibu membatasi pengunjung dan mematikan lampu saat tidur. - Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat - Mengobservasi tanda-tanda vital	dan , pengaturan suhu.

	05.00 06.00	R/ suhu: 37,8 ºC, nadi: 120 x/m RR: 24 x/m - Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38,1ºC, nadi: 126 x/m RR: 28 x/m - Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap R/ Hb 11,1; Ht 32,3; Leokosit 2830 ; Trombosit 103000 - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan Comfusi 3 x 2/3 cth R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
5-12-2017	08.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,8ºC, nadi: 118 x/m RR: 30 x/m - Mengobservasi suhu kulit, warna kulit, nyeri kepala, status hidrasi R/ suhu kulit mulai panas di dahi dan dada, warna dahi agak memerah, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - Melonggarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis R/ pakaian anak sudah dilonggarkan dan memakai pakaian tipis - Menganjurkan kepada orang tua untuk melembabkan bibir yang kering R/ bibir diberikan air	S : Anak mengatakan kepala masih pusing. O : suhu kulit mulai panas di dahi dan dada, warna dahi agak memerah, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - TTV jam 05.00 suhu: 37,6ºC, nadi: 112 x/m RR: 26 x/m - Hasil lab tanggal 06 Desember

	10.00 12.00 16.00	- Mengganticairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38 ºC, nadi: 126 x/m RR: 26 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan Comfusi 3 x 2/3 cth R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman - R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung - Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38,2 ºC, nadi: 122 x/m RR: 28 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Memberikan kompres pada dahi, ketiak dan abdomen R/ anak sudah dilakukan kompres - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan Comfusi 3 x 2/3 cth	2017 jam 05.00 Hb 11,2; Ht 32,9; Leokosit 2290; Trombosit 99000 A : Masalah belum teratasi, skor 41 P : Lanjutkan intervensi perawatan hipertermia, perawatan demam dan , pengaturan suhu.

	18.00 20.00 24.00 05.00 06.00	R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 38,1 ºC, nadi: 126 x/m RR: 22 x/m - Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,9 ºC, nadi: 116 x/m RR: 20 x/m - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,6ºC, nadi: 112 x/m RR: 26 x/m - Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap R/ Hb 11,2; Ht 32,9; Leokosit 2290; Trombosit 99000 - Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan Comfusi 3 x 2/3 cth R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
6-12-2017	08.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,7ºC, nadi: 120 x/m RR: 22 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi suhu kulit, warna kulit, nyeri kepala, status hidrasi R/ suhu kulit mulai panas di dahi	S : Anak mengatakan kepala masih pusing. O : suhu kulit mulai panas di dahi dan dada, warna dahi agak memerah, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5

		dan dada, warna dahi agak memerah, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - Memberikan kompres pada dahi, ketiak dan abdomen R/ anak sudah dilakukan kompres - Melonggarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis R/ pakaian anak sudah dilonggarkan dan memakai pakaian tipis - Menganjurkan kepada orang tua untuk melembabkan bibir yang kering R/ bibir diberikan madu - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38,1 ºC, nadi: 128 x/m RR: 32 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 174 mg - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman - R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung - Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat	detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - TTV jam 05.00 suhu: 37,3 ºC, nadi: 112 x/m RR: 22 x/m - Hasil labtanggal 07 Desember 2017 jam 05.00 - Hb 11,4; Ht 33,5; Leokosit 1410; Trombosit 82000 A : Masalah belum teratasi, skor 47 P : Lanjutkan intervensi perawatan hipertermia, perawatan demam dan , pengaturan suhu.
	12.00 16.00	- Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP)	

	16.00 18.00 20.00 24.00 02.00 05.00 06.00	R/ Makanan habis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,6 ºC, nadi: 118 x/m RR: 22 x/m - Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Memberikan kompres pada dahi, ketiak dan abdomen R/ anak sudah dilakukan kompres - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,2 ºC, nadi: 122 x/m RR: 24 x/m - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,8 ºC, nadi: 112 x/m RR: 22 x/m - Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,3 ºC, nadi: 112 x/m RR: 22 x/m - Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap - R/ Hb 11,4; Ht 33,5; Leokosit 1410; Trombosit 82000 - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
7-12-2017	08.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,5 ºC, nadi: 120 x/m RR: 28 x/m - Mengobservasi suhu kulit, warna kulit, nyeri kepala, status hidrasi	S : Anak mengatakan tidak ada keluhan O : Suhu kulit hangat, tidak ada

	12.00 16.00 18.00	R/ suhu kulit hangat, tidak ada perubahan warna dahi, tidak ada nyeri kepala ringan, turgor kulit 2 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - Menganjurkan kepada orang tua untuk melembabkan bibir yang kering R/ bibir diberikan madu - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,7 ºC, nadi: 116 x/m RR: 26 x/m - Mengganticairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman - R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung - Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,6 ºC, nadi: 112 x/m RR: 24 x/m - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	perubahan warna dahi, tidak ada nyeri kepala, turgor kulit 2, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - TTV jam 05.00 suhu: 36,5ºC, nadi: 114 x/m RR: 26 x/m - Hasil lab tanggal 08 Desember 2017 jam 05.00 Hb 11,7; Ht 34,6; Leokosit 2220; Trombosit 96000 A : Masalah teratasi, skor 55 P : Intervensi hipertermia dihentikan dilanjutkan dengan intervensi lainnya.

	20.00 22.00 24.00 05.00 06.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37 ºC, nadi: 116 x/m RR: 24 x/m - Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,8 ºC, nadi: 110 x/m RR: 20 x/m - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,5ºC, nadi: 114 x/m RR: 26 x/m - Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap R/ Hb 11,7; Ht 34,6; Leokosit 2220; Trombosit 96000 - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
8-12-2017	08.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,7 ºC, nadi: 110 x/m RR: 22 x/m - Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada phlebitis - Mengobservasi suhu kulit, warna kulit, nyeri kepala, status hidrasi R/ suhu kulit hangat, tidak ada perubahan warna, tidak ada nyeri kepala ringan, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi	S : Anak mengatakan tidak ada keluhan O : suhu kulit hangat, tidak ada perubahan warna, tidak ada nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong - TTV jam 05.00 suhu: 36,8 ºC, nadi: 100 x/m RR: 22 x/m - Hasil lab tanggal 09 Desember 2017 jam 05.00 Hb 12,2; Ht

		alergi	3,51; Leokosit 3300; Trombosit 119000
	12.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,7 ºC, nadi: 118 x/m RR: 24 x/m	A : Masalah teratasi, skor 55
		- Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman	P : Intervensi hipertermia dihentikan dilanjutkan dengan intervensi lainnya.
		- R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung	
		- Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat	
		- Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis	
	16.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,4 ºC, nadi: 110 x/m RR: 26 x/m	
	18.00	- Mengganticairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis	
		- Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
	20.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,5 ºC, nadi: 114 x/m RR: 22 x/m	
	24.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,6 ºC, nadi: 118 x/m RR: 28 x/m	
	04.00	- Mengganti cairan infus RD 5 500 cc/10 jam R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis	
	05.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,8 ºC, nadi: 100 x/m RR: 22 x/m	
		- Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap	

	06.00	R/ Hb 12,2; Ht 3,51; Leokosit 3300; Trombosit 119000 - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
9-12-2017	08.00 12.00 14.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,3ºC, nadi: 118 x/m RR: 24 x/m - Mengobservasi suhu kulit, warna kulit, nyeri kepala, status hidrasi R/ suhu kulit hangat, tidak ada perubahan warna, tidak nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Biothical 3 x 1 cth dan pyr batuk 3x1 R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,7 ºC, nadi: 118 x/m RR: 22 x/m - Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman - R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung - Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,8 ºC, nadi: 114 x/m RR: 20 x/m - Mengobservasi suhu kulit, warna	S : Anak mengatakan tidak ada keluhan. O : suhu kulit hangat, tidak ada perubahan warna, tidak ada nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong - TTV jam 12.00 - suhu: 36,8 ºC, nadi: 114 x/m RR: 20 x/m Hasil lab tanggal 09 Desember 2017 jam 05.00 Hb 12,2; Ht 3,51; Leokosit 3300; Trombosit 119000 A : Masalah teratasi, skor 40 P : Intervensi di hentikan.

		kulit, nyeri kepala, status hidrasi - R/ suhu kulit hangat, tidak ada perubahan warna, tidak nyeri kepala ringan, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong	

Lampiran 8

FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN ANAK

Data diambil : Rabu, 06 Desember 2017, Jam 07.20
Ruang rawat : Ruang Anak / S6
No. Rekam medis : 2634XX

Identitas Anak
Nama : An. D
Tanggal lahir : 15 April 2015
Jenis kelamin : Laki – laki
Alamat : Cerme lor gg kusuma bangsa
Tanggal MRS : 05 Desember 2017 21.40
Diagnosa Medis: DHF
Sumber informasi: Orang tua, perawat ruangan, dan status

Identitas Orang tua
Nama Ayah : Tn. A
Nama Ibu : Ny. M
Pekerjaan ayah: Wiraswasta
Pendidikan ayah: S1
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa
Alamat: Cerme lor gg kusuma bangsa

Riwayat Keperawatan

Keluhan utama : Panas

Riwayat penyakit sekarang : Ibu mengatakan hari senin tanggal 04 Desember 2017 sekitar pukul 16.00 badan anak terasa panas di daerah dahi, dan sebelumnya pagi hari anak mimisan. Kemudian sekitar pukul 18.00 orang tua membawa anak ke IGD di daerah cerme. Saat di IGD suhu anak 39,3 ºC. kemuidan anak dibawa pulang dan mendapatkan obat paracetamol. Setelah minum obat anak berkeringat dan masih sumer. 5 jam setelah minum obat suhu tubuh anak kembali naik sampai pagi hari. Dan pada pagi, hari selasa tanggal 05 Desember 2017 anak mimisan dan suhu badan tetap panas. Sore hari anak muntah dan akhirnya pukul 21.40 anak dibawa ke UGD RSMG dengan keluhan demam disertai mimisan 2x, muntah, tidak ada nyeri tekan, dan nafsu makan anak turun sejak demam. Dan kemudian dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan suhu: 39,2 ºC, Nadi : 120 x/menit, RR : 22 x/menit, BB 19 Kg dan hasil laboratorium (eritrosit : 4,20, Hb : 11,0, Ht : 31,6, trombosit : 102000, lekosit : 3150; S. Typhi O : negatif, S. Typhi H : negatif, S. Paratyphi A : negatif, S. Paratyphi B : negatif). Kemudian pasien di anjurkan untuk rawat inap dan pasien di pindahkan ke ruang anak pukul 22.30 WIB. Kemudian dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan suhu: 39 ºC, Nadi : 122 x/menit, RR : 22 x/menit. Keadaan anak berkeringat saat panas, suhu kulit di dahi terasa panas, Pasien mengeluh nyeri pada kepala, tidak ada mata cowong, membrane mukosa bibir kering dan turgor kulit 3 detik. Anak mendapatkan infus Kaen 3B 1200 cc/24 jam dan injeksi antrain 4 x 175 mg Injeksi Ondancentron 3 x 2mg.

Akhirnya tanggal 06 Desember 2017, Jam 07.20, dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan keluhan panas, suhu 38,6 ºC, Nadi :118 x /menit, RR : 20 x/menit. Keadaan anak berkeringat saat panas, suhu kulit di dahi terasa panas, warna kulit pasien tidak memerah. Pasien tidak merasa kedinginan dan tidak ada penurunan suhu kulit menjadi dingin. Pasien mengeluh

nyeri pada kepala dan tidak nyeri pada otot, tidak ada mata cowong, membrane mukosa bibir kering dan turgor kulit 3 detik.

Riwayat penyakit dahulu : Ibu mengatakan anak pernah mengalami demam, mimisan, batu pilek. Anak tidak pernah operasi dan tidak memiliki alergi, dan anak mengikuti imunisasi lengkap.

Riwayat Penyakit Keluarga : Ayah dan kakaknya memiliki riwayat penyakit mimisan.

Pengkajian B1 sampai B6

1. Breathing (IPPA)
   Inspeksi : tidak ada pernafasan cuping hidung, batuk (-), pilek (-), tidak ada sianosis, tidak ada sesak, pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, irama pernafasan regular, kedalaman inspirasi dalam, RR = 20 x/menit, SPO2 = 100 %.
   Palpasi : tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus normal,
   Perkusi : Suara lapang paru sonor, suara jantung pekak.
   Auskultasi : Suara napas tambahan (-), suara paru vesikuler.
2. Blood (IPPA)
   Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada anemis, sklera putih, warna kulit tidak memerah (sawo matang), mata tidak cowong, turgor kulit 3 detik, irama nadi regular, dan terdapat bintik-bintik merah pada kulit di daerah tangan.
   Palpasi : tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada edema, perfusi jaringan perifer (panas, kering merah), CRT 2 detik, suhu 38,6 ºC, Nadi :118 x /menit.
   Perkusi : Suara jantung pekak.
   Auskultasi : Suara jantung S1 S2 (+), gallop (-), murmur (-).
3. Brain (IPPA)
   Inspeksi : Kesadaran compos mentis, GCS 456, pasien tidak tampak gelisah, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi di daerah kepala.
   Palpasi : ada nyeri tekan pada kepala
   Perkusi : (-)
   Auskultasi : (-)
4. Bladder (IPPA)
   Inspeksi : BAK menggunakan pampers, volume 600 cc/ 9 jam, warna kekuningan, bau khas urine
   Keseimbangan cairan saat pengkajian : Infus Kaen 3B: 450 cc, minum air putih ± 100 cc / 9 jam, minum sufor ± 250 cc/9 jam, injeksi antrain 175 mg (10,5 cc), total 810,5 cc, output : BAK 600 cc / 9 jam, BAB = 1x (40cc), IWL 196,71 / 9 jam, total 836,71 cc, balance cairan – 26,21 cc
   IWL = (30 – usia) x kgBB / 24 jam + 200 (suhu sekarang – 36,8 ºC) / 24 jam
   = (30 – 2,5) x 19kg / 24 jam + (38,6 ºC – 36,8 ºC) / 24 jam
   = 522,75 / 24 jam + 1,8 / 24 jam
   =524,55 / 24 jam
   = 21,85 / jam
   Palpasi : Turgor kulit 3 detik, retensi kandung kemih (-).

Perkusi : Kandung kemih redup.
Auskultasi : (-)

5. Bowel (IAPP)
   Inspeksi : bentuk abdomen soespoel, tidak terdapat lesi pada daerah abdomen, BAB 1x, minum air putih ± 100 cc / 9 jam, minum sufor ± 25 cc/8jam, makan 1 porsi habis, BB : 19 Kg.
   Auskultasi : Bising usus 10 kali/menit.
   Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada abdomen, ascites (-), tidak ada nyeri tekan.
   Perkusi : Suara abdomen timpani, hati pekak.
6. Bone (IPPA)
   Inspeksi : keadaan umum lemah, terpasang infus tangan sebelah kiri, tidak ada deformitas anggota gerak.
   Palpasi : Tidak ada pitting edema pada ektermitas, kekuatan otot:

5	5
5	5

   Perkusi : (-)
   Auskultasi : (-)

Pemeriksaan TTV
Suhu : 38,6 ^{o}C
Nadi : 118 kali/menit
RR : 20 kali/menit
Tekanan darah : tidak dilakukan

Pemeriksaan Penunjang
Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 5 Desember 2017

RBC	4,20 10^{6}/uL	4,0-5,0
HGB	15,0 g/dL	13,4-17,7
HCT	31,6 %	40,0-47,0
MCV	75,2 fL	60,0-93,0
MCH	26,2 pg	27,0-31,0
MCHC	34,8 g/dL	32,0-36,0
PLT	118 10^{3}/uL	150-450
RDW-SD	41,8 fL	35-47
RDW-CV	15,2 %	11,0-16,0
PDW	9,1 fL	9,0-13,0
MPV	8,6 fL	7,2-11,1

P-LCR	14,0 %	15,0-25,0
PCT	0,13 %	0,150-0,400
WBC	3,15 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan Serologi / Imunologi tanggal 5 Desember 2017

S. PARATYPHI B	Negatif (-)	Negatif
S. PARATYPHI A	Negatif (-)	Negatif
S. TYPHI H	Negatif (-)	Negatif
S. TYPHI O	Negatif (-)	Negatif

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 6 Desember 2017

RBC	4,10 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	14,7 g/dL	13,4-17,7
HCT	30,3 %	40,0-47,0
MCV	73,9 fL	60,0-93,0
MCH	26,1 pg	27,0-31,0
MCHC	35,3 g/dL	32,0-36,0
PLT	101 10^3/uL	150-450
RDW-SD	41,7 fL	35-47
RDW-CV	15,2 %	11,0-16,0
PDW	9,7 fL	9,0-13,0
MPV	9,2 fL	7,2-11,1
P-LCR	19,0 %	15,0-25,0
PCT	0,13 %	0,150-0,400
WBC	3,26 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 7 Desember 2017

RBC	4,02 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	14,3 g/dL	13,4-17,7
HCT	30,0 %	40,0-47,0
MCV	74,6 fL	60,0-93,0
MCH	25,6 pg	27,0-31,0
MCHC	34,3 g/dL	32,0-36,0
PLT	95 10^3/uL	150-450
RDW-SD	42,6 fL	35-47
RDW-CV	15,4 %	11,0-16,0
PDW	9,8 fL	9,0-13,0
MPV	9,7 fL	7,2-11,1
P-LCR	22,6 %	15,0-25,0
PCT	0,11 %	0,150-0,400
WBC	3,49 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 8 Desember 2017

RBC	3,05 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	13,9 g/dL	13,4-17,7
HCT	28,9 %	40,0-47,0
MCV	75,1 fL	60,0-93,0
MCH	25,7 pg	27,0-31,0
MCHC	34,3 g/dL	32,0-36,0
PLT	90 10^3/uL	150-450
RDW-SD	42,3 fL	35-47
RDW-CV	15,2 %	11,0-16,0
PDW	10,1 fL	9,0-13,0
MPV	9,2 fL	7,2-11,1
P-LCR	19,1 %	15,0-25,0
PCT	0,13 %	0,150-0,400
WBC	4,01 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 9 Desember 2017

RBC	3,46 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	14,8 g/dL	13,4-17,7
HCT	29,4 %	40,0-47,0
MCV	75,7 fL	60,0-93,0
MCH	26,6 pg	27,0-31,0
MCHC	34,6 g/dL	32,0-36,0
PLT	111 10^3/uL	150-450
RDW-SD	42,5 fL	35-47
RDW-CV	15,7 %	11,0-16,0
PDW	10,2 fL	9,0-13,0
MPV	9,8 fL	7,2-11,1
P-LCR	20,2 %	15,0-25,0
PCT	0,15 %	0,150-0,400
WBC	4,12 10^3/uL	4,0-10,0

Pemeriksaan DL (Hema, analyzer) tanggal 10 Desember 2017

RBC	3,55 10^6/uL	4,0-5,0
HGB	15,2 g/dL	13,4-17,7
HCT	31,5 %	40,0-47,0
MCV	76,2 fL	60,0-93,0
MCH	27,1 pg	27,0-31,0
MCHC	34,9 g/dL	32,0-36,0
PLT	126 10^3/uL	150-450
RDW-SD	42,8 fL	35-47
RDW-CV	16,0 %	11,0-16,0

PDW	11,0 fL	9,0-13,0
MPV	10,3 fL	7,2-11,1
P-LCR	21,4 %	15,0-25,0
PCT	0,16 %	0,150-0,400
WBC	4,23 10^3/uL	4,0-10,0

Terapi dan Diet
Inf. Kaen 3B 1200 cc / 24 jam
Inf. RD 5 1200 cc / 24 jam (diganti mulai tanggal 07-12-2017)
Inj Antrain 3 x 175 mg
Inj Ondancentron 3 x 2 mg
P.o
Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth
Diet : BK

ANALISA DATA

Nama Pasien	: An. D	Diagnosa Medis	: DHF
Umur	: 2 tahun 7 bulan	Tanggal MRS	: 5 Desember 2017
No. Reg	: 2634XX	Jam	: 23.30

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : Ibu mengatakan hari senin tanggal 04 Desember 2017 badan anak terasa panas. Anak mimisan pada hari senin dan selasa. Ibu mengatakan anak pernah mengalami demam, mimisan, dan batu pilek Pasien mengeluh nyeri kepala DO : Suhu 38,6 ºC Nadi :118 x /menit, RR : 20 x/menit. BB : 19 Kg Keadaan umum lemah Suhu kulit di dahi terasa panas, berkeringat saat panas, warna kulit pasien tidak memerah. Pasien tidak merasa kedinginan dan tidak ada penurunan suhu kulit menjadi dingin. Irama pernafasan regular, kedalaman inspirasi dalam, irama nadi regular Tidak ada mata cowong, membrane mukosa bibir kering dan turgor kulit 3 detik, perfusi jaringan perifer (panas, kering merah) Balance cairan – 26,21 cc Hasil laboratorium : Eritrosit : 4,20, Hb : 11,0, Ht : 31,6, Trombosit : 102000, Lekosit : 3150; S. Typhi O : negatif, S. Typhi H : negatif, S. Paratyphi A : negatif,	Hipertermia	virus masuk kedalam pembuluh darah ↓ Menstimulasi sel host inflamasi (seperti makrofag, neutrophil) ↓ Memproduksi endogenus pyrogen (IL-1, IL-6) ↓ Endhotelium hipotalamus meningkatkan produksi prostaglandin dan neurotransmiter ↓ Prostaglandin berikatan dengan neuron prepiotik di hipotalamus ↓ meningkatkan thermostat “set point” pada pusat termoregulator ↓ Demam ↓ Berkeringat saat panas ↓ Hipertermia

	S. Paratyphi B : negatif). Terapi : Inf. Kaen 3B 1200 cc/24 jam Injeksi antrain 4 x 175 mg		

Diagnosa keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan penyakit DHF.

No.	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Hipertermia berhubungan dengan penyakit DHF.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan suhu tubuh dalam kisaran normal dan termoregulasi menjadi efektif.	1. Termoregulasi: ▪ Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5-37,5^{o}C ▪ Tidak berkeringat saat panas ▪ Tidak menggigil saat dingin ▪ Suhu kulit terasa hangat ▪ Tidak ada nyeri kepala ▪ Tidak ada nyeri otot ▪ Tidak ada perubahan warna kulit ▪ Turgor kulit dalam rentang normal 2 detik ▪ Membrane mukosa lembab ▪ Mata tidak cowong 2. Tanda-tanda vital: ▪ Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5-37,5^{o}C ▪ Nadi dalam rentang normal 75 - 120 kali/menit ▪ Irama nadi regular ▪ Frekuensi pernapasan dalam rentang normal 20-30 kali/menit ▪ Irama pernafasan regular	**Perawatan Demam:** 1. Monitor warna kulit dan suhu 2. Kolaboasi pemberian obat atau cairan IV (misalnya antipiretik) 3. Berikan pakaian yang tipis 4. Fasilitasi istirahat dan batasi aktivitas, jika diperlukan 5. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering **Perawatan Hipertermia** 1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, status pernafasan dengan tepat 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Berikan kompres pada leher, abdomen, kulit kepala, ketiak, dan selangkangan 4. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium serum elektrolit, urinalisis, enzim jantung, enzim hati, dan hitung darah lengkap **Pengaturan Suhu** 1. Monitor suhu paling tidak 2 jam, sesuai kebutuhan 2. Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipertermia 3. Tingkatkan pemberian intake cairan dan nutrisi adekuat 4. Edukasi pentingnya termoregulasi dan kemungkinann efek negatif dari demam yang berlebihan 5. Ciptakan lingkungan yang aman (lantai tidak licin, tidak ada benda tajam dan pasang pengaman tempat tidur) dan nyaman (suhu lingkungan, pencahayaan, dan pengunjung)

			▪ Tekanan darah dalam rentang normal 90/60 mmHg ▪ Kedalaman inspirasi dalam	

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama Pasien	: An. D	Diagnosa Medis	: DHF
Umur	: 2 tahun 7 bulan	Tanggal MRS	: 5 Desember 2017
No. Reg	: 2634XX	Jam	: 22.30

Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
5-12-2017	22.30 23.00 24.00 05.00 06.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 39 ºC, Nadi : 122 x/m, RR : 22 x/m. - Mengobservasi berkeringat saat panas, suhu kulit, nyeri kepala, status hidrasi - R/ berkeringat saat panas, suhu kulit di dahi terasa panas, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - Memasang cairan infus Kaen 3B 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Memberikan injeksi antrain 4 x 175 mg Injeksi Ondancentron 3 x 2mg. - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 38,5 ºC, Nadi : 126 x/m, RR : 20 x/m. - Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 38,1 ºC, Nadi : 120 x/m, RR : 22 x/m. - Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap R/ Hb 10,7 ; Ht 30,3; Leokosit 3260 ; Trombosit 101000 - Memberikan injeksi antrain 4 x 175 mg R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	S : Anak mengatakan kepala pusing. O : berkeringat saat panas, suhu kulit di dahi terasa panas, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - TTV jam 05.00 suhu: 38,1 ºC, Nadi : 120 x/m, RR : 22 x/m. - Hasil lab tanggal 06 Desember jam 05.00 Hb 10,7 ; Ht 30,3; Leokosit 3260 ; Trombosit 101000 A : Masalah belum teratasi, skor 30 P : Lanjutkan intervensi perawatan hipertermia, perawatan demam dan , pengaturan suhu.
6-12-2017	08.00	- Melakukan bina hubungan saling percaya dengan orang tua pasien serta menjelaskan maksud dan tujuan yang akan dilakukan	S : Anak mengatakan kepala pusing. O : berkeringat saat panas, suhu kulit di

		R/ orang tua kooperatif dan mengerti apa yang telah dijelaskan oleh peneliti - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38,6ºC, nadi: 124 x/m RR: 32 x/m - Mengobservasi berkeringat saat panas, suhu kulit, nyeri kepala, status hidrasi - R/ berkeringat saat panas, suhu kulit di dahi terasa panas, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - Memberikan Injeksi Ondancentron 3 x 2mg. - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi - Memberikan kompres pada dahi, ketiak dan abdomen R/ anak sudah dilakukan kompres - Melonggarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis R/ pakaian anak sudah dilonggarkan dan memakai pakaian tipis - Menganjurkan kepada orang tua untuk melembabkan bibir yang kering R/ bibir diberikan air - Memberikan edukasi tentang DHF dan perawatan hipertermia R/ orang tua dapat menjelaskan kembali tentang DHF dan perawatan hipertermia - Memberikan edukasi kemungkinann efek negatif dari demam yang berlebihan - R/ Ibu memahami efek negative dari demam yang berlebihan - Mengganti cairan infus Kaen 3B 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 38 ºC, nadi: 110 x/m RR: 24 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 175 mg R/ obat telah masuk dan tidak ada	dahi terasa panas, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - TTV jam 05.00 suhu: 37 ºC, Nadi : 114 x/m, RR : 20 x/m. - Hasil lab tanggal 07 Desember jam 05.00 Hb 10,3; Ht 30,0; Leokosit 3490 ; Trombosit 95000 A : Masalah belum teratasi, skor 44 P : Lanjutkan intervensi perawatan hipertermia, perawatan demam dan , pengaturan suhu.
	09.00 12.00		

		reaksi alergi - Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman - R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung - Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital	
	16.00	- R/ suhu: 38,3 ºC, nadi: 114 x/m RR: 22 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 175 mg dan injeksi Ondancentron 3 x 2mg. - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi	
	18.00	- Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
	19.00	- Mengganti cairan infus Kaen 3B 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis	
	20.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,9 ºC, nadi: 118 x/m RR: 28 x/m - Memberikan injeksi antrain 4 x 175 mg R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi	
	24.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 37,5 ºC, nadi: 110 x/m RR: 22 x/m - Memberikan Injeksi Ondancentron 3 x 2mg. - R/ obat telah masuk dan tidak ada reaksi alergi	
	05.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 37 ºC, Nadi : 114 x/m, RR : 20 x/m.	

	06.00	- Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap R/ Hb 10,3; Ht 30,0; Leokosit 3490 ; Trombosit 95000 - Mengganti cairan infus Kaen 3B 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
7-12-2017	08.00 12.00 15.00 16.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,5,8ºC, nadi: 112 x/m RR: 30 x/m - Mengobservasi berkeringat saat panas, suhu kulit, nyeri kepala, status hidrasi - R/ tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - Menganjurkan kepada orang tua untuk melembabkan bibir yang kering R/ bibir diberikan air - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36 ºC, nadi: 116 x/m RR: 24 x/m - Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman - R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung - Menganjurkan pasien untuk istirahat - R/ pasien istirahat - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) - R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengganti cairan infus RD 5 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,4 ºC, nadi: 116 x/m RR: 24	S : Anak mengatakan kepala pusing. O : tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, nyeri kepala ringan, turgor kulit 3-5 detik, membran mukosa sedikit kering, dan mata biasa - TTV jam 05.00 suhu: 37,4 ºC, Nadi : 120 x/m, RR : 20 x/m. - Hasil lab tanggal 08 Desember jam 05.00 Hb 9,9; Ht 28,9; Leokosit 401 ; Trombosit 90000 A : Masalah belum teratasi, skor 53 P : Lanjutkan intervensi perawatan hipertermia, perawatan demam dan , pengaturan suhu.

		x/m	
	18.00	- Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth	
		- R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
	20.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,9 ºC, nadi: 114 x/m RR: 26 x/m	
	24.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,8 ºC, nadi: 110 x/m RR: 22 x/m	
	01.00	- Mengganti cairan infus RD 5 1200 cc/24 jam	
		- R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis	
	05.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital	
		- R/ suhu: 37,4 ºC, Nadi : 120 x/m, RR : 20 x/m.	
		- Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap R/ Hb 9,9; Ht 28,9; Leokosit 401 ; Trombosit 90000	
	06.00	- Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth	
		R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
8-12-2017	08.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37,5ºC, nadi: 118 x/m RR: 24 x/m	S : Anak mengatakan tidak ada keluhan.
		- Mengobservasi berkeringat saat panas, suhu kulit, nyeri kepala, status hidrasi	O : tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, tidak ada nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong
		- R/ tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, tidak ada nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong	
	11.00	- Mengganti cairan infus RD 5 1200 cc/24 jam	- TTV jam 05.00 suhu: 36,2 ºC, Nadi : 100 x/m, RR : 26 x/m.
		- R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis	- Hasil lab tanggal 09 Desember jam 05.00 Hb 10,8; Ht 29,4; Leokosit 4120 ;
		- Mengobservasi tanda-tanda vital	
	12.00	R/ suhu: 36,8 ºC, nadi: 114 x/m RR: 24 x/m	
		- Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman	
		- R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung	

	16.00 18.00 20.00 21.00 24.00 05.00 06.00 07.00	- Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,5ºC, nadi: 116 x/m RR: 28 x/m - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,1 ºC, nadi: 114 x/m RR: 22 x/m - Mengganti cairan infus RD 5 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis - Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,3 ºC, nadi: 118 x/m RR: 20 x/m - Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 36,2 ºC, Nadi : 100 x/m, RR : 26 x/m. - Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap R/ Hb 10,8; Ht 29,4; Leokosit 4120 ; Trombosit 111000 - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth R/ obat habis tidak ada reaksi alergi - Mengganti cairan infus RD 5 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada phlebitis	Trombosit 111000 A : Masalah belum teratasi, skor 55 P : Intervensi hipertermia dihentikan dan dilanjutkan intervensi lain
9-12-2017	08.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,3 ºC, nadi: 110 x/m RR: 26 x/m - Mengobservasi berkeringat saat panas, suhu kulit, nyeri kepala, status hidrasi	S : Tidak ada keluhan O : tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, tidak ada nyeri kepala, turgor

		- R/ tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, tidak nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong	kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong
	12.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,5 ºC, nadi: 112 x/m RR: 24 x/m - Menciptakan lingkungan yang amam dan nyaman nyaman - R/ ibu memasang pengaman tempat tidur, membatasi pengunjung - Menganjurkan pasien untuk istirahat R/ pasien istirahat - Memberikan intake cairan dan nutrisi adekuat (diet TKTP) R/ Makanan habis - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	- TTV jam 05.00 suhu: 36,8 ºC, Nadi : 110 x/m, RR : 24 x/m. - Hasil lab tanggal 10 Desember jam 05.00 Hb 11,2; Ht 31,5; Leokosit 4230 ; Trombosit 126000 A : Masalah teratasi, skor 55 P : Intervensi hipertermia dihentikan dan dilanjutkan intervensi lain
	16.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,7 ºC, nadi: 116 x/m RR: 22x/m	
	17.00	- Mengganti cairan infus RD 5 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis	
	18.00	- Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth - R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
	20.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 37 ºC, nadi: 112 x/m RR: 30 x/m	
	24.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,5 ºC, nadi: 120 x/m RR: 28 x/m	
	03.00	- Mengganti cairan infus RD 5 1200 cc/24 jam - R/ cairan infus lancar, tidak ada plebitis	
	05.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital - R/ suhu: 36,8 ºC, Nadi : 110 x/m, RR : 24 x/m. - Melakukan pemeriksaan laboratorium drah lengkap	

	06.00	R/ Hb 11,2; Ht 31,5; Leokosit 4230 ; Trombosit 126000 - Memberikan terapi oral Thiamphenicol 3 x 1 ½ cth R/ obat habis tidak ada reaksi alergi	
10-12-2017	08.00	- Mengobservasi tanda-tanda vital R/ suhu: 36,4 ºC, nadi: 110 x/m RR: 24 x/m - Mengobservasi berkeringat saat panas, suhu kulit, nyeri kepala, status hidrasi - R/ tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, tidak ada nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong	S : Tidak ada keluhan O : tidak berkeringat saat panas, suhu kulit hangat, tidak ada nyeri kepala, turgor kulit 2 detik, membran mukosa lembab, dan mata tidak cowong - TTV jam 08.00 suhu: 36,4 ºC, nadi: 110 x/m RR: 24 x/m - Hasil lab tanggal 10 Desember jam 05.00 - Hb 11,2; Ht 31,5; Leokosit 4230 ; Trombosit 126000 A : Masalah teratasi, skor 30 P : Intervensi dihentikan

Lampiran 9

Dokumentasi Penelitian

Lampiran 10

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademika Universitas Muhammadiyah Surabaya, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maziatur Rohmah, S.Kep.

NIM : 20164663021

Program Studi : Profesi Ners

Fakultas : Fakultas Ilmu Kesehatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Program Studi NERS FIK Universitas Muhammadiyah Surabaya Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-excklusive Royalti Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Studi Kasus Waktu Pencapaian Tujuan Hipertermia Pada Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) (Demam Hari Kedua) Di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non-eksklusif ini, Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan atau dengan pembimbing saya sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada Tanggal : 09 Februari 2018

Yang menyatakan,

(Maziatur Rohmah, S.Kep.)

NIM. 20164663021

Lampiran 12

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Maziatur Rohmah, S.Kep.

Judul Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Waktu Pencapaian Tujuan Hipertermia Pada Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik

Nama Dosen : 1. Retno Sumara, S. Kep., Ns. M.Kep (Penguji)

2. Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS. (Pembimbing 1)

2. Fathiya Luthfil Yumni, S.kep Ns., M.Kep (Pembimbing 2)

No.	Hari, Tanggal	Materi Konsultasi	Keterangan	Nama Pembimbing	Tanda Tangan
1.	Rabu, 16 Agustus 2017	Konsultasi Judul KTI "Waktu Pencapaian tujuan Hipertermia pada anak dengan DHF di ruang anak Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik"	ACC Judul	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
2.	Rabu, 16 Agustus 2017	Konsultasi Judul KTI "Waktu Pencapaian tujuan Hipertermia pada anak dengan DHF di ruang anak Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik"	ACC Judul	Fathiya Luthfil Yumni, S.kep Ns., M.Kep	

3.	Selasa 29 Agustus 2017	Konsultasi BAB 1	1. Perbaiki fenomena masalah, dengan memperkuat waktu pencapaian masalah keperawatan hipertermia. 2. perbaiki manfaat penelitian	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
4.	Kamis, 7 September 2017	Konsultasi BAB 1	1. Fenomena masalah, ceritakan karakteristik DHF secara teori. 2. Masukkan peran perawat dalam proses asuhan keperawatan terkait waktu pencapaian 3. Cari fakta tentang pelaksanaan waktu pencapaian selama ini dan lamanya waktu untu mengatasi hipertermia	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
5.	Rabu, 27 September 2017	Konsultasi BAB 1	1. Lakukan pengambilan data awal pada BAB 1 2. Persingkat Skala data pada DHF dan tambahkan skala tentang terjadinya hipertemi 3. Perbaiki kronologis dan solusi.	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	

			4. Penulisan manfaat minimal 4 kalimat		
6.	Rabu, 27 September 2017	Konsultasi BAB 1	Lakukan pengambilan data Awal	Fathiya Luthfil Yumni, S.kep Ns., M.Kep	
7.	Selasa, 17 Oktober 2017	Konsultasi BAB 1, 2	1. Perbaiki kronologis DHF sampai terjadi hipertermia 2. Tambahkan penelitian terdahulu 3. Sesuaikan kerangka pikir dengan NIC NOC 4. Tambahkan Instrumen penelitian dan Skor Kriteria Hasil	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
8.	Selasa, 24 Oktober 2017	Konsultasi BAB 1, 2, 3 dan Instrumen Penelitian serta Skor Kriteria Hasil	1. Spesifikkan Patofisiologi hipertermia pada DHF 2. Masukkan Solusi tentang NOC dan NIC 3. Penulisan Kerangka Pikir sesuaikan dengan teori.	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	

9.	Rabu, 8 November 2017	Konsultasi BAB 1, 2, 3 dan Instrumen Penelitian serta Skor Kriteria Hasil	1. ACC BAB 1, 2, 3 dan Instrumen Penelitian serta Skor Kriteria Hasil 2. Lanjutkan Penelitian	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
10.	Rabu, 8 November 2017	Konsultasi BAB 1, 2, 3 dan Instrumen Penelitian serta Skor Kriteria Hasil	1. ACC BAB 1, 2, 3 dan Instrumen Penelitian serta Skor Kriteria Hasil 2. Lanjutkan Penelitian	Fathiya Luthfil Yumni, S.kep Ns., M.Kep	
11.	Kamis, 1 Februari 2018	Konsultasi BAB 1, 2, 3, 4, 5, Instrumen Penelitian, Skor Kriteria Hasil dan Lampiran ASKEP	1. Perbaiki teori pada pembahasan 2. Jelaskan secara rinci perencanaan dalam implementasi.	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
12	Selasa, 6 Februari 2018	Konsultasi BAB 1, 2, 3, 4, 5, Instrumen Penelitian, Skor Kriteria Hasil dan Lampiran ASKEP, dan Abstrak	ACC Sidang Karya Tulis Ilmiah	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
13.	Rabu, 7 Februari 2018	Konsultasi BAB 1, 2, 3, 4, 5, Instrumen Penelitian, Skor Kriteria Hasil dan Lampiran ASKEP, dan Abstrak	ACC Sidang Karya Tulis Ilmiah	Fathiya Luthfil Yumni, S.kep Ns., M.Kep	
14.	Senin, 12 Februari 2018	Konsultasi Revisian sidang KTI: 1. BAB 1 (perbaiki masalah dan objektif) 2. BAB 3 (masukkan karakteristik	1. Perbaiki tulisan BAB 4, 5 2. Perbaiki lampiran penilaian kriteria hasil	Retno Sumara, S.Kep., Ns., M.Kep	

		responden pada deskripsi kasus) 3. BAB 4 (tabel hasil penelitian dibuat 3 hari pada bab 4) 4. BAB 5 (tambahkan kriteria hasil yang muncul pada kesimpulan) 5. Lampiran (table hasil penelitian 6 hari dibuat sebagai lampiran)			
15.	Rabu, 14 Februari 2018	Konsultasi revisi BAB 4, 5 dan lampiran penilaian kriteria hasil	ACC Karya Tulis Ilmiah	Retno Sumara, S.Kep., Ns., M.Kep	
16.	Kamis, 15 Februri 2018	Konsultasi Revisian sidang KTI: 1. BAB 3 (masukkan karakteristik responden pada deskripsi kasus) 2. BAB 4 (tabel hasil penelitian dibuat 3 hari pada bab 4) 3. Konsul abstrak indonesia	1. Hapus angka total skor pada bab 4 dan lampiran penilaian kriteria hasil 2. Perbaiki kesimpulan pada abstrak	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
17	Rabu, 21 Februari 2018	Konsultasi abstrak Indonesia dan Manuskrip	1. Perbaiki kesimpulan pada abstrak 2. Masukkan kriteria interpretasi dan karakteristik responden pada	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	

			metodologi penelitian. 3. Menggabungkan tabel termoregulasi dan tanda-tanda vital.		
18	Kamis, 22 Februari 2018	Konsultasi abstrak Indonesia dan Manuskrip	1. Berikan keterangan pada tabel manuskrip 2. Buat paragraf pada simpulan dan tuliskan saran hanya untuk rumah sakit.	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
19	Jum'at, 23 Februari 2018	Konsul tabel, simpulan dan saran pada manuskrip	ACC Karya Tulis Ilmiah	Yuanita Wulandari, S.Kep Ns. MS.	
20.	Jum'at, 23 Februari 2018	Konsul Abstrak dan Manuskrip	ACC Karya Tulis Ilmiah	Fathiya Luthfil Yumni, S.kep Ns., M.Kep	