

LAMPIRAN-LAMPIRAN

SOP KOMPRES HANGAT

- A. Tujuan: Untuk mengurangi atau menghilangkan hipertermia
- B. Indikasi: Dilakukan untuk pasien yang mengalami hipertermia

NO	PROSEDUR TINDAKAN
	Fase pra interaksi
1.	Mengecek catatan keperawatan
2.	Menyiapkan alat alat yang diperlukan <ul style="list-style-type: none"> a. Kompres air hangat dalam wadah b. Handuk/washlap c. Handuk pengering d. Handscon e. Termometer f. Buku catatan
	Fase interaksi
3.	Memberi salam terapeutik
4.	Melakukan evaluasi/ validasi
5.	Melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik)
6.	Menerangkan tujuan dan prosedur tindakan
	Fase kerja
7.	Pertahankan privasi klien saat tindakan
8.	Atur posisi klien senyaman mungkin
9.	Cuci tangan
10.	Ukur suhu tubuh
11.	Basahi handuk atau washlap
12.	Letakan handuk atau washlap pada daerah yang akan dikompres
13.	Setelah selesai keringkan daerah kompres atau bagian tubuh yang basah dan rapihkan alat
14.	Cuci tangan
	Fase terminasi
16.	Mengukur suhu tubuh klien setelah dilakukan kompres hangat
17.	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
18.	Dokumentasi, catat waktu pelaksanaan dan evaluasi hasil

Sumber :AnnasTamsuri, 2006

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : "Asuhan Keperawatan Pada Anak Typoid dengan masalah Hipertermi di Ruang Alamanda RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019"
 Nama : Resi Mayosa
 NIM : 144012016030

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi saya dan tidak ada paksaan dari pihak manapun dan penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Jawaban yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya, serta saya diberi kesempatan untuk bertanya yang belum saya mengerti.

Apabila dalam pernyataan menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, maka peneliti akan menghentikan pengumpulan data dan peneliti memberikan hak kepada saya untuk mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa resiko apapun.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasikan, semua berkas yang tercantum identitas subjek penelitian hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan jika telah selesai digunakan akan dimusnahkan dan hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data. Jika saya tidak mau meneruskan penelitian ini saya dapat menghentikannya. Dengan demikian saya menyatakan bersedia menjadi responden.

Bandar Lampung, 25 Jun 2019

Responden



(.....Andi.....)

INFORMED CONSENT

Bandar Lampung, 2019
Kepada Yth
Calon Responden
Di Tempat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Resi Myosa
NIM : 144012016030

Akan mengadakan penelitian dengan Judul "Asuhan keperawatan pada anak thypoid dengan masalah hipertermi di ruang alamanda RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2019". Penelitian ini bertujuan untuk melaksanakan Asuhan keperawatan pada anak thypoid dengan masalah hipertermi.

Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi saudara. Kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. jika saudara tidak bersedia menjadi responden, maka tidak menjadi ancaman bagi saudara. Apabila saudara menyetujui, maka kami mohon kesediaan saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang kami sertakan.

Atas perhatian dan kesediaan saudara, kami ucapkan terimakasih

LEMBAR OBSERVASI

Nama :
 Umur :
 Alamat :
 Ruangan :

No	Aspek Yang dinilai	Ya	Tidak
1	Klien mengetahui cara kompres hangat		
2	Klien/keluarga melakukan kompres hangat		
3	Klien/keluarga mengetahui berapa kali mengkompres		
4	Klien/keluarga mengetahui bagian mana saja yang dianjurkan untuk di kompres saat kejang demam		
5	Klien/keluarga mengetahui tekanan air hangat dapat mengatasi demam		
6	Klien/keluarga mengetahui bahwa kompres hangat dapat mengatasi demam		
7	Klien/keluarga mengetahui cara menurunkan demam selain diberikan obat paracetamol bias diberikan kompres hangat		



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG**

TERAKREDITASI "B" BAN-PT

NO. SK : 546/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp. / Fax. (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

Nomor : 295 /II.3.AU/F/03/2019

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Izin Pra Survey

Kepada Yth :

Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

di

Tempat

Dalam rangka pelaksanaan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa STIKes Muhammadiyah Pringsewu Lampung Program Studi D III Keperawatan Tahun Akademik 2018/2019, kami mohon kepada Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, untuk dapat memberikan izin *Pra Survey* kepada Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Resi Mayosa

NIM : 144012016030

Semester : VI (Enam)

Dengan Judul Penelitian :

**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK TYPOID DENGAN MASALAH
HIPERTENSI DIRUANG ALAMANDA RSUD. DR. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2019"**

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.





**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG**

TERAKREDITASI "B" BAN-PT

NO. SK : 546/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp. / Fax. (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

Nomor : 295 /II.3.AU/F/03/2019
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Izin Pra Survey

Kepada Yth :

Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung
 di

Tempat

Dalam rangka pelaksanaan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa STIKes Muhammadiyah Pringsewu Lampung Program Studi D III Keperawatan Tahun Akademik 2018/2019, kami mohon kepada Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, untuk dapat memberikan izin *Pra Survey* kepada Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama	: Resi Mayosa
NIM	: 144012016030
Semester	: VI (Enam)

Dengan Judul Penelitian :

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK TYPOID DENGAN MASALAH
HIPERTENSI DIRUANG ALAMANDA RSUD. DR. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2019”**

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.



**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

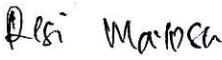
Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaan, maka saya **setuju/tidak setuju^{*)}** ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Anak Thypoid Dengan Masalah Hipertermi Di Ruang Alamanda RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak^{*)}

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: An. F Usia: 9 tahun Alamat: Way Halim Bandar Lampung	27 Juni 2019	
Nama Peneliti: 	27. Juni 2019	
Nama Saksi: Tn. H	27 Juni 2019	

^{*)} coret yang tidak perlu

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaan, maka saya **setuju/tidak setuju^{*)}** ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Anak Thypoid Dengan Masalah Hipertermi Di Ruang Alamanda RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak^{*)}

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: An - K Usia: 6 tahun Alamat: <i>Plataran tunjung karang</i>	25 Juni 2019	
Nama Peneliti: <i>Resi Mayora</i>	25 Juni 2019	
Nama Saksi: <i>Tn. A</i>	25 Juni 2019	

***) coret yang tidak perlu**



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
 PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
 TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
 No.SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No 112 Telp /Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

FORM PENGAJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : RESI MAYOSA

NIM : 144012016030

JUDUL KTI 1: Asuhan Keperawatan pada anak tyroid dengan masalah hipertermi di RSUD Dr. hi abdul moeloek Provinsi lampung 2019

JUDUL KTI 2: Pengarapan teknik distraksi menonton film kartun animasi terhadap skala ngeri anak usia Pra sekolah Sabat pemasangan infus

JUDUL KTI 3: Pengarapan terapi buruan plastisin pada anak DHF untuk mengurangi krampon.

Pringsewu,2019

Menyetujui,

Pembimbing I

(Nc. Deci Kurniawati, M.Kep.,Sp.An (Nc. Yusnita, S.Kep., M.Kes))

Pembimbing II

Mengetahui,
Ka.Prodi DIII Keperawatan

Ns. Nuria Muliani, M.Kep.,Sp.Kep.J
NBM. 1152 416

FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN KESEHATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA
STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU DIII KEPERAWATAN
TA. 2017/2018

Tanggal masuk RS	:	Ruang Rawat	:
Tanggal Pengkajian	:	No Register	:
Perawat yang mengkaji	:	Diagnosa Medis	:

A. PENGKAJIAN

1. IDENTITAS PASIEN DAN KELUARGA

a. Nama pasien

- Tanggal lahir/umur :
- Jenis kelamin :
- Agama :
- Pendidikan :
- Alamat :

b. Nama ayah

- Umur :
- Agama :
- Pekerjaan :
- Pendidikan :

c. Nama Ibu

- Umur :
- Agama :
- Pekerjaan :
- Pendidikan :

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Saat Ini

- Alasan Masuk Rumah Sakit
- Keluhan Utama (Saat pengkajian, Uraikan secara PQRST)
- Keluhan Penyerta

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- Penyakit yang pernah dialami:

• Demam	: ya/tidak (..... x/tahun)
• Kejang	: ya/tidak (..... x/tahun)
• Batuk/pilek	: ya/tidak (..... x/tahun)
• Mimisan	: ya/tidak (..... x/tahun)
- Dirawat di RS : ya/tidak (..... x/tahun)
 - Jika Ya, di RS mana? Kapan? dg penyakit apa? berapa lama? saat keluar dari RS status kesehatan anak; sudah sembuh/pulang atas permintaan sendiri/harus kontrol teratur.....

Pernah dioperasi : ya/tidak (..... x/tahun)

Jika ya: Jenis operasi? Lama perawatan.

- Jenis/nama obat yang pernah digunakan :

- Kecelakaan (terbentur/jatuh) : ya/tidak (..... x/tahun)

c. Riwayat Keluarga (genogram)

- Penyakit yang pernah diderita/inasih baik menular/keturunan dll
- Minimal 3 generasi.

d. Riwayat kehamilan dan Kelahiran (Jika usia anak/klien kurang dari 2 tahun atau sesuai indikasi kasus)

- Selama kehamilan
 - a. ANC : ya/tidak (..... x/selama hamil)
 - b. Imunisasi : ya/tidak (..... x/selama hamil)
 - c. Kejadian khusus selama kehamilan :
 - Kapan.....kejadian.....apa tindakannya.....Pengobatan dan hasil.....
 - d. Nutrisi saat hamil
 - Nasi, sayur, daging/lauk pauk, buah dan susu dg jumlah....
- Saat Kelahiran
 - a. Penolong :
 - b. Tempat :
 - c. Usia kehamilan :
 - d. Jenis Persalinan :
 - e. Kondisi saat lahir :
 - f. Berat badan dan panjang badan saat lahir:
- Setelah Kelahiran

Keterampilan Ibu : Perawatan tali pusat, memandikan bayi, menyusui, Perawatan payudara

e. Riwayat Imunisasi (Jika usia anak/klien kurang dari 2 tahun atau sesuai indikasi kasus)

No	Jenis	Usia
1	BCG	
2	DPT-1	
3	DPT-2	
4	DPT-3	
5	Polio-1	
6	Polio-2	
7	Polio-3	
8	Polio-4	
7	Hepatitis-1	
8	Hepatitis-2	
9	Hepatitis-3	
10	Campak	

f. Riwayat usia anak/klien kurang dari 2 tahun atau sesuai indikasi kasus)

- Miring : Usia.....bulan
- Tengkurap : Usia.....bulan
- Merangkak : Usia.....bulan
- Tumbuh gigi pertama : Usia.....bulan
- Berdiri : Usia.....bulan
- Bicara : Usia.....bulan
- Berjalan : Usia.....bulan

g. Riwayat Psikososial

1. Pola interaksi dengan orang tua, saudara kandung dan teman-temannya, pembawaan anak secara umum
2. Pola kultural: bahasa yang diaunakan....suku...budaya di rumah.....
3. Polarekreasi : frekwensi.....tujuan.....
4. Lingkungan fisik tempat tinggal:.....
5. Penanaman nilai kepercayaan:.....

3. POLA KEBUTUHAN SEHARI-HARI

(sebelum dan saat sakit)

a. Pola Nutrisi

1. Pola makanx/hari (pagi/siang/sore)
2. Makanan pokok : nasi/nasi tim/bubur/nasi/ lain-lain.
3. Makanan yang disukai dan yang tidak disuka
4. Porsi
5. Lauk pauk : daging/tahu/tempe/ikan/ lain-lain.
6. Sayuran dan buah
7. Nafsu makan
8. Alergi terhadap makanan

b. Pola cairan dan elektrolit

1. Jenis Minum & Jumlah
2. Minuman yang disukai dan tidak disukai
3. Cairan tambahan (sonde, infus)
4. Total intake cairan/hari

c. Pola Eliminasi

1. BAK.....x/hari, warna..... jumlahkeluhan
2. BAB....x/hari,konsistensi...warna...bau..keiuhan.

IWL :

$$\text{Balance cairan} = (\text{total intake} - \text{total output})/\text{hari}$$

d. Pola Tidur : malam.....jam, siang.....jam, gangguan tidur, kebiasaan tidur.....

e. Pola Hygene tubuh

- Mandi :x/hr
- Sikatgigi :x/hr
- Kebersihan rambut :x/hr
- Kebersihan kuku :x/hr

f. Pola Aktivitas

1. Bermain ya/tdk) : Jenis permainan.....
2. Sekolah : Waktu...jam kelas,,kegiatan tambahan.....
3. Aktivitas di rumah sakit:.....

4. KONDISI PSIKOSOSIAL (saat sakit)

- 1) Pola interaksi dengan orang tua, pengasuh, tim kesehatan dan lingkungan Rumah Sakit...
- 2) Pola pertahanan keluarga
Orang tua..... saudara kandung
- 3) Pengetahuan keluarga
Tentang penyakit, pencegahan dan perawatan

5. PEMERIKSAAN FISIK UMUM

a. Pengukuran Pertumbuhan

1. Tinggi badan : cm
2. BB sebelum sakit : Kg
- BB saat sakit : Kg
- Status Gizi : (berdasarkan indeks masa tubuh (IMT)/ NCHS/KMS)

Bila anak usia kurang dari 5 tahun atau sesuai indikasi kasus.

3. Lingkar Kepalacm
4. Lingkar dada cm
5. Lingkar perutcm
6. LLAcm

b. Pengukuran perkembangan (DDST) dikaji jika usia anak < dari 6 tahun

1. Motorik halus :
2. Motorik kasar :
3. Bahasa dan kognitif :
4. Kemandirian dan beraaul :

c. Reflek primitif (pada bayi < 12 bln):

1. Morro,
2. menggenggam,
3. rooting,
4. menghisap,
5. menelan,
6. babinski
7. reflek lain (tambahan)

- d. Keadaan umum
1. Tingkat Kesadaran
 2. Tandavital : Suhu....., °C Respirasi.....x/menit
Nadix/menit Tek DaranmmHg
6. PEMERIKSAAN FISIK KHUSUS
- a. Sistem
 1. Fungsi pengijahan.....
 2. Posisimata.....
 3. Keadaan kelopak mata.....
 4. Pergerakan bola mata.....
 5. Keadaan conjungtiva.....
 1. Keadaan kornea.....
 2. Keadaansklera.....
 3. Keadaan pupil.....
 4. Tanda-tanda peradangan.....
 6. Penggunaan alat Bantu (sebutkan jika menggunakan)
 - b. Sistem Pendengaran
 1. Fungsi pendengaran
 2. Posisi telinaa.....
 3. Ksadaan daun telinga.....
 4. Kondisi telinga
 - a. Kebersihan
 - b. Cairan pada telinga.....
 - c. Tinitus.....
 - d. Serum.....
 5. Tanda-tanda peradangan
 6. Peniakaiari aiat bantu.....
 7. Uji fungsi pendengaran (Test Rinne, Weber, Schwabah) jika perlu
 - c. Sistem
 1. Pernafasan cuping hidung
 2. Bersih jalan nafas.....
 3. Batuk (produktif/tidak produktif), jika produktif sebutkan kondisi secret/sputum.
 4. Jenis pernafasan.....
 5. Bentuk dada.....
 6. Retraksi/tarikan (dinding dada.....
 7. irama nafas.....
 8. Kedalaman nafas.....
 9. Suara nafas
 10. Penggunaan alat bantu pernafasan
 - d. Sistem Kardiovaskuler
 - 1) Sirkulasi Perifer
 - a) Nadi : kekuatan....., irama.....
 - b) Temperatur kulit.....
 - c) Warna kulit (sianosis/tidak sianosis)

- d) Pengisian kapiler (refill vena capillary).....
- e) Oedema.....
- 2) Sirkulasi Jantung
 - a) Kecepatan denyut apical x/menit
 - b) Irama.....
 - c) Kelainan bunyi jantung.....
 - d) Nyeridada.....
 - e) Distensi vena jugularis.....
- e. Sistem (Sirkulasi cerebral) :
 - 1. PCS score: E...V...M.... score:
 - 2. Reaksi pupil.....
 - 3. Peningkatan tekanan intra kranial : ya/tdk. sebutkan
 - 5. Reflek fisiologis dan patologis
 - 6. Nervus 1-12 (Jika ada gangguan di sirkulasi cerebral)
- f. Sistem pencernaan
 - 1. Keadaan mulut.....
 - 2. Kemampuan menelan.....
 - 3. Mual.....Muntah.....
 - 4. Nyeri perut (frekuensi, karakteristik dan lokasi)
 - 5. Bising usus:x/menit
 - 6. Keadaan abdomen (ascites, distensi, meteorismus/kembung, rasa sebah/penuh diperut)
 - 7. Pembesaran hati dan limfa.....
 - 8. Keadaan Anus.....
- g. Sistem endokrin
 - 1. Bau nafas.....
 - 2. Pembesaran kelenjar tiroid
 - 3. Tremor.....
 - 4. Exophthalmus.....
 - 5. Gangren.....
- h. Sistem urogenital
 - 1. Kebersihan genital
 - 2. Keadaan genital (jika ada kelainan).....
 - 3. Perubahan pola kewih.....
 - 4. Keluhan saat BAK.....
 - 5. Distensivesi kaurinaria.....
 - 6. Penggunaan kateter.....

- i. Sistem integritas
 - 1. Keadaan rambut (mu'ah rontok/tidak, kebersihan kulit kepala)
 - 2. Karakteristik Kuku.....
 - 3. Keadaan kulit :
 - a) Turgor kulit.....
 - b) Warna kulit.....
 - c) Luka/stoma/lesi.....
 - d) Kebersihan kulit.....
- j. musculoskeletal
 - 1. Kesulitan dalam pergerakan.....
 - 2. Sakit Dada sendi.....
 - 3. Fraktur.....
 - 4. Kontraktur.....
 - 5. Kelainan bentuk tulang.....
 - 6. Kelainan sendi.....
 - 7. Kekuatan otot..... (sesuaikan dengan kemampuan komunikasi klien)
- k. Sistem imunologi
 - Pembesaran kelenjar getah bening.....

7. TEST DIAGNOSTIK

- a. Hasil Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal

- b. Pemeriksaan diagnostic

Tanggal pemeriksaan:

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil

PENGOBATAN/TERAPI

No	Tanggal	Jenis Terapi (obat, cairan, diet, O2, ddi)	Dosis & Cara pemberian	Waktu pemberian/hr		
				1	2	3

9. (Dari masuk UGD sampai saat pengkajian)

10. DATA FOKUS

Data Objektif :

Data Subjektif

11. ANALISA DATA

No	Data Senjang	Masalah	Etrofogi

DIAGNOSA KEPERAWATAN

RENCANA KEPERAWATAN

Hari Tgl	Dx. kep	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional

IMPLEMENTASI & EVALUASI

No	Hai/ Tgl	No.Dx.Kep	implementasi		Evaluasi
				Paraf	
			(Evaluasi tindakan)		S:
			- Respon		O:
			- Hasil		A:
					P:

SOP KOMPRES HANGAT

- A. Tujuan: Untuk mengurangi atau menghilangkan hipertermia
- B. Indikasi: Dilakukan untuk pasien yang mengalami hipertermia

NO	PROSEDUR TINDAKAN
	Fase pra interaksi
1.	Mengecek catatan keperawatan
2.	Menyiapkan alat alat yang diperlukan <ul style="list-style-type: none"> a. Kompres air hangat dalam wadah b. Handuk/washlap c. Handuk pengering d. Handscon e. Termometer f. Buku catatan
	Fase interaksi
3.	Memberi salam terapeutik
4.	Melakukan evaluasi/ validasi
5.	Melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik)
6.	Menerangkan tujuan dan prosedur tindakan
	Fase kerja
7.	Pertahankan privasi klien saat tindakan
8.	Atur posisi klien senyaman mungkin
9.	Cuci tangan
10.	Ukur suhu tubuh
11.	Basahi handuk atau washlap
12.	Letakan handuk atau washlap pada daerah yang akan dikompres
13.	Setelah selesai keringkan daerah kompres atau bagian tubuh yang basah dan rapihkan alat
14.	Cuci tangan
	Fase terminasi
16.	Mengukur suhu tubuh klien setelah dilakukan kompres hangat
17.	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya
18.	Dokumentasi, catat waktu pelaksanaan dan evaluasi hasil

Sumber : Annas Tamsuri, 2006

LEMBAR OBSERVASI

Nama :

Umur :

Alamat :

Ruangan :

No	Aspek Yang dinilai	Ya	Tidak
1	Klien mengetahui cara kompres hangat		
2	Klien/keluarga melakukan kompres hangat		
3	Klien/keluarga mengetahui berapa kali mengkompres		
4	Klien/keluarga mengetahui bagian mana saja yang dianjurkan untuk di kompres saat kejang demam		
5	Klien/keluarga mengetahui tekanan air hangat dapat mengatasi demam		
6	Klien/keluarga mengetahui bahwa kompres hangat dapat mengatasi demam		
7	Klien/keluarga mengetahui cara menurunkan demam selain diberikan obat paracetamol bias diberikan kompres hangat		

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : "Asuhan Keperawatan Pada Anak Typoid dengan masalah Hipertermi di Ruang Alamanda RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019"

Nama : Resi Mayosa

NIM : 144012016030

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi saya dan tidak ada paksaan dari pihak manapun dan penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Jawaban yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya, serta saya diberi kesempatan untuk bertanya yang belum saya mengerti.

Apabila dalam pernyataan menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, maka peneliti akan menghentikan pengumpulan data dan peneliti memberikan hak kepada saya untuk mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa resiko apapun.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasakan, semua berkas yang tercantum identitas subjek penelitian hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan jika telah selesai digunakan akan dimusnahkan dan hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data. Jika saya tidak mau meneruskan penelitian ini saya dapat menghentikannya. Dengan demikian saya menyatakan bersedia menjadi responden.

Bandar Lampung, 25 Jun 2019

Responden



(.....Andi.....)

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikut sertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju^{*)}** ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Anak Thypoid Dengan Masalah Hipertermi Di Ruang Alamanda
RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak^{*)}

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: An - F Usia: 9 tahun Alamat: Way Halim Bandar Lampung	27 Juni 2019	
Nama Peneliti: Lesi Ma'loca	27. Juni 2019	
Nama Saksi: Tn. H	27 Juni 2019	

*) coret yang tidak perlu

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaan, maka saya **setuju/tidak setuju^{*)}** ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Anak Thypoid Dengan Masalah Hipertermi Di Ruang Alamanda RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak^{*)}

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: An - K Usia: 6 tahun Alamat: Peningahan Sungai Karang	25 Juni 2019	
Nama Peneliti: Resi Mayora	25 Juni 2019	
Nama Saksi: Tn. A	25 Juni 2019	

^{*)} coret yang tidak perlu



**PEMERINTAH PROPINSI LAMPUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H. ABDUL MOELOEK
JI. Dr. Rivai No. 6 Telp. 703312 Fax (0721) 703952
BANDAR LAMPUNG 35112**

Bandar Lampung, 27 Maret 2019

Nomor	:	420/1768/VII.02/6.2/III/2019	Kepada
Sifat	:	Biasa	Yth. Ka.Prodi Ilmu DIII Keperawatan
Lampiran	:		STIKES Muhammadiyah Pringsewu
Hal	:	<u>Izin Pre Survey</u>	di -
			PRINGSEWU

Menjawab surat Saudara nomor 295/I.3.AU/D/03/2019 tanggal 14 Maret 2019,
perihal tersebut pada pokok surat atas nama :

Nama : Resi Mayosa
 Prodi : D3 Keperawatan
 NPM : 144012016030
 Judul : Asuhan keperawatan pada anak Typoid dengan masalah hipertensi di ruang alamanda di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan Pre Survey yang bersangkutan dapat kami izinkan untuk melihat data yang akan digunakan sebagai Pre elementary study pada Ruang Rekam Medik dan Ruang Diklat RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUDAM. Pada tanggal : 30 Maret s/d 13 April 2019. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUDAM.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih

a.n. DIREKTUR UTAMA
DIREKTUR DIKLAT & SDM,

dr. ARIF EFFENDI, Sp.KK

Pembina Utama Muda

NIP : 19610603 199010 1 002

Tembusan :
Direktur Utama RSUD. AM, sebagai laporan

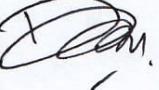
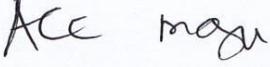


**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
 PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
 TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
 No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RESI MAYOSA
NIM : 144012016030
PRODI : DIII KEPERAWATAN
PEMBIMBING I : Ns. DESI KURNIAWATI, M.Kep.,Sp.An

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
1.	5 Juli 2019/ Jumat	IV	Pembahasan 1. Suhu 2. hasil las 3. keluhan Saran 1. Bagi institusi pendidikan 2. Bagi peneliti selanjutnya	
2.	6 Juli 2019 Sabtu	V	Pembahasan 1. Implementasi 2. Evaluasi Saran 1. Bagi peneliti selanjutnya	 



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
 PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
 TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
 No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RESI MAYOSA
NIM : 144012016030
PRODI : DIII KEPERAWATAN
PEMBIMBING II : Ns. YUSNITA, M.Kep.,M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	5/06/2019 19		Pembahasan 1. data sidang 2. temuan 3. penelitian 4. kesimpulan Lengkap	M.
	8/7/2019		Maju sidang	M.



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RESI MAYOSA
NIM : 144012016030
PRODI : DIII KEPERAWATAN
PEMBIMBING II : Ns. YUSNITA, M.Kep.,M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	16/2019 7		<p>Perbaikan abstrak</p> <p>ditulis pustaka</p>	M.
	17/2019 7		<p>Acc</p> <p>1. cover asli</p> <p>2. pengesahan asli</p> <p>3. Lembar konsul</p> <p>4. plastik. → scan (data montir).</p>	M.



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
 PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
 TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
 No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

NAMA	: RESI MAYOSA
NIM	: 144012016030
PRODI	: DIII KEPERAWATAN
PENGUJI III	: Ns. SITI INDARTI, S.Kep.,M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	17 Juli 2019	1 - V	<p>pengetahuan sudah dila-</p> <p>Kulean . BAB 1 - V</p> <p>Acc u/ naik ceta ke</p>	f f



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : RESI MAYOSA
NIM : 144012016030
PRODI : DIII KEPERAWATAN
PEMBIMBING I : Ns. DESI KURNIAWATI, M.Kep.,Sp.An

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	17 / 7 2019		Perbaikan abstrak Perbaikan Nama, gelar dan NBM Laffar publikasi Ace jilid	  
	24 / 7 2019			